

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

LUCIMAR APARECIDA REKOWSKY

**O USO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA
PEDAGÓGICA**

Porto Alegre

2019

LUCIMAR APARECIDA REKOWSKY

**O USO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA
PEDAGÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito parcial
para obtenção do título de cirurgiã-
dentista.

Orientador: Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre

2019

LUCIMAR APARECIDA REKOWSKY

**O USO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO FERRAMENTA
PEDAGÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito parcial
para obtenção do título de cirurgiã-
dentista.

Orientador: Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre, 10 de dezembro de 2019

Clarissa Cavalcanti Faturri Parolo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cristine Maria Warmling
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Neusa, e minha irmã Isabel, minhas heroínas, meu porto seguro, que sempre me apoiaram e me incentivaram nas horas difíceis, de desânimo, e cansaço e sempre me deram força para continuar. Vocês são tudo para mim!

Ao meu pai Irineu (*in memoriam*) que mesmo não estando ao meu lado fisicamente sempre esteve comigo em pensamento.

Um agradecimento especial à minha orientadora, professora Fabiana, pela oportunidade, orientação, apoio e confiança na elaboração deste trabalho. Agradeço também por compartilhar comigo um pouco da sua experiência e seu modo de ver o outro.

Às minhas amigas, Marjana Solano e Helen Pontin, companheiras de trabalhos e irmãs de coração, que fizeram parte da minha formação e que com certeza vão continuar presentes em minha vida.

A todos os amigos do curso de graduação que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos.

Aos professores pelos ensinamentos e por todo carinho e dedicação.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de realização do curso de odontologia.

Por fim, agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

RESUMO

O curso de Odontologia da UFRGS visa fornecer aos seus estudantes uma formação ampla, generalista, humanística, crítica e reflexiva. Em função disto, o curso é composto por Estágios Curriculares Supervisionados (ECS) com 960 horas divididas entre atividades em unidades de saúde na rede de Atenção Primária, Centros de Especialidades Odontológicas, Pronto Atendimentos, hospitais, e na gestão pública em saúde na região metropolitana de Porto Alegre. Durante os ECS, o estudante desenvolve atividades em tutorias, visando a consolidação de conceitos trabalhados em encontros teóricos e estimulando a construção de processos de cuidado na clínica a partir das experiências cotidianas do estágio. Em encontros presenciais, os estudantes são orientados a desenvolver um Projeto Terapêutico Singular (PTS) a partir de casos clínicos de usuários vivenciados em um dos campos de estágio. O PTS é uma ferramenta de gestão para o cuidado que parte da construção de possibilidades para cada pessoa em suas situações singulares de saúde, discutindo com o usuário um itinerário terapêutico pela rede de atenção em saúde (RAS). O PTS busca construir com o paciente uma nova relação com sua vida e seu adoecimento, oportunizando espaços para que o paciente exerça sua autonomia. Este estudo analisou os PTS desenvolvidos pelos estudantes do ECS II, do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, realizados em Centros de Especialidades Odontológicas, hospitais e em unidades de pronto atendimento entre os anos de 2015 e 2018. Os objetivos deste estudo foram: a) descrever e categorizar os PTS de acordo com a especialidade odontológica; b) identificar as potencialidades do PTS como ferramenta pedagógica para desenvolver habilidades e competências nos estudantes c) identificar fragilidades e desafios na construção dos PTS enquanto proposta de formação em serviço para ampliação da clínica. Como percurso metodológico de abordagem quantitativa e qualitativa, foram utilizados os documentos produzidos (os PTS) pelos estudantes no ECS II entre os anos de 2015 e 2018. Os documentos foram obtidos através dos arquivos virtuais do ECS acomodados na plataforma Moodle/UFRGS. Após a coleta dos dados foi realizada a análise textual do discurso. Durante este estudo foram analisados 135 PTS. Após a análise podemos perceber alguns pontos positivos que facilitaram o desenvolvimento do PTS como o cuidado centrado no paciente, a capacidade/sensibilidade de perceber outras necessidades dos pacientes e a busca

por tratamentos alternativos conforme as limitações apresentadas pelo paciente. No entanto, também observamos pontos que dificultaram a elaboração dos PTS como a dificuldade de comunicação com a atenção básica, a falta de vínculo do paciente com a unidade básica de saúde, a falta de confiança dos pais nos profissionais de saúde, a falta de responsabilização dos profissionais pelo caso, o absenteísmo do paciente às consultas e os inúmeros encaminhamentos. A formação em odontologia ainda é bastante centrada na aplicação, domínio e uso das técnicas e um espaço de falas e escutas para que o paciente manifeste seu desejo e participe da construção do seu percurso terapêutico ainda encontra resistências. O PTS por ser algo novo no processo de formação pode inicialmente ser difícil de ser desenvolvido e por mais que os alunos busquem desenvolver um projeto centrado no paciente um modelo prescritivo ainda mostra-se muito forte. O projeto terapêutico singular mostra-se como uma importante ferramenta pedagógica a medida que estimula os estudantes a compreenderem o espaço do paciente, bem como, seus desejos e necessidades na construção do seu percurso terapêutico e os estudantes são desafiados a trazer o paciente para o centro do cuidado. Além disso, o PTS tem grande potencial em produzir olhares e abordagens multi e interprofissionais na interação e comunicação dos conteúdos na abordagem dos pacientes.

Palavras chaves: Cuidado em saúde. Formação em saúde. Educação em saúde. Trabalho multiprofissional

ABSTRACT

The UFRGS Dentistry course aims to provide its students with a broad, generalist, humanistic, critical and reflective education. As a result, the course is composed by 960 hours Supervised Curricular Traineeship (SCT), divided into activities and places such as: Primary Care Network, Specialized Dental Care Centers (SDCC), Emergency Care Units, Hospitals, and public health management in the metropolitan region of Porto Alegre. During the SCT, the student develops activities in tutoring, aiming at the consolidation of concepts worked in theoretical meetings and stimulating the construction of care processes in the clinic from the daily experiences of the internship. In face-to-face meetings, students are oriented to develop a Singular Therapeutic Project (PTS) based on clinical cases of users, experienced in one of the internship fields. The PTS is a care management tool that starts from the construction of possibilities for each person, considering their unique health situations and discussing with the user a therapeutic itinerary by the Health Care Network (HCN) of the Unified Health System in Brazil. The PTS seeks to build with the patient a new relationship with his life and his illness, providing opportunities for the patient to exercise his autonomy. This study analyzed the PTS developed by ECS II students, from the Federal University of Rio Grande do Sul, performed in Specialized Dental Care Centers, Hospitals and Emergency care units between 2015 and 2018. The goals of this study were: a) describe and categorize the PTS according to the dental specialty; b) identify the potential of PTS as a pedagogical tool to develop students' skills and competences; c) identify weaknesses and challenges in the construction of PTS as a proposal for in-service training to expand the clinic. As methodological approach of quantitative and qualitative approach were used the documents produced (the PTS) by students in ECS II between 2015 and 2018. The documents were obtained through the SCI virtual files stored on the Moodle / UFRGS platform. After data collection, was performed a discursive textual analysis. During this study 135 PTS were analyzed. After the analysis it was possible to perceive some positive points that facilitated the development of PTS such as patient-centered care, the ability / sensitivity to notice new patient's needs and the search for alternative treatments according to the limitations presented by the patient. However, there were also points that hindered the elaboration of the PTS, such as the difficulty of communication with the primary care service, the lack of ties between

the patient and the basic health unit, the parents' lack of trust in health professionals, lack of accountability of professionals for the case, the patient's absenteeism from consultations and numerous referrals. Dentistry training is still largely centered on the application, mastery and use of and use of techniques and a space for speaking and listening, where patients can express their wishes and participate in the construction of their therapeutic path, still meets resistance. Because it is something new to the training process, STP may initially be difficult to develop and, however much students may try to develop a patient-centered project, the prescriptive model is still very strong. The Singular Therapeutic Project is an important pedagogical tool, as it encourages students to understand the patient's space, as well as their desires and needs in the construction of their therapeutic path. In addition, students are challenged to bring the patient to the center of care, and the STP proposal requires greater contact with multiprofessional / interprofessional teams that the student has little contact during their training. In addition, STP has great potential for producing multi and interprofessional approaches in the interaction and communication of content in patient approach.

Keywords: Health care. Health training. Health education. Multiprofessional work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Atenção em Saúde Bucal
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEO	Centros de Especialidade Odontológica
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CMOBM	Clínica Médico Odontológica da Brigada Militar
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
ECS	Estágios Curriculares Supervisionados
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESB	Equipes de Saúde Bucal
EqSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	POLÍTICAS DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE (RAS).....	12
1.2	DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL.....	14
1.3	A FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS).....	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	MARCO TEÓRICO	19
3.1	FERRAMENTAS PEDAGÓGICAS.....	19
3.2	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	19
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1	CEO ESTOMATOLOGIA.....	26
5.2	CEO PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS.....	29
5.3	CEO PERIODONTIA.....	31
5.4	CEO CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL.....	33
5.5	BEBÊ CLÍNICA.....	36
5.6	CENÁRIO HOSPITALAR (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, HOSPITAL CRISTO REDENTOR, HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO) ..	38
5.7	CEO DE ENDODONTIA.....	42
5.8	OUTROS PTS DESENVOLVIDOS.....	44
6	DISCUSSÃO	49
6.1	PERCURSO DE FORMAÇÃO: O QUE NOS CONTAM OS PTS DOS ESTUDANTES DO ECS II.....	49
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	54

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Constituição Federal (CF) de 1988 a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p.118) visando isso, em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 8.080 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990, p. 1).

Além disso, conforme consta na Lei nº 8.080 Art. 27:

A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde- SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (BRASIL, 1990, p. 9.)

Seguindo essa organização, o SUS oferece espaços de aprendizagem para estudantes de odontologia por meio de vivências cotidianas em diferentes cenários como o de Atenção Primária a Saúde (APS) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada no ano de 2006 por meio da Portaria Nº648, de 26 de março de 2006 caracteriza a atenção básica por: “Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL 2006, p.71).

A PNAB teve outras duas edições, uma em 2011 e uma em 2017. Por meio da Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, buscando solucionar os nós críticos da Política Nacional de Atenção Básica de 2006 estabeleceu uma revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), nessa edição entre outros pontos podemos destacar a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que teve o objetivo de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território (BRASIL, 2011). Além disso, a PNAB 2011 trata das Redes de Atenção à

Saúde (RAS) que teve suas diretrizes estabelecidas pela portaria de nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.

Em 2017 foi publicada uma nova versão da PNAB e, quando publicada, em 2017, a nova PNAB gerou várias críticas de organizações vinculadas a defesa do SUS, em nota algumas delas (Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp)) expressaram a sua preocupação em relação a anulação da prioridade até então dada a Estratégia da Saúde da Família (ESF) na organização do SUS e a provável perda de recursos e demonstraram-se preocupadas com os retrocessos em relação a APS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 14):

Uma característica marcante do texto da nova PNAB é a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais regionais.

Segundo os autores essa alteração poderia ser vista como um ponto positivo na nova PNAB já que os gestores passam a ter maior liberdade de escolha podendo contribuir para a descentralização, no entanto, isso somente se completaria “com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

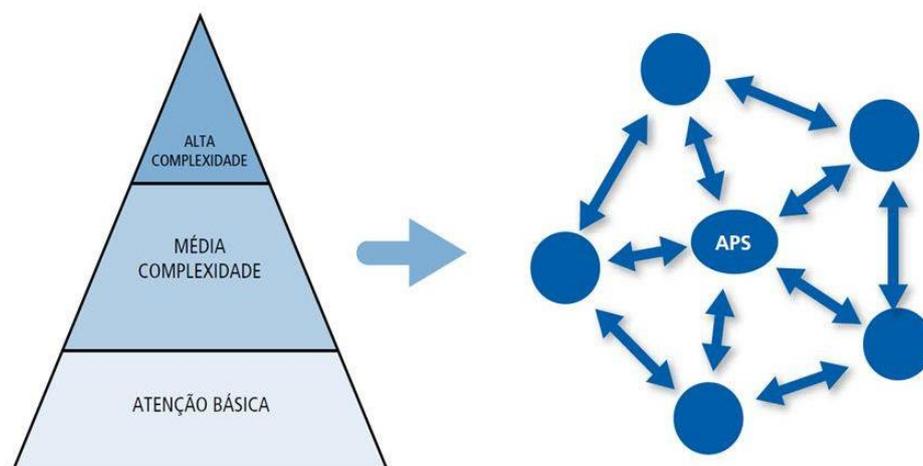
Para muitos a PNAB 2017 representa um retrocesso na atenção à saúde. Para Morosini, Fonseca e Lima (2018) um dos retrocessos dessa nova Política de Atenção Básica é quanto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são o “elo” entre os serviços de saúde e a população e contribuem para facilitar o acesso. Nas versões anteriores (PNAB 2006, PNAB 2011) ficou estabelecido que houvesse cobertura de 100% da população e que cada ACS ficaria responsável por no máximo 750 pessoas e que cada Equipe de Saúde da Família (EqSF) poderia ter até 12 ACS, na PNAB 2017 inicialmente não há nenhuma referência a cobertura nacional, após a consulta pública a referência de 100% de cobertura é retomada, no entanto, o número máximo de 750 pessoas por ACS fica restrita a algumas áreas como, por exemplo, áreas de risco e vulnerabilidade. Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018, p.15) a nova PNAB “se descompromete a adotar parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado”.

Outro ponto que Morosini, Fonseca e Lima (2018) destacam é quanto as alterações nas regras de composição profissional e carga horária dos trabalhadores da saúde nas equipes da Atenção Básica (AB). Segundo os autores as alterações destacadas criam condições para expandir a AB tradicional e fortalecer o binômio queixa-conduta.

1.1 POLÍTICAS DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE (RAS)

Redes de Atenção em Saúde são uma forma de organizar os serviços em saúde prestados para a população, nela é possível observar uma relação horizontal onde estão dispostos todos os pontos de atenção à saúde, em níveis ascendentes de complexidades (atenção primária à saúde, média complexidade e alta complexidade). Esses diferentes níveis de complexidade devem se comunicar entre eles e buscar oferecer um cuidado integral ao paciente. Na base desse sistema temos a APS que se destaca como sendo a principal “porta de entrada do paciente”, o centro de comunicação, ela é quem coordena a RAS. Logo em seguida temos os pontos de média complexidade dessa rede, nele se encontram os Centros de Especialidades Odontológicas e no último nível de complexidade estão os atendimentos hospitalares. Os diferentes níveis de complexidade estão categorizados na Figura 1.

Figura 1 – Organização das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011, p.84)

As diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde em 2010 através da Portaria nº 4.279. Em Brasil (2010, p.2) a RAS é definida como: “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Segundo Mendes (2011) a RAS é uma forma de organização do sistema de atenção à saúde em sistemas integrados de maneira que seja possível responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde dos usuários do sistema de saúde.

Segundo a portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, o objetivo da RAS é:

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.(BRASIL, 2010, p.2).

De acordo com Mendes (2011) para as RAS terem um funcionamento adequado elas devem se estruturar nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

As Redes de Atenção à Saúde trabalham de forma cooperativa e interdependente não havendo hierarquia entre os diferentes pontos dessa rede, todos os pontos são igualmente importantes para que se atinjam os objetivos comuns, estes pontos diferenciam-se pela densidade tecnológica e tem uma relação horizontal que permite um cuidado contínuo ao paciente nos diferentes níveis de atenção. Esse arranjo organizativo é composto por três elementos que são: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O primeiro deles, a população, diz respeito às pessoas atendidas e de sua responsabilidade, é necessário conhecer essa população, reconhecer as suas necessidades, suas singularidades, e além de conhecê-la é necessário subdividi-la de acordo com os fatores de risco. Conhecer essa população é trabalho extremamente importante e bastante complexo ficando sob responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2010).

Outro elemento das redes é a estrutura operacional que são os pontos dessa rede e ligações materiais e imateriais que interligam esses pontos. A estrutura operacional é composta por cinco elementos que são os centros de comunicação, a Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária e Terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2010).

O modelo de atenção à saúde é a forma de organizar essa rede de atenção à saúde, é necessário adequar o modelo de atenção para que possa responder com efetividade, eficiência e segurança às situações de saúde da população sejam elas crônicas ou agudas (MENDES, 2010).

1.2 DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

Por muitos anos o acesso aos serviços de odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde sendo bastante difícil e limitado o acesso, fazendo assim com que a população buscasse atendimento apenas em casos de dor. Buscando mudar esse quadro, em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Programa Brasil Sorridente”.

O programa “Brasil Sorridente” assumiu a responsabilidade de ampliar a rede assistencial e de qualificar a Atenção em Saúde Bucal (ASB), para isso passou a articular ações que vão além do foco curativo da doença, visando também a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para atender as necessidades da população (BRASIL, 2004b).

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal propostas pelo Ministério da Saúde em 2004 ressaltam a necessidade de aumentar o acesso à saúde bucal, na busca de oferecer um cuidado integral ao paciente. Para que isso se tornasse possível foram incorporados procedimentos e serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2004b).

Desde os anos 2000, com a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia da Saúde da Família, o número de cirurgiões-dentistas começou a aumentar na rede pública e com a PNSB (BRASIL, 2004b) passou a haver um reposicionamento normativo e de aporte dos recursos públicos destinados à saúde bucal, gerando alterações no modelo de atenção que até então era utilizado.

A PNSB constitui-se de uma série de medidas que busca reorientar a assistência pela promoção de saúde, universalizar o acesso e completar todos os níveis de atenção e pensando nisso foram criados os Centros de especialidades odontológicas e os laboratórios regionais de prótese dentária (BRASIL, 2004b).

O Centro de Especialidades Odontológicas foi um dos pontos de atenção criados pelo Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) e que busca oferecer um atendimento integral da assistência à saúde e às ações de Saúde Bucal. Segundo BRASIL (2004a, p.1):

Os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, classificados como Tipo Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de Odontologia, para realizar no mínimo as seguintes atividades: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor de tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

Segundo Barro e Botazzo (2011) a Política Nacional de Saúde Bucal apresentou diretrizes para a organização das ações e para reorientar o modelo de atenção em saúde bucal no país, nela o cuidado é o eixo central, além disso, a PNSB propõem pressupostos para a ampliação e qualificação da saúde bucal na perspectiva da integralidade do cuidado.

1.3A FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foi criada em 1898 e desde então seu currículo passou por diversas modificações, a mais recente ocorreu a partir de 2002. Nesse momento ficou decidido que essa reforma curricular não seria uma modificação apenas para adequação à legislação, mas, sim, uma reforma profunda, adequada à realidade do aluno, do professor e da comunidade em que os mesmos estão inseridos. A partir desse momento foram adotadas estratégias para a discussão sobre as alterações curriculares (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [20--]).

Em 2005 a Faculdade de Odontologia da UFRGS colocou em andamento uma nova estrutura curricular prevendo um ensino integrado e tendo como base

legal as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002).

Durante esse período de discussões foi proposto pela comunidade da Faculdade de Odontologia da UFRGS a reorganização do currículo em 3 momentos, sendo eles: momento de formação fundamental (básica), momento pré-profissional e momento profissional. E o processo de formação do cirurgião-dentista passou a ser desenvolvido buscando-se novos paradigmas para as três funções básicas da UFRGS caracterizadas como: Ensino, pesquisa e extensão (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [20--]).

O ensino deixou de ser centrado no professor e passou a ser centrado no aluno. Também foram reorganizadas as atividades clínicas em níveis crescentes de complexidades e os estudantes passaram a ter a oportunidade de atuar em diversos cenários de práticas de modo a vivenciar experiências multiprofissionais e interprofissionais buscando a integralidade da atenção à saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [20--]).

No contexto de uma formação mais ampla, de formação generalista, humanística, crítica e reflexiva os estudantes do curso de Odontologia da UFRGS realizam no último ano de curso os Estágios Curriculares Supervisionados (ECS) que compreendem 960 horas de formação que são divididos entre a Atenção Primária, os Centros de Especialidades Odontológicas, ambulatórios de alta complexidade, hospitais e na gestão pública em saúde

Certamente os estágios extramuros, realizados no nono e décimo semestre do curso de graduação em serviços de saúde pública de Porto Alegre e região metropolitana, têm um papel importante na integração com outras áreas da saúde e possibilitam uma formação com espírito mais crítico, oportunizando a busca pelo trabalho em equipe.

Para Fonseca *et al.*(2015) do ponto de vista do ensino e aprendizagem, a experiência de estágios extra muros contribuem para uma formação coerente com o mundo do trabalho, oportuniza a vivência do trabalho em equipe e desperta os estudantes para a atuação futura na saúde pública.

Para Bulgarelliet *al.*(2014) os estágios realizados no SUS aproximam os estudantes da realidade, formando profissionais mais humanos, com um olhar diferente para a pessoa que é cuidada, além disso, reflete em profissionais competentes também para a gestão do serviço público em saúde. O autor ressalta

que os estágios e a nova organização curricular da Faculdade de Odontologia da UFRGS enriquecem a formação do estudante contribuindo para a construção de competências para atuar no SUS além de desenvolver seu espírito crítico e reflexivo.

No curso de Odontologia da UFRGS, durante os ECS são realizados atendimentos clínicos nas Unidades de Saúde (US) e CEOs, em hospitais e serviços de pronto atendimento odontológico. Além das atividades práticas desenvolvidas nos campos de estágio os estudantes desenvolvem atividades em tutorias, visando a consolidação de conceitos trabalhados em encontros teóricos e estimulando a construção de processos de gestão da clínica a partir das experiências cotidianas do estágio.

No escopo destas atividades dos encontros presenciais, os estudantes recebem a tarefa de desenvolver, a partir de um caso clínico vivenciado em um dos campos de estágio, um projeto terapêutico singular (PTS).

O projeto terapêutico singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para cada indivíduo. O PTS pode ser utilizado em todos os casos e principalmente em situações mais complexas trazendo a singularidade como elemento central.

Conceitualmente, o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (BRASIL, 2007).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar e compreender o potencial pedagógico dos PTS realizados pelos estudantes do Estágio Curricular Supervisionado II do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul realizados em Centros de Especialidades odontológicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais entre os anos de 2015 e 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever e categorizar de acordo com a especialidade odontológica os projetos terapêuticos singulares desenvolvidos;
- b) Identificar a potencialidade do PTS como ferramenta pedagógica para desenvolver habilidades e competências nos estudantes do Estágio Curricular Supervisionado II;
- c) Identificar fragilidades e desafios encontrados pelos estudantes nos CAMPOS DE ESTÁGIO 2 (Centros de Especialidades Odontológicas, Unidades de Pronto Atendimento e hospitais) para desenvolver os PTS.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 FERRAMENTAS PEDAGÓGICAS

Segundo Santos *et al.* (2016) a prática da educação no Brasil, na maior parte das vezes é centrada na figura do professor, que normalmente utilizam aulas expositivas o que acaba gerando um fluxo unilateral de comunicação o que dificulta o desenvolvimento do pensamento crítico por parte do estudante, caracterizando assim o ensino tradicional.

Na busca de articular saberes em diferentes momentos e espaços passaram a ser utilizados instrumentos pedagógicos que pretendem construir o conhecimento através de pesquisas e das atividades práticas vivenciadas.

Segundo Martins (2011) os instrumentos pedagógicos são formas de possibilitar que o estudante se relacione com o conhecimento científico e com o meio sócio-profissional e cultural de forma ativa, na busca de uma formação integral. A partir desse princípio e com o objetivo de propor atividades que de fato efetive a aprendizagem do estudante o PTS como ferramenta pedagógica se alicerça no processo de ensino e aprendizagem que vão além de conteúdos disciplinares, propiciando conhecimentos necessários para a compreensão do meio ao qual está inserido e da sua própria realidade através de uma participação ativa no processo de educação com questionamentos, e busca de informações, realizando atividades que visam o desenvolvimento do senso crítico, e das capacidades de analisar e de argumentar com o intuito de evitar a alienação frente às situações do cotidiano.

A prática pedagógica frequentemente é objeto de estudo no campo da educação e educadores e outros profissionais envolvidos se preocupam em descobrir estratégias pedagógicas que permitam ao estudante uma aprendizagem eficaz e significativa.

3.2 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular é uma forma de organização da gestão do cuidado e está associada também às práticas de saúde nos processos de trabalho

das equipes da Atenção Básica. Trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para cada indivíduo (BRASIL, 2007).

O PTS pode ser utilizado em todos os casos, no entanto é utilizado principalmente em situações mais complexas trazendo a singularidade como elemento central.

O PTS passa a ser utilizado em diversas áreas da saúde, como na AB. Em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) como política transversal ao SUS, que tem como foco a efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a Saúde Pública no Brasil (Brasil, 2004c).

A PNH indica como realizarmos a construção do PTS nas Unidades Básicas de Saúde, destacando fases fundamentais:

- a) A fase diagnóstica: avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do paciente.
- b) Definição de metas: propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o paciente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
- c) Responsabilidades: são divididas, definindo com clareza as tarefas de cada um.
- d) Reavaliação do PTS: é fundamental para analisar a evolução e propor correções do cuidado em saúde.

Tradicionalmente o modelo de atenção à saúde não considera o paciente como um sujeito ativo no seu tratamento e o principal foco de atenção é a doença (PINTO *et al.*, 2011). Numa outra lógica de processo de trabalho e organização temos o PTS que além de uma equipe multidisciplinar busca incorporar o paciente nas tomadas de decisões e responsabilização, pressupondo o protagonismo e a singularidade dos sujeitos.

Para Merhy (1999), o projeto terapêutico deve ser um instrumento que responda às demandas objetivas e subjetivas dos pacientes e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado.

Para Oliveira (2007) o PTS é um arranjo operador e gestor de cuidado, cooperação e compartilhamento de saberes centrados no paciente, é um

encontro de desejos, projetos, ideologias, interesse, visão de mundo e subjetividade.

O PTS traz a ideia de que o sujeito tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a doença, além disso, depende dele estar disposto a aderir a algum tratamento e segui-lo ou não, de se comprometer com a terapêutica ou não e para isso o tratamento necessita ser negociado com o sujeito doente, na atenção básica o sujeito precisa ter espaço para exercer a sua autonomia e o PTS vem ao encontro dessa ideia (CUNHA, 2004).

Conforme Cunha (2004) os protocolos são ferramentas de gestão muito respeitados e existe uma mistificação acentuada dessa ferramenta, que provoca um uso indevido, pois no plano gerencial os protocolos tendem a provocar um trabalho alienado. Segundo o autor, alguns tratamentos são executados com tanta frequência que acabam incorporados a uma rotina e então os profissionais desconsideram o real motivo da sua prescrição. Essa alienação pode ser eficaz em situações de emergência, no entanto, em situações mais complexas e no caso de doenças crônicas isso tende a ter limitações.

Outra ferramenta de gestão da clínica é a programação em saúde que apesar dos aspectos positivos que ainda hoje se podem extrair dessa proposta, é altamente prescritiva e afinada com a centralidade do aspecto biológico e imutabilidade dos Sujeitos, porém isso dá a entender que os sujeitos são estáveis no tempo e imunes às intervenções da equipe o que transmite a ideia de que esta não necessita fazer avaliações constantes em seus protocolos (CUNHA, 2004).

Warmling *et al.* (2011, p. 68), debate sobre o PTS como um “conjunto de propostas e de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva”, tal atividade tem como objetivo “permitir a sistematização de experiências entrelaçando histórias de situações de saúde e doença bucal vivenciadas por comunidades, famílias e/ou indivíduos e diferentes possibilidades de gestão da clínica odontológica” (WARMLING *et al.*, 2011, p.68).

Ao propor aos estudantes a atividade de construção do PTS a partir de situações de saúde e doença com pacientes no campo de estágio, busca-se desenvolver competências relacionais, comunicacionais e de empatia. O projeto terapêutico como conjunto de condutas terapêuticas articuladas, resultantes de discussão coletiva de equipe interprofissional a partir da centralidade do sujeito

no cuidado em saúde e que busca melhorar sintomas e modificar o curso do adoecimento tem sido utilizado também como recurso pedagógico com os estudantes para articular saberes e troca de conhecimentos, estimular processos de empoderamento e autonomia para o paciente, tornando-o sujeito ativo na construção do seu processo de saúde.

Em estudo sobre modelos para os estágios curriculares Schonhofen *et al.* (2010), consideram que a experiência de elaborar um Projeto Terapêutico Singular com estudantes de Odontologia foi muito efetiva pois trouxe bons resultados ao aprendizado do estudante e proporcionou o desenvolvimento de capacidades necessárias a um profissional da saúde. Os autores destacam os efeitos nos estudantes de seguir um caminho de aprendizado pautado pela percepção de problemas na população, trabalhando objetivos e planejando metas para solucionar os problemas, exercendo atividades de educação em saúde e atividades interdisciplinares.

4 METODOLOGIA

O cenário deste estudo foi o estágio curricular supervisionado II do curso de odontologia da UFRGS entre os anos de 2015 e 2018, ao todo foram analisados 135 documentos produzidos por 234 estudantes.

Este estudo utilizou uma análise quantitativa e qualitativa, com predomínio da abordagem qualitativa que foi realizada por meio de uma análise textual discursiva dos documentos.

Um estudo qualitativo é caracterizado por compreender algo em seu ambiente natural, para tanto, é necessário que o pesquisador seja capaz de captar as informações que a ele são passadas.

Para Flick (2009, p.39) “a pesquisa qualitativa se dirige a análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais”.

Uma das formas de realizar um estudo qualitativo é através da análise documental que utiliza em sua essência documentos que ainda não foram analisados ou sistematizados.

A análise documental permite passar de um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro) ou para uma indexação, que permite, por classificação em palavras-chave, descritores ou índices, classificar os elementos de informação dos documentos. Um dos objetivos da análise documental, dessa forma, é a representação condensada da informação para consulta e armazenagem.

Moraes e Galiuzzi (2006) consideram a análise textual discursiva um modo de análise de dados que transita entre a análise de conteúdo e a análise de discurso. As abordagens entre esses dois tipos de análise se apoia na interpretação do significado atribuído pelo autor e nas condições de produção do texto. Segundo os autores a análise textual discursiva inicia-se com a unitarização, em que os textos são separados por significados e nessa interpretação do significado realizada pelo autor são apropriadas palavras de outras vozes para melhor compreender o texto. Após realizar a unitarização dos textos é então feito a categorização destes que consiste em articular significados semelhantes, com isso podemos gerar inúmeras categorias de análise.

Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a

análise teve por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo a informação. Esse procedimento metodológico requer o armazenamento e a facilidade de acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação.

Em uma pesquisa documental uma intensa análise do material é necessária para que o pesquisador consiga encontrar, selecionar e interpretar as informações de forma que seja possível entender a interação com a fonte (KRIPKA, 2015).

Para Ludke e Andre(1986) a análise documental trata-se um trabalho que busca estudar e avaliar documentos primários com o objetivo de interpretar as informações e descobrir o contexto a qual estão relacionadas. Entre as etapas da análise está a escolha do documento a ser utilizado, coleta deste, seguido de análise. Para realização de uma análise documental alguns procedimentos metodológicos devem ser seguidos, entre eles a caracterização do documento, a codificação, os registros, a categorização e a análise crítica. Inicialmente os documentos devem ser examinados a fim de definir quais os melhores documentos para analisar o problema e definir o foco do estudo.

Flick (2009) explica que o princípio da análise deve ser interpretar o texto e compreendê-lo, devemos abranger e compreender o caso e para isso é necessário escolher cuidadosamente o método de análise de forma que ele seja apropriado para o que se deseja estudar e para isso há alguns pontos de referência como “a comparação das abordagens, com base em critérios; a seleção do método e a verificação de sua aplicação; a apropriabilidade do método ao assunto e o ajuste do método no processo de pesquisa” (FLICK, 2009, p. 194)

Entre os métodos de análise documental Kripka (2015) destaca a Análise Discursiva que segundo Moraes e Galiazzi (2011) se trata de um processo que procura produzir novas formas de compreender a relação aos fenômenos que examina e para isso temos dois momentos onde o primeiro é de desconstrução e análise e o segundo momento mais reconstrutivo.

Os dados para a análise deste estudo foram os documentos produzidos durante a realização do Estágio Curricular Supervisionado II do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2015 e 2018. Os documentos estudados foram os projetos terapêuticos singulares desenvolvidos pelos estudantes vinculados ao Estágio Curricular Supervisionado II do curso de Odontologia e foram obtidos através dos arquivos virtuais acomodados

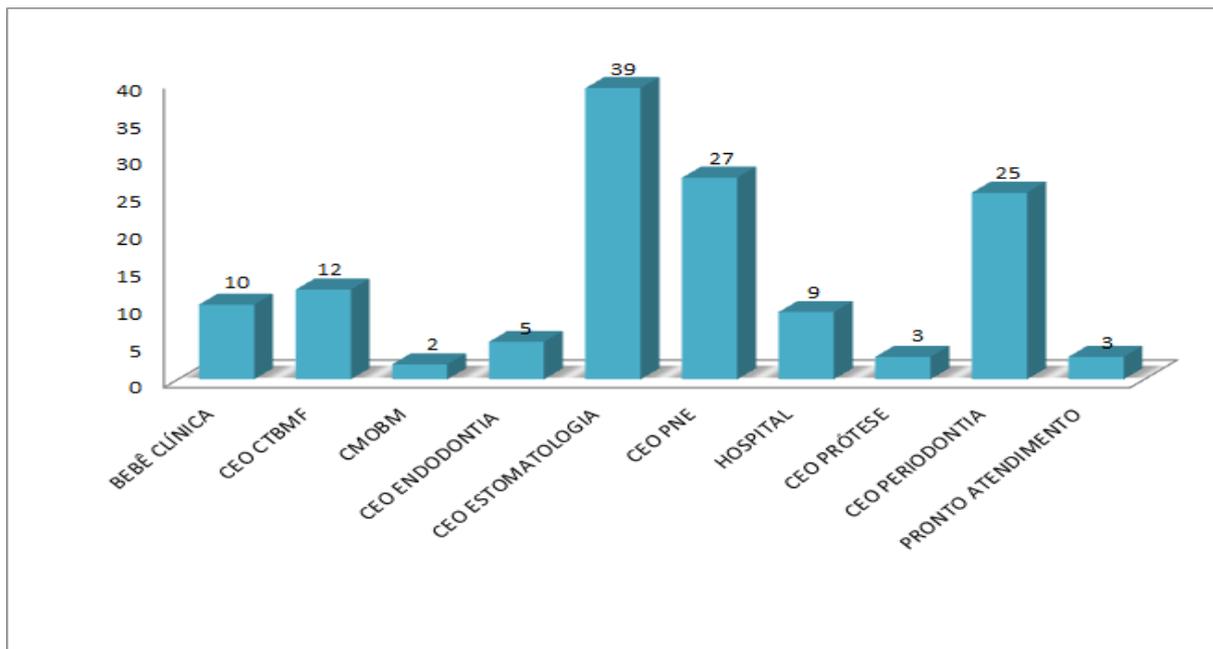
na plataforma Moodle/Ufrgs. Após obter os documentos estes foram categorizados de acordo com o local onde o caso clínico foi acompanhado (Centro de Especialidades Odontológicas, hospitais, Clínica Médico Odontológica da Brigada Militar e unidades de pronto atendimento), em seguida iniciamos a análise buscando identificar o assunto do projeto e os desafios encontrados pelos estudantes durante a sua elaboração.

Este estudo seguiu as recomendações e diretrizes éticas e legais necessárias à boa prática da pesquisa, conforme resolução CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e CNS nº 510/2016 (BRASIL, 2016). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob parecer 1.978.877.

5 RESULTADOS

Neste trabalho foram analisados 135 PTS produzidos pelos estudantes do ESC II da faculdade de Odontologia da UFRGS entre 2015 e 2018, desses, 29 (28,9%) foram realizados no CEO de Estomatologia, 27 (20%) no CEO de Pacientes com necessidades especiais, 25 (18,5%) no CEO de Periodontia, 12 (8,9%) no CEO de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), 10 (7,4%) na Bebê Clínica, 9 (6,6%) em Hospitais, 5 (3,7%) no CEO de Endodontia, 3 (2,2%) foram realizados no Pronto Atendimento, 3 (2,2%) no CEO de Prótese e 2 (1,50%) no Clínica Médico Odontológico da Brigada Militar (CMOBM). A distribuição está apresentada no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos PTS conforme o local onde foi realizado



A apresentação dos resultados e discussão está organizada de acordo com o número (percentuais) de PTS em cada cenário de estágio.

5.1 CEO ESTOMATOLOGIA

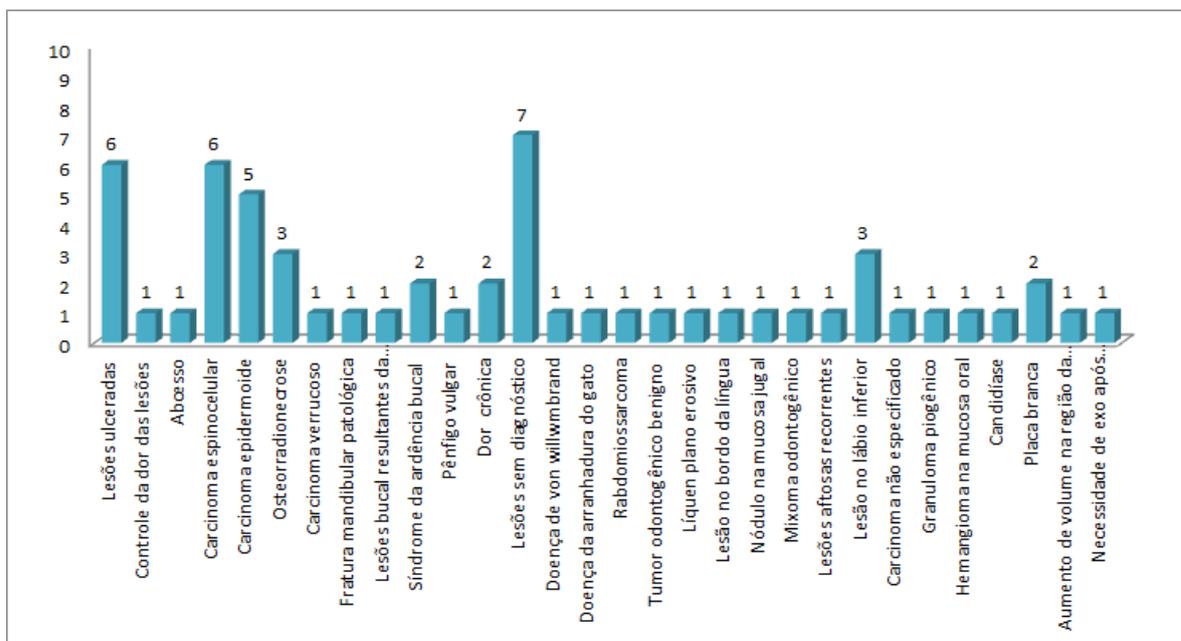
O CEO de Estomatologia é responsável por avaliar os pacientes com alterações bucais em tecidos moles e duros identificando anormalidades. Além disso, o CEO de estomatologia solicita/realiza exames complementares, faz os

diagnósticos de lesões, tratamento cirúrgico ou medicamentoso quando necessário e encaminhamentos quando há necessidade de atenção a nível hospitalar (BRASIL, 2008).

Dos PTS analisados, 39 deles foram realizados no CEO de Estomatologia, o que representa 28,9% dos PTS, a média de idade dos pacientes acompanhados foi de 52,5 anos. Nestes trabalhos diversos assuntos foram abordados, entre os mais citados estão: lesões sem diagnóstico; carcinoma espinocelular; diagnóstico e tratamento de lesões ulceradas; carcinoma epidermóide, osteorradiocrose, síndrome de ardência bucal; dor crônica e placa branca na mucosa. Além disso, foram relatados casos de carcinoma verrucoso, fratura mandibular patológica, lesões bucais resultantes de quimioterapia, pêfigo vulgar, doença de Von Willebrand, doença da arranhadura do gato, rabdomiossarcoma, tumor odontogênico benigno, líquen plano erosivo, lesão em bordo de língua, nódulo na mucosa jugal, mixoma odontogênico, lesões aftosas recorrentes, carcinoma não especificado, granuloma piogênico, hemangioma na mucosa oral, candidíase, aumento de volume na região da parótida e necessidade de exodontias após radioterapia.

O gráfico a seguir mostra a distribuição dos casos.

Gráfico 2 – Distribuição dos casos no CEO de Estomatologia



Analisando os PTS desenvolvidos pelos estudantes no CEO de Estomatologia foi possível observar que surgem alguns obstáculos durante a

elaboração do PTS. Podemos elencar: a) dificuldade de comunicação com a Atenção Básica, b) absenteísmo, do paciente às consultas c) dificuldade do paciente em compreender a gravidade de seu problema, d) paciente não ter suporte familiar e ser incapaz de realizar o autocuidado, e) falta de vínculo do paciente com a Unidade Básica de Saúde e f) baixa resolução dos problemas (gerando inúmeros encaminhamentos).

Destacamos que os estudantes que desenvolveram o projeto com pacientes atendidos pelo CEO de Estomatologia avançaram no uso da ferramenta PTS e desenvolveram projetos terapêuticos centrados no paciente, englobando equipes multiprofissionais. Cabe ressaltar que, apesar da intenção de centrar o cuidado no paciente, a dificuldade em aceitar o desejo (autonomia) do Outro perpassou a construção dos projetos, como é possível observar:

“Paciente foi diagnosticado com carcinoma espinocelular e este não gostaria de realizar o procedimento cirúrgico, mas mesmo assim como tratamento o PTS traz a proposta de remoção cirúrgica da lesão.” (PTS CEO ESTOMATOLOGIA 1)

“Paciente foi diagnosticado com carcinoma epidermóide em 2008, realizou o tratamento, no entanto houve recidiva e o paciente se recusava a realizar a quimioterapia, porém mesmo assim foi encaminhado para realização de cirurgia para remoção da lesão e posteriormente quimioterapia.” (PTS CEO ESTOMATOLOGIA 4)

Em outros projetos é possível observar um cuidado mais centrado no paciente, em seus desejos e autonomia.

“Paciente diagnosticado com carcinoma epidermóide, está fazendo acompanhamento multiprofissional, no entanto precisa de um cuidador em tempo integral e apresenta dificuldade de locomoção, o que faz com que ele não consiga ir em todas as consultas (principalmente nas consultas com a fonoaudióloga), nesse caso os estudantes tiveram o cuidado de conversar com o paciente e seu cuidador buscando identificar as dificuldades e a partir disso traçar formas de cuidar desse paciente considerando suas limitações e desejos, além disso, também houve uma preocupação com o cuidador.” (PTS CEO ESTOMATOLOGIA 11)

Esta forma de construir o PTS nos faz pensar qual a linha tênue entre a prática clínica que elege um projeto centrado no paciente (PTS) ou a imposição de um plano de tratamento.

5.2 CEO PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

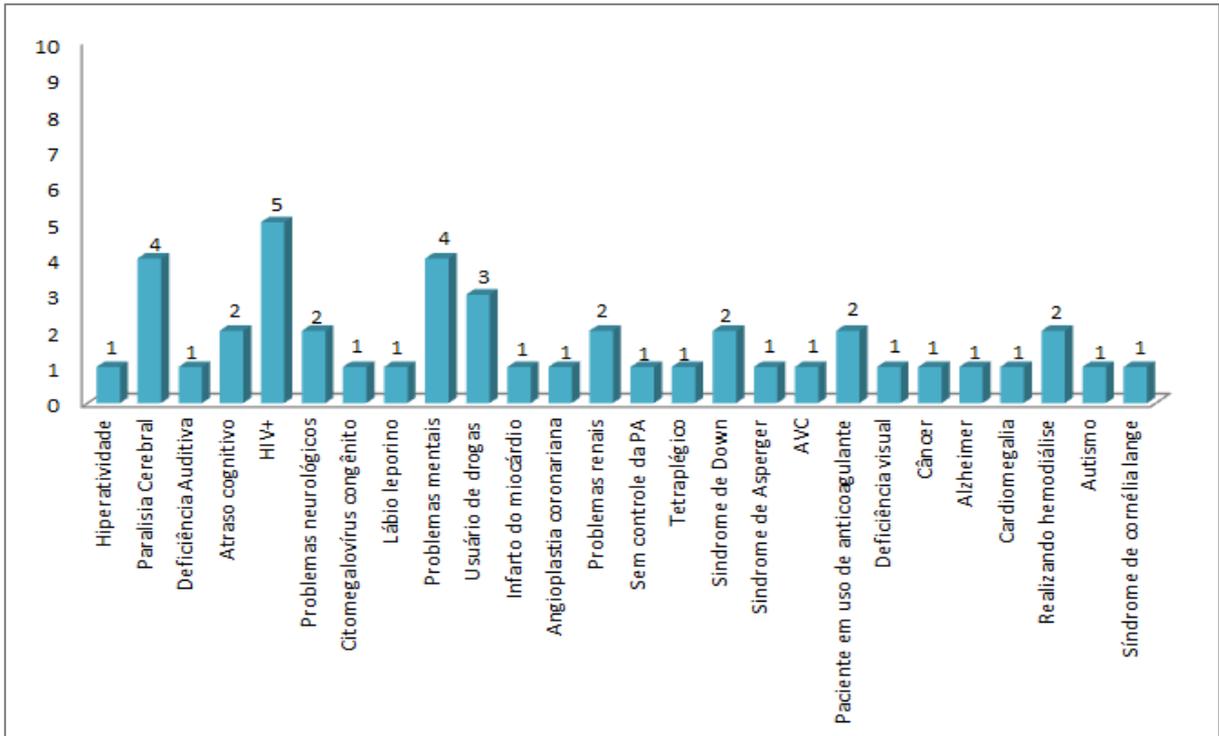
Entre as especialidades atendidas nos Centros de Especialidades Odontológicas está o tratamento a portadores de necessidades especiais (PNE). Muitas são as condições que levam um paciente a ser considerado um portador de uma necessidade especial, entre elas as doenças sistêmicas e as doenças hereditárias, além de alterações que podem ocorrer durante a vida. Essas alterações podem ocorrer por um determinado período e/ou permanecer por toda a vida e requerem um cuidado diferenciado (SANTOS *et al.*, 2014; NUNES *et al.* 2017).

Ao todo foram realizados 27 PTS no CEO de Pacientes com Necessidades Especiais o que representa 20% dos PTS analisados.

A média de idade dos pacientes foi de 29 anos e dentre as condições de saúde dos pacientes atendidos pelo CEO PNE temos entre as mais comuns: pacientes HIV positivo;paciente com paralisia cerebral;paciente com problemas mentais; usuários de drogas;paciente com síndrome de Down;paciente com problemas renais, paciente em uso de anticoagulante; paciente realizando hemodiálise; paciente com autismo; paciente com Síndrome de Cornélia Lange;paciente com cardiomegalia;paciente com Alzheimer;paciente com Câncer;paciente com Deficiência visual, paciente com acidente vascular cerebral;paciente com Síndrome de Asperger; paciente tetraplégico; paciente sem controle da pressão arterial;paciente pós-angioplastia coronariana, paciente pós-infarto do miocárdio, paciente com lábio leporino, paciente pós citomegalovírus congênito, paciente com problemas neurológicos, paciente com atraso cognitivo, paciente com deficiência auditiva e hiperatividade.

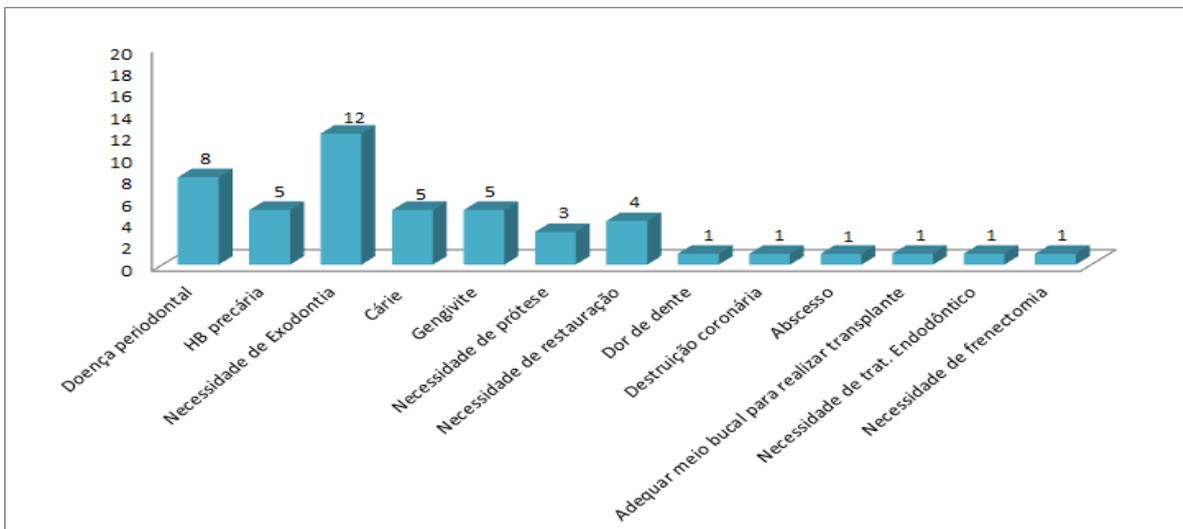
O gráfico 3 ilustra as condições encontradas.

Gráfico 3 – Distribuição dos casos no CEO de PNE



Quanto à condição bucal, os pacientes foram encaminhados para o CEO PNE por necessitarem de exodontias, seguido de quadros de doença periodontal, gengivite, higiene bucal precária, cárie, necessidade de restaurações, necessidade de prótese, dor de dente, destruição coronária, abscesso, necessidade de adequação do meio bucal para realizar transplante, necessidade de tratamento endodôntico, e necessidade de frenectomia.

Gráfico 4 – Condição bucal pela qual o paciente foi encaminhado ao CEO PNE



Entre os obstáculos encontrados pelos estudantes na elaboração do PTS temos: a) muitos cuidadores não percebem que são parte fundamental para a saúde geral e bucal dos pacientes com necessidades especiais, b) dificuldade de comunicação com a Atenção Primária, c) alguns dentistas que atendem na Unidade Básica de Saúde (UBS) ainda possuem receio em atender pacientes com necessidades especiais, d) dificuldade em criar um vínculo com o paciente, e) paciente sem suporte da Atenção Básica e e) dificuldade de corresponsabilização do paciente ou de seus responsáveis. Foi possível observar que o vínculo criado entre paciente-cuidador e profissionais da saúde facilitou o desenvolvimento do projeto e condução do caso.

Podemos perceber que nem sempre os pacientes têm seus desejos atendidos, os estudantes focam sua atenção nas necessidades odontológicas e não nas possibilidades ou desejos do paciente e/ou cuidadores e por vezes a queixa do paciente acaba ficando de lado:

“Uma das queixas do paciente era que ele não conseguia utilizar a prótese e que gostaria de extrair os dentes que ainda tinha para confeccionar uma nova prótese, no decorrer do tratamento este paciente percebe que não terá condições financeiras para pagar por uma nova prótese e o projeto desenvolvido não aborda essa questão, observa-se que a maior preocupação dos estudantes está em realizar as extrações”(PTS CEO PNE 17).

Por outro lado, temos projetos em que há uma preocupação constante com o paciente que vão além da saúde bucal e geral:

“Paciente de 21 anos com atraso cognitivo, onde as estudantes buscaram desenvolver um projeto com a participação da mãe da paciente que abrangesse condutas para melhorar sua saúde e também estimulasse sua autonomia”(PTS CEO PNE 4).

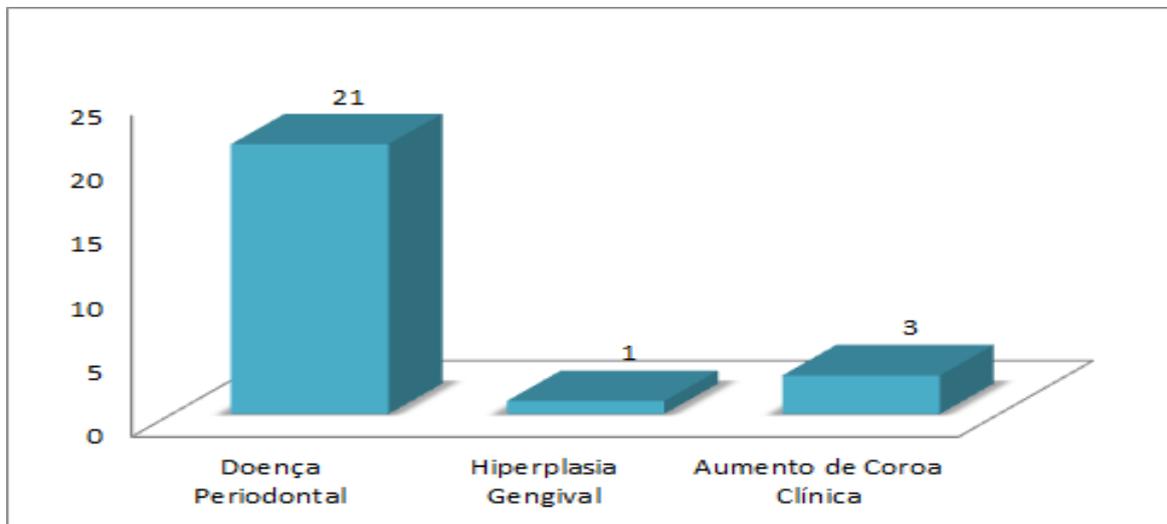
5.3 CEO PERIODONTIA

O CEO de periodontia é responsável pelos tratamentos periodontais que não são possíveis realizar na Atenção Básica, os encaminhamentos mais frequentes são

para tratamentos periodontais (raspagem e alisamento subgengival e acessos cirúrgicos), cirurgias periodontais (aumento de coroa clínica), hiperplasia gengival e lesões de furca (BRASIL 2008).

Dos PTS avaliados, 25 foram realizados com pacientes acompanhados no CEO de periodontia, isso corresponde a 18,5% dos documentos analisados. A média de idade dos pacientes foi de 49,6 anos e entre os motivos pelo qual o paciente foi encaminhado, a doença periodontal, aumento de coroa clínica, hiperplasia gengival e dor ao mastigar são os mais frequentes conforme mostra o gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição dos casos no CEO de Periodontia



Entre os problemas relatados pelos estudantes para a construção de um PTS temos: a) falta de motivação do paciente e b) o absenteísmo às consultas.

Por meio da análise dos PTS elaborados no CEO de periodontia foi possível observar que os estudantes se preocupavam muito com as faltas dos pacientes e com estratégias para tentar reduzir o número de faltas. Os estudantes buscam conscientizar o paciente da importância do tratamento, mas muitas vezes falta entender o motivo do paciente ter faltado à consulta e se o paciente realmente deseja realizar este tratamento. É possível observar que há uma centralidade no protocolo do atendimento, no número de consultas e em reduzir o absenteísmo, ou seja, há uma preocupação em encontrar estratégias para cumprir o plano de tratamento.

Outro ponto a ser destacado é que muitos estudantes discutem o planejamento com outros profissionais e então apresentam o tratamento proposto ao paciente como é observado:

“Paciente foi encaminhada para realizar um aumento de coroa clínica e em função dos problemas relatados a dupla de estudantes decidiu desenvolver o projeto terapêutico singular com essa paciente, após apresentar o caso as estudantes propõem como estratégia discutir com os outros profissionais e com a equipe da Unidade Básica de Saúde o caso e “posteriormente, será marcada uma reunião com a paciente para expor o que foi planejado” (PTS CEO PERIODONTIA 5).

Uma lógica do método clínico tem sido central para organizar o processo de trabalho em odontologia (ou seria de cuidado?) sem considerar que o paciente é parte fundamental do PTS e deveria não apenas ser comunicado das tomadas de decisões, mas, inexoravelmente, ser protagonista deste processo de construção do seu percurso de cuidado na rede de atenção.

Por outro lado, nos PTS realizados no CEO de periodontia indicam uma busca dos estudantes por alternativas de tratamento de acordo com o as limitações do paciente como observamos nos PTS desenvolvidos com pacientes com problemas motores, nos quais os estudantes buscaram alternativas para que o paciente conseguisse realizar sua higiene bucal:

“Paciente com doença periodontal, possui doença de Parkinson, há 7 anos que limita a realização de inúmeras atividades, em tratamento há 1,5 anos no CEO de periodontia não apresentando melhora em parte devido a sua limitação motora resultante da doença; a partir disso as estudantes, como estratégia, propõem “adaptar a escova dental do paciente para melhorar empunhadura para realizar a higiene bucal” (PTS CEO PERIODONTIA 1)

5.4 CEO CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

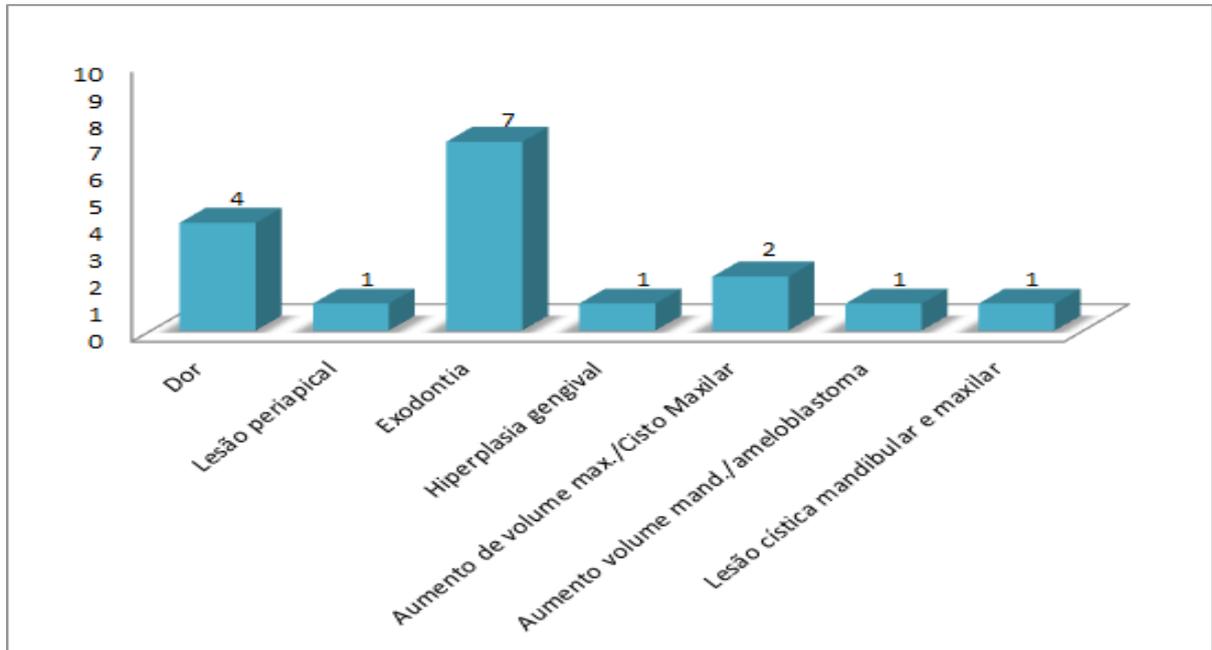
No escopo das atividades do CEO de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial está além da parte de patologia cirúrgica, cirurgias buco-maxilofaciais, de reconstruções faciais a realização de

[...]cirurgias buco-dentárias: retenções, inclusões ou impactações dentárias, cirurgias de tracionamentos dentários com finalidade ortodôntica, transplantes dentais autógenos, dessinserções de tecidos moles, exodontias complexas, cirurgias ósseas com finalidade protética, cirurgia de tecidos moles com finalidade protética, cirurgia de lesões dentárias periapicais e enxertos ósseos nos maxilares”(BRASIL, 2008, p.57).

Dos documentos analisados, 12 PTS foram desenvolvidos a partir de casos clínicos acompanhados no CEO de CTBMF e esse número representa 8,9% de PTS analisados.

A média de idade dos pacientes que foram acompanhados no CEO de CTBMF foi de 31,7 anos e 2 documentos não indicam a idade do paciente. Entre as várias causas que levaram esses pacientes a chegar até o CEO de CTBMF, a mais comum foi para a realização de exodontias tanto de terceiros molares quanto de restos radiculares e exodontias múltiplas. Alguns pacientes chegaram com o relato de dor. Outros motivos de encaminhamento para o CEO de CTBMF: aumento de volume maxilar (diagnóstico cisto maxilar); aumento de volume mandibular (diagnóstico ameloblastoma); lesões císticas na maxila e na mandíbula (hipótese diagnóstica da síndrome de Gorlin-Goltz, confirmado após o paciente ser encaminhado para o serviço de genética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)). Além disso, uma paciente foi encaminhada para acompanhamento de uma extensa lesão periapical no dente 22 que ocorreu provavelmente devido a uma falha do tratamento restaurador e endodôntico. Essa distribuição é mostrado no gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição dos casos no CEO de CTBMF



A Atenção Primária à saúde é parte fundamental para o desenvolvimento do cuidado integral e contínuo ao paciente, no entanto, no CEO de CTBMF a falta de vínculo, o relacionamento precário com a equipe da UBS e o difícil acesso aos serviços foram relatados em 50% dos projetos desenvolvidos:

“Paciente com diversas necessidades, com relato de dor há bastante tempo, mas relata que é “impossível o acesso a saúde bucal na UBS de referência” (PTS CEO CTBMF 1).

Um ponto positivo dos projetos desenvolvidos no CEO de CTBMF é que eles foram capazes de perceber outras necessidades/desejos do paciente, necessidades essas que nenhum outro profissional havia dado a devida importância:

“Paciente de 49 anos, obesa mórbida, sedentária, com depressão encaminhada para extração do dente 37 e dos terceiros molares, durante a consulta a paciente relata que está descontente com sua aparência, que tinha dificuldades de perder peso e dificuldade de se relacionar, a partir disso, os estudantes que atendiam a paciente entraram em contato com o médico da UBS que a paciente realizava acompanhamento e logo após a paciente retornou bastante entusiasmada,

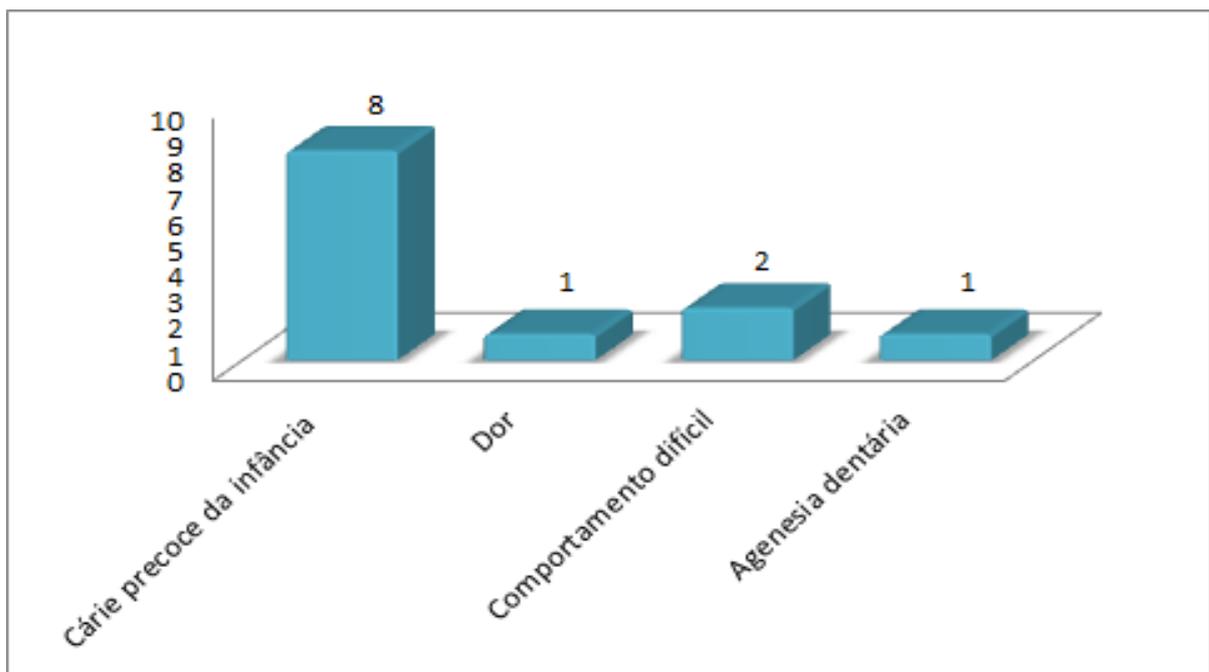
inclusive já tinha iniciado o grupo de caminhadae havia sido encaminhada para a nutricionista” (PTS CEO CTBMF 11).

5.5 BEBÊ CLÍNICA

A Faculdade de Odontologia da UFRGS conta, desde a década de 1990, com uma extensão destinada ao atendimento odontológico de pacientes de 0 a 36 meses, com o objetivo de reduzir o número de pacientes com lesões de cárie e esta extensão também recebe estudantes do Estágio Curricular Supervisionado II, sendo assim, é um dos campos de estágio onde os estudantes realizam as atividades práticas.

Entre os anos de 2015 e 2018, foram desenvolvidos 10 projetos no CEO Bebê Clínica, representando 7,4% de todos os projetos analisados. A média de idade dos pacientes foi de 27 meses e os problemas mais recorrente foi cárie precoce na infância que foi relatado em 8 dos 10 trabalhos. Além disso, pacientes foram encaminhados para o CEO Bebê Clínica por dor, comportamento difícil e agenesia dentária, conforme é apresentado no gráfico 7.

Gráfico 7 – Distribuição dos casos Bebê Clínica



Durante a elaboração dos projetos terapêuticos singulares os estudantes encontraram alguns desafios, entre eles a) resistência dos pais, b) falta de confiança dos pais nos profissionais que irão realizar o atendimento, c) pais não aceitam a situação de saúde da criança, d) há uma grande dificuldade de alguns pais compreenderem o processo saúde doença e e) grande resistência em mudar hábitos.

Em grande parte dos projetos elaborados é relatado que os pacientes possuem dietas bastante deficientes, que interfere não apenas a saúde bucal, mas sim em toda a saúde do paciente. É notável que quando os estudantes buscaram abordar a dieta com os pais ou responsáveis houve uma grande resistência da parte destes em mudar os hábitos alimentares, mesmo os estudantes procurando elaborar um PTS que fosse adequado às condições da família:

“Paciente de 2 anos e 3 meses, com lesões de cárie ativa de grande extensão já sendo necessária a extração dos incisivos superiores em função das lesões de cárie, dieta precária, além disso é lhe oferecido várias vezes ao dia balas e pirulitos. Entre as estratégias os estudantes propõem informar os cuidadores sobre como ocorre o desenvolvimento das lesões de cárie, a importância de um acompanhamento regular e de uma dieta balanceada não apenas para a saúde bucal, mas para a saúde como um todo. Para que seja possível reverter essa situação os estudantes propõem adaptar as condutas de acordo com as possibilidades da família, de forma a transpor os obstáculos sem sair da realidade da família” (PTS CEO BEBÊ 6).

Os estudantes aparentam ter dificuldade na comunicação com alguns pais, porém isso é fundamental para a elaboração de um projeto:

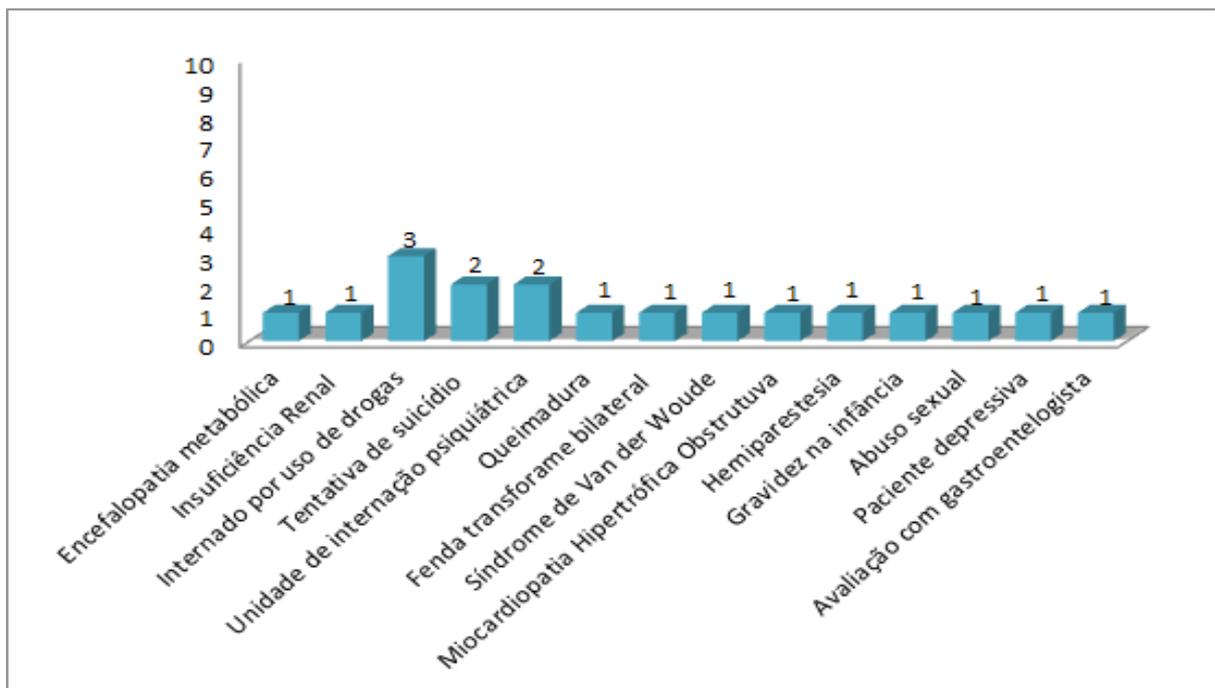
“Paciente com cárie precoce na infância, dieta precária, segundo os estudantes várias vezes a criança tinha como almoço “salgadinho”, além disso, apresentava várias faltas, que os estudantes acreditavam ser pela “dificuldade de acolhimento, pois não conseguimos explicar claramente para que a mãe entenda”” (PTS CEO BEBÊ 10).

É fundamental que os profissionais da saúde encontrem formas de comunicar-se com os pais ou responsáveis, construindo em conjunto o melhor caminho a seguir, pois se não há comunicação, ou os profissionais não conseguem se expressar de forma que o pai ou responsável entenda se torna bastante difícil a elaboração de um projeto terapêutico singular.

5.6 CENÁRIO HOSPITALAR (HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, HOSPITAL CRISTO REDENTOR, HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO)

Os pacientes acompanhados na atenção terciária são pacientes que por algum outro motivo estavam internados em Hospitais do Grupo Hospitalar Conceição. Ao todo foram desenvolvidos 9 projetos com pacientes que estavam em atendimento hospitalar, isso representa 6,6% da nossa amostra que foi de 135 PTS. Diversos são os motivos que levaram o paciente a necessitar de atendimento hospitalar, entre eles internação por uso de drogas, tentativa de suicídio (ambos acompanhados na unidade de internação psiquiátrica), gravidez na infância, abuso sexual, entre outros. O gráfico 8 mostra mais detalhadamente o motivo pelo qual o paciente encontrava-se em atendimento hospitalar.

Gráfico 8 – Distribuição dos casos Odontologia Hospitalar



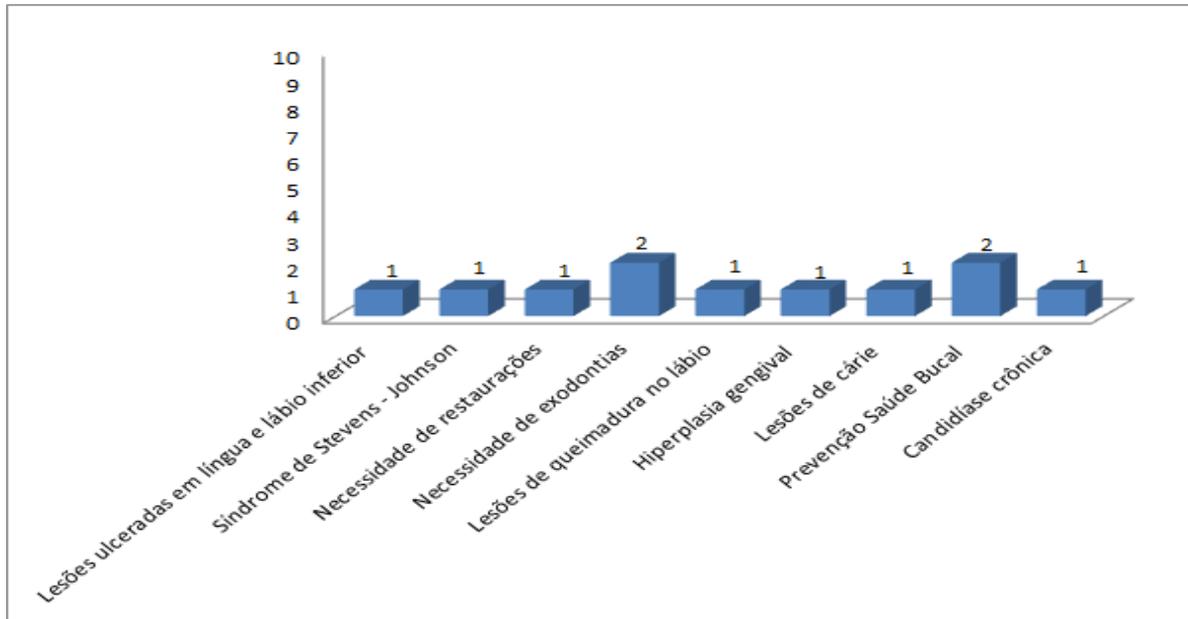
As infecções do trato respiratório, em especial aquela associada a ventilação mecânica, são muito comuns em pacientes hospitalizados e entre os principais fatores etiológicos temos as bactérias presentes na cavidade oral (AMARAL; CORTÊS; PIRES, 2009; ARAÚJO; VINAGRE; SAMPAIO, 2009).

A Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) nº 163 de 09 de novembro de 2015 define Odontologia Hospitalar como a área da odontologia que trabalha com pacientes que necessitam de atendimento em ambiente hospitalar, podendo estes estarem internados ou em assistência domiciliar e tem como objetivo a promoção de saúde a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças bucais (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015)

Na busca de reduzir esses agravos e prestar uma assistência integral ao paciente hospitalizado o cuidado deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar que inclui o cirurgião-dentista. Nos hospitais e unidades de internação psiquiátrica temos uma equipe multiprofissional para que seja possível realizar um atendimento integral ao paciente e entre esses profissionais temos o Cirurgião Dentista que fica responsável por avaliar e diagnosticar problemas bucais que podem prejudicar a melhora do quadro clínico do paciente, além disso, discute com a equipe o quadro do paciente e auxilia em outros diagnósticos, como por exemplo, a síndrome de Stevens Johnson. Outra função muito importante do cirurgião-dentista é auxiliar e orientar a equipe sobre como realizar a higiene bucal em cada paciente.

O gráfico a seguir mostra os motivos pelos quais o cirurgião dentista foi solicitado nos PTS desenvolvidos em ambiente hospitalar.

Gráfico 9 – Condições dos pacientes acompanhados



Entre os desafios encontrados pelos estudantes na elaboração dos projetos terapêuticos singulares temos: a) demora por parte dos profissionais da saúde em diagnosticar o problema apresentado pelo paciente; b) falha na Rede de Atenção à Saúde; c) desorganização familiar; d) falta de responsabilização dos profissionais pelo caso, e) descaso do paciente quanto a sua situação de saúde; f) muitos encaminhamentos e g) o paciente não tem vínculo com a atenção primária, buscando atendimento apenas em hospitais que possui maior densidade tecnológica, gera um custo muito maior e não é possível realizar um acompanhamento longitudinal.

Alguns projetos desenvolvidos em nível hospitalar focam na reabilitação do paciente no nível do hospital, porém não abordam seu cuidado ao longo do tempo, após alta hospitalar, não discutem com o paciente ou responsável seu trajeto pela rede de saúde após sair do hospital, não abordando a importância da atenção primária e de um cuidado integral e longitudinal.

Outro desafio encontrado é quanto aos inúmeros encaminhamentos:

“Paciente de 5 anos de idade, em acompanhamento devido a miocardiopatia hipertrófica obstrutiva. O cardiologista que acompanha o caso solicita avaliação odontológica e o cirurgião dentista solicita liberação para realizar os procedimentos invasivos que o paciente necessita, após isso paciente fica aproximadamente 1 ano sem receber atendimento e quando retorna os profissionais percebem que seus

problemas bucais se agravaram, após isso o dentista solicita liberação para realizar atendimento sob anestesia geral, mas os exames não liberam. Após isso inicia-se uma série de encaminhamentos para tentar resolver a situação do paciente, visto que o Hospital da Criança Conceição alega não realizar atendimento ambulatorial para pacientes externos”(PTS ODONTOLOGIA HOSPITALAR 5).

O paciente do nível hospitalar não possui vínculo com a atenção primária e os profissionais da atenção terciária apresentam dificuldade para realizar o encaminhamento correto e resolver o mais breve possível suas necessidades, além de não haver comunicação entre os diversos pontos da rede.

A atenção primária é fundamental para que os pacientes possam ter um atendimento integral e longitudinal e o paciente não tem vínculo com esta, que é a porta de entrada na rede e coordenadora do cuidado, todo o processo de cuidado falha. Se houvesse o acompanhamento na atenção primária inúmeros problemas poderiam ter sido prevenidos ou poderiam ter sido resolvidos quando estavam no início evitando a necessidade de procedimentos mais complexos que se tornam ainda mais difíceis de se resolver quando o paciente possui outros problemas de saúde como é o caso.

Já no PTS ODONTOLOGIA HOSPITALAR 8 temos uma visão um pouco diferente:

“Paciente de 12 anos de idade, internada na na unidade de internação psiquiátrica devido a problemas com drogas, depressão, não quer mais ficar internada e relata que não gostaria mais de morar com a mãe devido a presença do padrasto, no desenvolvimento do PTS temos o envolvimento de uma equipe multidisciplinar e da família da adolescente na busca de tentar entender a organização dessa família e das possibilidades para essa adolescente no momento que ela receber alta. Um desafio encontrado pelos estudantes foi em relação a odontologia em que a dentista se mostrou sem disponibilidade para colaborar na discussão deste caso”

Neste caso é possível ver que há uma maior preocupação em buscar trabalhar junto com a atenção primária, além de buscar entender como a família é organizada e conversar com a família para juntos decidirem o que é melhor para a

paciente, por outro lado percebemos que há resistência da parte de alguns profissionais em participar do planejamento e discussão do caso junto a equipe multiprofissional. e isso é fundamental para que ocorra um planejamento que olhe para o paciente de forma integral.

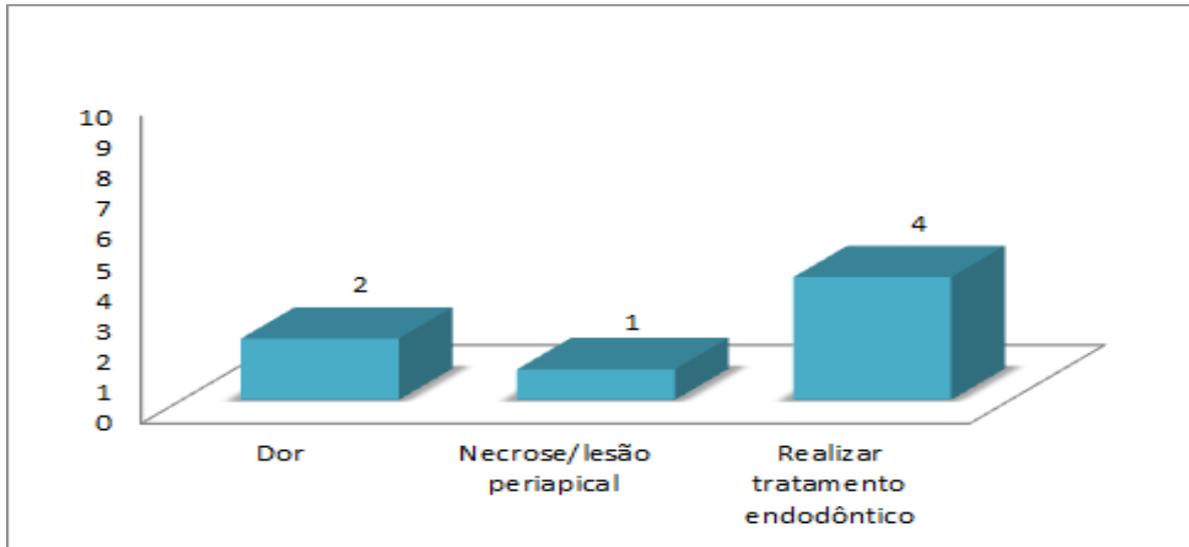
5.7 CEO DE ENDODONTIA

O CEO de Endodontia realiza atendimentos de média complexidade que são encaminhados da Atenção Básica, este fica responsável por realizar “Tratamento endodôntico em dente com polpa viva, tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade, retratamento endodôntico e tratamento de perfurações radiculares” (BRASIL, 2008, p.75).

Entre os motivos mais frequentes de encaminhamento para o CEO de Endodontia temos casos de biopulpectomia, necrose pulpar e retratamento de canal (BRASIL, 2008).

Dos PTS analisados 5 foram elaborados após o acompanhamento de pacientes atendidos no CEO de Endodontia, representando 3,7% do total. A média de idade dos pacientes acompanhado foi de 40,6 anos. Entre os motivos que levaram ao encaminhamento para o CEO de Endodontia o mais comum foi para realização de tratamento endodôntico sendo que, 4 deles não especificam o diagnóstico e um deles tem como diagnóstico necrose/lesão periapical, sintomatologia dolorosa esteve presente em 2 dos 5 casos acompanhados conforme observamos no gráfico 10.

Gráfico 10 – Distribuição dos casos CEO Endodontia



Os projetos analisados não deixam claro se durante o seu desenvolvimento os estudantes encontraram dificuldades e, se encontraram, quais foram essas dificuldades.

A abordagem dos casos foi feita de maneira mais geral, alguns apenas explicando qual o tratamento feito por sessão:

“Estudantes relatam o caso de um paciente de 36 anos, professor de capoeira, com diagnóstico de necrose pulpar com lesão periapical. Neste trabalho os estudantes descrevem sessão por sessão o que foi feito, que anestesia utilizaram, qual a solução que foi utilizada para irrigar o canal, quais as limas endodônticas, comprimento de trabalho... e consideram que o paciente teve um atendimento integral já que este caso foi realizado com a ajuda do CEO de CTBMF”(PTS CEO ENDO 1).

Um atendimento integral vai muito além de realizar um atendimento com diferentes especialidades da odontologia. Para que seja possível realizar um atendimento integral precisamos de uma equipe multiprofissional e não podemos ter um olhar fragmentado, olhar apenas para a condição bucal, devemos olhar para a saúde como um todo e outros fatores que podem vir a interferir na situação de vida e saúde do paciente, como seu contexto social, cultural, suas singularidades.

Outro ponto a ser abordado é que um projeto terapêutico singular não é apenas realizar a descrição detalhada dos procedimentos que foram realizados no CEO, é construir com o paciente um itinerário de cuidado pela Rede de Atenção à Saúde, construindo possibilidades para cada pessoa em suas situações singulares, para que esse paciente possa então ter um atendimento integral e contínuo.

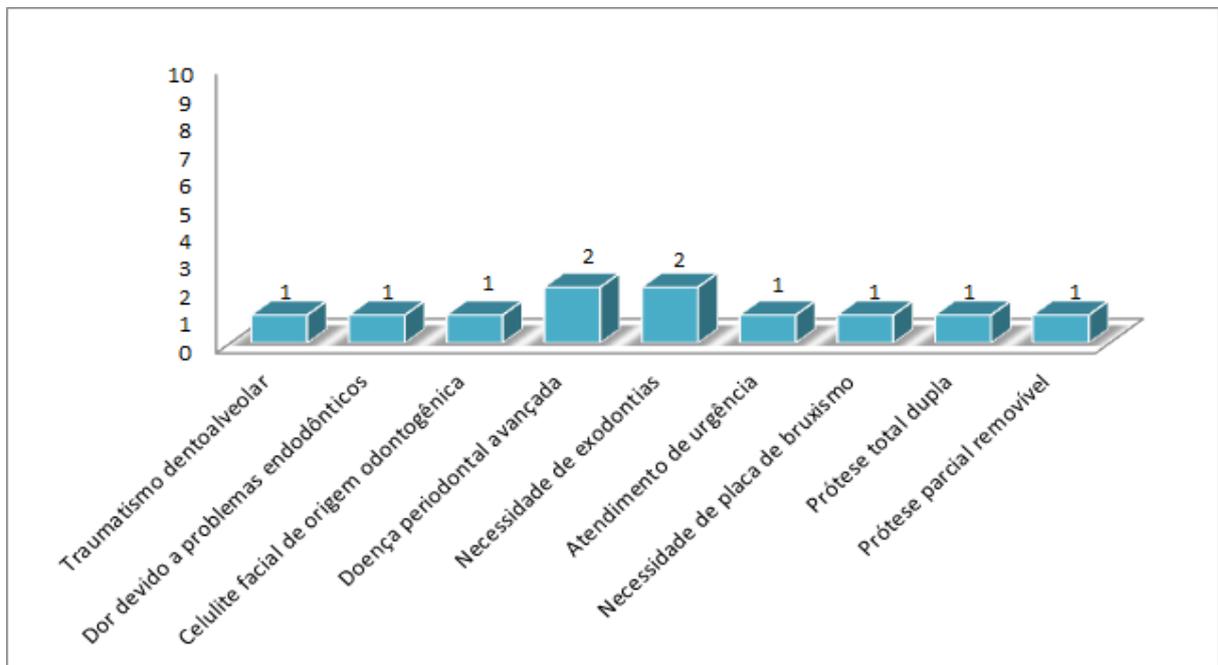
Cabe destacar que alguns estudantes buscaram formas alternativas para se comunicar com pacientes que por não falar português tinham dificuldade de entender:

“Paciente, nacional do Haiti, vínculo com a Unidade Básica de Saúde estava enfraquecido visto que a paciente não entendia o que lhe falavam, não conseguia se comunicar com os profissionais, pois ainda não falava muito bem português. No CEO de Endodontia no início eles encontraram grande dificuldade para se comunicar com a paciente, diante dessa dificuldade os estudantes buscaram outras formas de se comunicar com a paciente incluindo gestos, mímicas, desenhos, falar pausadamente olhando para o paciente etc, dessa forma os estudantes conseguiram se comunicar com a paciente e realizar o tratamento mais facilmente”(PTS CEO ENDO 2)

5.8 OUTROS PTS DESENVOLVIDOS

Os demais projetos foram desenvolvidos em unidades de Pronto Atendimento, CEO de Prótese e Clínica Médico Odontológica da Brigada Militar, juntos eles representam 8,92% (8 projetos), separadamente esses campos de estágio possuem uma amostra bastante pequena para que seja realizada a análise, dessa forma os projetos desenvolvidos nesses três campos de estágio serão analisados juntos. Os trabalhos elaborados nestes locais abordam temas como doença periodontal avançada, necessidade de exodontias, traumatismo dento-alveolar, entre outros, que estão mais detalhados no gráfico 11.

Gráfico 11 – Distribuição dos casos realizados nas unidades de pronto atendimento, CEO de prótese e clínica médico odontológica da brigada militar



Entre os desafios encontrados pelos estudantes temos a) condições de trabalho limitadas na unidade, b) a rede de saúde não tem capacidade de oferecer todos os serviços que a paciente precisa, c) não é possível encaminhar direto para a atenção secundária, d) a dificuldade de contrarreferenciar para a Atenção Primária impossibilitando um tratamento integral, e) a dificuldade de discutir o caso com outros profissionais de saúde e f) falta de comprometimento com o tratamento.

Em geral os projetos desenvolvidos nas unidades de pronto atendimento salientam os procedimentos que foram realizados, não abordando o percurso do paciente na rede ou discussão com o paciente sobre seu caso:

“Paciente 13 anos de idade, procurou o atendimento, pois relata que estava brincando na escola quando caiu e os dentes anteriores avulsionaram. Na elaboração do projeto os estudantes abordam detalhadamente os procedimentos realizados, os próprios estudantes relatam que foi realizado o plano de tratamento e após o atendimento inicial os profissionais da saúde orientaram a paciente a procurar o Centro de Especialidades Odontológicas para realizar o tratamento endodôntico”(PTS PRONTO ATENDIMENTO 1).

Neste projeto percebemos que não houve tentativa de construir com o paciente seu projeto terapêutico singular, talvez por se tratar de um atendimento de urgência, mais pontual, os estudantes tenham dificuldade para construir com o paciente algum itinerário de cuidado. Às vezes não há uma comunicação adequada entre os pontos da rede, pois a unidade de pronto atendimento não se comunica com a atenção primária, em nenhum momento houve uma tentativa de entrar em contato com esta e ao final do atendimento orientaram que o paciente procurasse o CEO para continuar o tratamento. Sabemos que o encaminhamento para o CEO se dá pela atenção primária, isso fará com que o paciente fique andando pela rede sem ter seu problema resolvido. Quando não temos uma rede de atenção à saúde bem articulada, com os pontos se comunicando entre si, o cuidado integral ao paciente perde sua potencialidade.

Nos projetos desenvolvidos no CMOBM percebemos semelhança com os projetos desenvolvidos nas unidades de pronto atendimento, em que os estudantes focam nos procedimentos odontológicos que o paciente necessita realizar e não no cuidado integral e seu percurso pela rede de atenção à saúde:

“Paciente, 65 anos, major inativo, hipertenso, apresenta doença periodontal avançada e necessidade de exodontias. Quanto as estratégias os estudantes propõem informar o paciente dos cuidados de higiene que ele deverá ter, as mudanças de hábitos que serão necessárias, também propõem conversar com a família para ter conhecimento da história do paciente e após realizar o planejamento tentar fazer com que haja a adesão do paciente” (PTS CMOBM 1).

Os estudantes nesse caso falam em realizar os procedimentos que esse paciente necessita, mas em nenhum momento abordam a questão de um acompanhamento do mesmo para prevenir novos problemas bucais, além disso é possível observar que nos casos acompanhados na CMOBM há uma maior dificuldade em incluir a atenção básica no processo do cuidado.

Os estudantes trazem como estratégia planejar o caso e após apresentar para o paciente quais as condutas que serão seguidas e tentar convencer o paciente para adesão ao plano de tratamento. O paciente está ao largo das tomadas de decisões, o que nos faz pensar na elaboração de um plano de tratamento em que os profissionais da saúde decidem o que será feito e apenas informam ao paciente,

limitando as possibilidades do paciente participar da construção do projeto e de exercer a sua autonomia.

Em um dos projetos desenvolvidos no CEO de prótese é possível perceber que os estudantes apresentam dificuldades em abordar outros problemas de saúde:

“Paciente 53 anos, tabagista pesado, usuário de drogas, portador do vírus HIV, já sofreu um AVC, histórico de nódulo mamário benigno, encaminhado para confecção de prótese dupla. Os estudantes relatam que o paciente não possui vínculo com a Unidade Básica de Saúde, mas que nunca faltou aos atendimentos no CEO. Como estratégias os estudantes propõem relatar a importância de manter o vínculo com a atenção primária, também propõem discutir o caso com o paciente para coletar informações úteis para o planejamento. Como profissional de referência os estudantes acreditam que o melhor seria alguém da atenção primária” (PTS CEO PRÓTESE 2).

O que chama a atenção neste caso é que os estudantes não abordam tanto seus problemas de saúde e o fato do paciente ser tabagista pesado, outro ponto a se destacar é que mesmo o paciente não tendo um vínculo com a unidade de atenção básica os estudantes consideram que a melhor pessoa para ser referência neste caso é um profissional da unidade de atenção básica. É fundamental que o paciente tenha vínculo com a unidade, nesse caso seria interessante procurar saber por quê esse paciente não possui vínculo com a unidade básica de saúde e buscar formas de resolver esse problema, não basta apenas relatar a importância de manter o vínculo com a atenção primária, além disso, como neste momento o paciente não tem vínculo com a unidade básica de saúde, mas mantém uma boa relação com os profissionais do CEO talvez o melhor fosse que um profissional de saúde do CEO fosse o profissional responsável.

Como estratégia os estudantes também propõem discutir com o paciente o caso para saber informações úteis para o planejamento, no entanto, em um projeto terapêutico singular o paciente não é apenas uma fonte de informação, ele é parte fundamental na construção do projeto terapêutico singular, devendo participar de forma ativa.

Em outro PTS vemos que há uma grande preocupação e esforço da equipe em buscar formas de promover um cuidado integral mesmo quando existem inúmeros obstáculos:

“Paciente, 13 anos, residente no interior do estado do Rio Grande do Sul. Paciente apresenta displasia ectodérmica e em função disso diversas agenesias dentárias o que faz com que esse paciente tenha dificuldades de se alimentar e também de se relacionar com outras pessoas, relatando sofrer bullying na escola. Como na sua cidade é bastante difícil de conseguir próteses pelo SUS os estudantes que o acompanharam buscaram outras formas de conseguir a prótese que o adolescente necessitava, entre as tentativas está o CEO de Prótese do Grupo Hospitalar Conceição, a Faculdade de Odontologia da UFRGS, entre outros” (PTS CEO PRÓTESE 3).

Os estudantes nesse caso perceberam que a agenesia dentária era algo que afetava muito mais que a alimentação e mesmo que o município onde o jovem residia não oferecesse este serviço, os estudantes não mediram esforços para achar outras formas de oferecer um cuidado integral ao paciente.

6 DISCUSSÃO

6.1 PERCURSO DE FORMAÇÃO: O QUE NOS CONTAM OS PTS DOS ESTUDANTES DO ECS II

No processo de categorização e análise dos 135 projetos terapêuticos singulares percebemos dificuldades dos estudantes em compreender e construir projetos terapêuticos singulares nos campos de estágio, mas também notamos que a proposta pedagógica em si estimula deslocamentos das práticas arraigadas em odontologia. As práticas muitas vezes presas em protocolos técnicos e distantes das necessidades e desejos dos pacientes firmam-se em um processo unilateral constituído por prescrições e imposições terapêuticas em nome de uma condição de saúde que muitas vezes é idealizada e descontextualizada do mundo do paciente.

A ideia de que esta seja uma ferramenta de responsabilidade dos profissionais que atuam a APS e que a atenção especializada deveria apenas contribuir para a sua realização perpassa a construção dos PTS. Considerando o número reduzido de consultas, em algumas especialidades, e um processo de trabalho ainda bastante focado na produtividade, ficam claras as dificuldades dos estudantes para a realização de projetos terapêuticos singulares na atenção especializada. Por outro lado, pensar em ações de saúde que coloquem o paciente no centro do cuidado não é prerrogativa ou atribuição de um ou outro ponto de atenção da RAS, mas sim um compromisso ético com o cuidado em saúde.

Apesar de todos os esforços em se ter uma rede de atenção à saúde integrada, em que os diversos pontos se comuniquem e sejam capazes de garantir um cuidado integral e longitudinal, isso ainda é um desafio. Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004, p. 335)

[...] a integração alinhar-se-ia ao conceito ampliado de integralidade como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Problemas de comunicação na rede e entre os profissionais fazem com que o paciente não receba os encaminhamentos corretos, fique aguardando muito mais tempo que o necessário, gerando um cuidado fragmentado. Está é um ponto de convergência nos PTS analisados.

Ao pensar a coordenação do cuidado, há que se compreender o processo em sua organicidade, como ele de fato poderá acontecer, com vínculos e coresponsabilização. Não é tarefa burocrática de uma equipe ou outra e tampouco exclusiva de um ponto da rede. Deve ser compreendida como processual e singular, em cada caso vivo, e desta forma deve ser conduzida.

Se por um lado a formação em odontologia ainda é bastante centrada na aplicação, domínio e uso das técnicas da profissão, durante o curso de disciplinas clínicas os estudantes têm um olhar bastante voltado para a elaboração de planos de tratamento que atendam as doenças do paciente. Um espaço de falas e escutas para que o paciente manifeste seu desejo e participe de forma ativa da construção do seu percurso terapêutico ainda encontra resistências.

Segundo Prado e Garrafa (2006, p. 237).

O desafio das Instituições de Ensino Superior está em sair do modelo centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação, para um enfoque no diagnóstico integral do processo saúde-doença, na prevenção e na promoção de saúde e na prestação do devido cuidado humano.

Quando, no estágio curricular supervisionado II do curso de odontologia, os estudantes são orientados a elaborar um projeto terapêutico singular estes saem do que estão habituados a fazer para ter um olhar mais amplo para o paciente e devem considerar não apenas a sua condição bucal, mas a sua saúde como um todo, seu contexto de vida e seus desejos. Por ser algo novo no processo de formação, pode inicialmente ser difícil de ser desenvolvido, por mais que os estudantes busquem desenvolver um projeto centrado no paciente, um modo prescritivo ainda se mostra muito forte e o que poderia ser um projeto terapêutico acaba por aproximar-se muito ao antigo plano de tratamento utilizado na maior parte de formação.

Os documentos analisados indicam que a participação dos estudantes na construção do PTS contribui para o olhar integral sobre o paciente, pois amplia as intervenções intersetoriais, favorecendo o cuidado em rede de atenção, além de distribuir responsabilidades entre os níveis de atenção e suas equipes.

A formação dos estudantes de odontologia ainda aborda pouco o trabalho multidisciplinar e interprofissional e a proposta pedagógica de produção e construção de PTS para pacientes com necessidades e desejos 'reais' fornece condições e dá estímulo a um trabalho em equipe. E isso é bastante desafiador, não apenas para estudantes, mas também para outros profissionais já formados.

Segundo Fonseca *et al.* (2014), cursos de graduação na área da saúde, historicamente, privilegiaram uma formação com ênfase no tecnicismo, nas práticas curativas e individualizadas, pela fragmentação do conhecimento contido nas especialidades. Muitas vezes as indicações técnicas nutrem-se de aportes clínicos incoerentes com a situação econômica e com a realidade social do Brasil. O desafio está na formação de profissionais que saibam reconhecer e produzir enfrentamentos às necessidades da sociedade (ZILBOVÍCIUS, *et al.* 2011)

O enfoque do ensino sempre privilegiou o tratamento das doenças com base no arsenal tecnológico. Para Garbin *et al.* (2006) o currículo dos cursos de Odontologia constitui-se pelo paradigma curativo e relegou a segundo plano, ou mesmo historicamente desconsiderou uma orientação pela situação epidemiológica, social, cultural e econômica da população (WEYNE, 2003).

Segundo Prado e Garrafa (2006) a formação dos profissionais da saúde deve abranger o desenvolvimento tanto de competências e habilidades técnicas, quanto éticas e humanísticas, que influenciaram na capacidade do profissional de atuar com senso crítico, observando e respeitando os valores, tanto individuais quanto coletivos, bem como os aspectos culturais das comunidades, além de identificar as suas necessidades e demandas.

As vivências no mundo real, nos campos de estágio e a diversidade de situações de vida e saúde que os estudantes encontram, nos mais variados espaços, podem trazer para esses estudantes uma prática em clínica ampliada que vá além dos tecnicismos e das condições ideais que o ambiente acadêmico oferece. Ao se aproximar da realidade os estudantes experienciam a realidade de saúde e trabalham na dimensão da clínica do corpo vivo, subjetivado e complexo (Fonseca, 2016).

Entendemos que o profissional de saúde é também um protagonista nesta construção, pois os vínculos com o paciente, com sua família e/ou seus cuidadores são formas potentes de cuidado para recolocar o sujeito na trajetória da responsabilização pela própria vida. O encontro com o paciente e suas necessidades e não apenas com sintomas fisiológicos ou patológicos amplia as possibilidades terapêuticas.

Amarante traz de forma clara esta perspectiva para o cuidado em saúde:

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' (AMARANTE, 1996, p. 5).

Considerando o PTS e o seu papel como instrumento pedagógico, os dados apontam para seu uso como uma ferramenta útil, visto que para além de ser uma tarefa curricular, a construção do PTS estimula os estudantes a pensarem no paciente como centro do cuidado, com uma visão integral deste, em um espaço onde ele pode manifestar seus desejos. Além disso, construir um PTS essencialmente coloca o estudante em contato com outras profissões e cria movimentos interprofissionais, pois a vida e a saúde do paciente, em sua complexidade, necessitam de outras pontes para o cuidado, não mais somente um arsenal técnico odontológico.

Ao discutir sobre o PTS como ferramenta pedagógica, destacamos seu potencial em produzir olhares e abordagens multi e interprofissionais na interação e comunicação dos conteúdos na abordagem dos pacientes. Outro ponto considerado relevante e até facilitador do processo de construção de projetos terapêuticos é o quadro clínico. Em outras palavras, quando o estudante elege um paciente da especialidade estomatologia ou pacientes especiais, surge uma facilidade na correlação das necessidades com as possibilidades terapêuticas e aí a vida do paciente toma relevo e não apenas seu adoecimento. Nestes PTS a corresponsabilização do paciente é mais frequente, ou seja, o paciente tem maior participação nas decisões sobre seus percursos na rede de atenção.

Uma ferramenta pedagógica para o ensino e formação em saúde deve ser capaz de estimular uma visão transformadora em âmbito público, social, e coletivo, na totalidade e na unicidade da prática em saúde, trazendo em si aportes para conduzir processos para formação ampla, generalista, humanística, ética e reflexiva, visando profissionais com leitura crítica da realidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A universidade é um lugar privilegiado para o desenvolvimento de profissionais com reflexão crítica e deve buscar formar pessoas engajadas, com compromisso com sociedade, dessa forma busca dar retorno dos conhecimentos ali produzidos ou adquiridos, que é repassado à comunidade em forma de benefícios à qualidade de vida de todos.

Inicialmente proposta como uma atividade curricular e restrita ao espaço do ECS II, o PTS desperta nos estudantes deslocamentos e mostra-se desafiador na medida que ressignifica a produção do cuidado pelo estudante. Enquanto ferramenta de aprendizagem, o PTS cumpre dupla função: agrega valor às trocas que sempre acontecem na relação profissional/paciente, a despeito de muitas vezes não serem registradas e permite autonomia do paciente e corresponsabilização no percurso de cuidado induzindo reflexão sobre a necessidade de se reinventar as práticas em saúde bucal.

A prática em odontologia, apesar de todos os avanços, ainda apresenta certo distanciamento entre o cuidado integral e as técnicas odontológicas. No entanto, é evidente a necessidade de se formar um profissional que seja capaz de identificar além dos sinais clínicos. É preciso formar um profissional com habilidades de ver o paciente com um olhar integral, que consiga compreender as singularidades de cada paciente, que saiba ouvir e respeitar sua autonomia.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, S. M.; CORTÊS, A. Q.; PIRES, F. R. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. **Jornal brasileiro de pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 11, p. 1116-1124, 2009.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ARAÚJO, R. J. G.; VINAGRE, N. P. L.; SAMPAIO, J. M. S. Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 31, n. 2, p. 153-157, 2009.
- BARROS, R. S.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica. Narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4337-4348, 2011.
- BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução do CFO nº 163 de 09 de novembro de 2015**. Conceitua a Odontologia Hospitalar e define a atuação do cirurgião-dentista habilitado a exercê-la. Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 2015. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=310456>. Acesso em: 01. dez. 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2002, p. 10, 4 mar. 2002.
- Brasil. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004**. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html. Acesso em: 22 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: [s. n.], 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BULGARELLI, A. F. *et al.* Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface comunicação saúde educação**. São Paulo, v.18, n.49, p. 351-362, mar. 2014.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, G.S. *et al.* Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação Odontológica. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 15, n. 2, p. 2-11, jul./dez. 2015.

FONSECA, G. S. *et al.* Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 18, n. 50, p. 571-583, 2014.

FONSECA, G. S. **Formação pela experiência**: Revelando novas faces e rompendo os disfarces da odontologia 'in vitro'. 2016. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

GARBIN, C. A. S. *et al.* O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. **Revista Abeno**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 6-10, 2006.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.331-336, 2004.

KRIPKA, R. M.L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D.L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones UNAD**, Colombia, v.14, n. 2, p. 55-73, jul./dez. 2015.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. D. A. **A pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. 1. ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MARTINS, C. M. A. **Instrumentos pedagógicos e sua importância na pedagogia da alternância**. 2011. Especialização (Especialização em Coordenação Pedagógica) – Universidade Federal do Tocantins, Colinas do Tocantins, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY E. E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.5, p. 13-17, 1999.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

NUNES, R. *et al.* Prevalência de alterações bucais em pessoas com deficiência na clínica da Universidade do Extremo Sul Catarinense. **Revista de odontologia da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 29, n. 2, p. 118-128, maio/ago. 2017.

OLIVEIRA G. N. **Oprojeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Estadual de Campinas, 2007.

PINTO, D.M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.3, p. 493-502, 2011.

PRADO, M. M.; GARRAFA, V. A Bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Revista comunicação em ciências da saúde**. Brasília, v. 17, n. 4, p. 263-274, 2006.

SANTOS, C. M. L. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes com necessidades especiais atendidos em um centro de especialidades odontológicas do interior baiano. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 38, n.1, p. 83-94, 2014.

SANTOS, C.P. *et al.* Estratégias criativas no processo ensino-aprendizagem da radiologia odontológica. **Revista ABENO**, Brasília, v.16, n. 4, p. 40-50, 2016.

SCHONHOFEN, A. *et al.* Projeto Terapêutico Singular no processo ensino-aprendizagem de alunos em estágio supervisionado: relato de uma experiência efetiva. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 59-63, jul./dez. 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Projeto Político Pedagógico: Currículo – 2005/1**. [20--]. <http://www.ufrgs.br/odontologia/arquivos/ensino/ppc-odonto-diurno/view>. Acesso em: 14 jan. 2019.

WARMLING, C. M. *et al.* Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS. **Revista da ABENO**, Brasília, v. 11, n. 2, p.63-70, 2011.

WEYNE, S. C. A. A. Construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. *In*: Kriger, L. (org). **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 1-26.

ZILBOVÍCIUS, C. *et al.* A paradigm shift in predoctoral dental curricula in Brazil: evaluating the process of change. **Journal of dental education**, Washington DC, v.75, n. 4, p. 557-564, 2011.