

A clínica em odontologia: nexos e desconexões com a clínica ampliada de saúde bucal

The clinic in dentistry: connections and disconnections with the expanded clinical practice of oral health

Graciela Soares Fonsêca^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9506-0409>

E-mail: graciela.fonseca@uffs.edu.br

Carlos Botazzo^b

 <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769>

E-mail: botazzo@usp.br

^aUniversidade Federal da Fronteira Sul. Curso de Medicina. Coordenação Acadêmica. Chapecó, SC, Brasil.

^bUniversidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Política, Gestão e Saúde. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Este trabalho visou compreender a representação que a clínica assume nas práticas odontológicas, em um município de médio porte do estado de Santa Catarina. Estudo qualitativo, cujos participantes foram 20 cirurgiões-dentistas vinculados aos serviços públicos de saúde bucal. Os dados foram coletados por meio de três grupos focais. O material gravado por áudio foi transcrito e analisado pela hermenêutica-dialética. Na primeira categoria de análise - concepção sobre clínica -, os participantes demonstraram dificuldade para formular um conceito para a clínica, traduzindo-a como o desenvolvimento de procedimentos técnicos, entendidos como essenciais neste tipo de prática para os dentistas. Integralidade e resolubilidade apareceram como elementos centrais, mas assumem uma visão odontocentrada. Na categoria “recursos e organização da clínica odontológica”, observou-se as vantagens da utilização do prontuário eletrônico e as limitações da divisão de abas que restringe o acesso de informações. Na sistemática de atendimento, há pouco espaço para escuta e o odontograma desponta como sinônimo de plano de tratamento, reforçando o caráter dentarizado das práticas desenvolvidas. O estudo mostrou dificuldades diversas para incorporação da clínica, seja ela compreendida nos moldes tradicionais ou de maneira ampliada, nas práticas desenvolvidas pelos participantes do estudo.

Palavras-chave: Clínicas Odontológicas; Odontologia; Saúde Bucal.

Correspondência

Graciela Soares Fonsêca

Rodovia SC 484 Km 02, Sala 317 do Bloco dos Professores, Bairro Fronteira Sul. Chapecó, SC, Brasil. CEP: 89815899.

Abstract

This article aimed to understand the representation that the clinic assumes in dental practices, in a medium-sized municipality in the state of Santa Catarina. It is a qualitative study, whose participants were dental surgeons linked to public oral health services. Data were collected with three focus groups. The audio-recorded material was transcribed and analyzed with the help of the dialectical hermeneutics. In the first category of analysis - clinic conception -, the participants demonstrated difficulty in formulating a concept for the clinic, translating it as the development of technical procedures, understood as being central to this type of practice for dentists. Integrality and resolvability appeared as central elements, but assume a dentistry-centered view. In the category "resources and organization of the dental clinic," the advantages of using the electronic medical records and the limitations of tab division that narrow the access to information were observed. In treatment systematics, there is little room for listening and the odontogram emerges as a synonym for treatment plan, reinforcing the tooth-focused character of the practices developed. The study showed diversified challenges to incorporating the clinic, whether understood in the traditional molds or in a broader way, in the practices developed by the study participants.

Keywords: Dental Clinics; Dentistry; Oral Health.

Introdução

O modelo tecno-assistencial hegemônico na odontologia é privatista e mercantilizado, caracterizado pela produção de procedimentos, pelo enfoque protético-cirúrgico direcionado para lesões dentárias numa perspectiva individual e pelo consumo acrítico de tecnologias duras, cuja dimensão tecnológica da produção do cuidado em saúde é constituída por conhecimentos estruturados, estrutura física e equipamentos utilizados no ato do cuidado, como máquinas de exames, aparelhos de corte, órteses e próteses (Merhy, 2013; Chaves; Botazzo, 2014; Pires; Botazzo, 2015). Afinadas a esse modelo, estão as práticas clínicas ditas tradicionais ou clássicas, marcadas pela fragmentação da atenção, redução do objeto de trabalho e centralidade no profissional de saúde, o que gera pouca resolubilidade (Cunha, 2011).

Ao longo da história das políticas públicas de saúde bucal, esse modelo foi alvo de numerosas críticas, vigorosamente expressas nas Conferências de Saúde Bucal desde 1988. Foi com o intuito de contribuir para superar seu esgotamento que a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), implementada em 2004, propôs uma lógica alternativa, centrada no cuidado e na vigilância da saúde. As diretrizes dessa política vislumbram a criação de fluxos para ações resolutivas, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação das pessoas (Brasil, 2004; Pucca Júnior et al. 2009).

O modelo tradicional de prática clínica, no entanto, não é suficiente para operacionalizar as propostas da PNSB e permitir que ela transforme a micropolítica das organizações, exigindo inovações como a inclusão da clínica ampliada, que consiste em desviar o foco, geralmente restrito às lesões dentárias, para o sujeito singular (Campos et al., 2014). A clínica ampliada toma a saúde como objeto e assume um compromisso com a produção de vidas (Cunha, 2011).

Em outras partes do mundo, fala-se em Cuidados Centrados na Pessoa (CCP), modelo que busca, a partir de processos comunicacionais dialógicos, respeitar os valores, desejos e necessidades dos sujeitos e suas famílias, construindo projetos terapêuticos partilhados

e dividindo a responsabilidade no desenvolvimento deles (Walji; Karimbus; Spielman, 2017).

Nessa discussão, vale trazer o conceito de bucalidade, aquele que explica a produção social da boca humana a partir da compreensão dos trabalhos bucais, recuperando o homem por inteiro e frisando a influência dos determinantes sociais no adoecimento bucal. Ao ser incorporada ao trabalho clínico, a bucalidade permite compreender que a experiência bucal não se reduz a “doença”, ao contrário, a relação clínica é compreendida como uma relação de auxílio, na qual o sujeito que procura atendimento apresenta uma necessidade que nem sempre coloca-o na condição de “doente” (Botazzo, 2000; 2013).

Assim, a dimensão clínica assume um relevante papel, no sentido de garantir a integralidade, visto que ela requer a compreensão do sujeito como ser histórico, social e político para alcançar resolubilidade (Machado; et al., 2007). Ou seja, a capilaridade da PNSB e a garantia de seus objetivos estão atrelados ao modo como a clínica é desenvolvida pelos cirurgiões-dentistas que integram os serviços de saúde bucal, na esfera da micropolítica. Conseqüentemente, a representação que esses profissionais aportam sobre essa questão é definidora para práticas mais ou menos ampliadas e resolutivas.

Utilizamos representação no sentido que lhe atribui Foucault (1999), para significar a apreensão das categorias empíricas no processo de subjetivação. São, portanto, “mentais”. Tais categorias dizem respeito à vida, ao trabalho e à linguagem, essas coisas “de que o sujeito talvez não tenha consciência, mas que não teriam nenhum modo de ser assinalável se esse mesmo sujeito não tivesse representações” (Foucault, 1999, p. 376-377).

O artigo objetiva compreender a representação que a clínica assume nas práticas odontológicas, entre cirurgiões-dentistas (CD) atuantes na rede pública de um município de médio porte do estado de Santa Catarina.

Procedimentos metodológicos

Estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido em um município de médio porte do estado

de Santa Catarina, cuja Rede de Atenção à Saúde (RAS) conta com 35 estabelecimentos, compreendendo baixa, média e alta complexidade. Na AB, são contabilizados 27 Centros de Saúde da Família, compostos por 53 Equipes de Saúde da Família, 31 Equipes de Saúde Bucal (tipo I) e cinco equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), que atendem à quase totalidade do território. Além disso, há 16 CD que prestam “apoio” às equipes de saúde bucal - profissionais contratados antes da implantação da Estratégia Saúde da Família, com vínculos diferentes das 40h semanais. No que se refere à média complexidade, há um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo III, onde atuam 13 CD em diferentes especialidades.

Todos os 44 CD que atuam na AB e no CEO foram convidados para participar do estudo por e-mail, sendo a relação de endereços eletrônicos fornecida pela coordenação de saúde bucal do município. A amostra foi definida por conveniência, em função do aceite para participar, totalizando 20 CD, sendo 13 vinculados à AB, compondo equipes de saúde da família, e sete vinculados ao CEO. O critério de inclusão utilizado foi a vinculação superior a 6 meses no serviço atual. Foram realizados três grupos focais - dois conformados por profissionais da AB, com sete participantes em cada; e um por profissionais do CEO, com seis participantes.

Os grupos focais foram realizados nos meses de abril (grupos com profissionais da AB) e dezembro de 2019 (grupo com profissionais do CEO), em salas de uma instituição de ensino superior federal localizada no município, com duração média de 60 minutos. Eles foram conduzidos pela pesquisadora (moderadora), desconhecida pelos participantes, com o auxílio de um roteiro orientador com as seguintes questões centrais: a) para você, o que é clínica?; b) descreva sua abordagem clínica para pacientes novos atendidos no serviço de saúde em que você atua; c) para você, qual é o elemento central da clínica?; e d) você utiliza o odontograma? O que pensa sobre ele?

Os participantes foram estimulados a interagir com os colegas, cumprindo, assim, um dos principais objetivos dos grupos focais, que é a produção de dados a partir da interatividade entre pessoas selecionadas intencionalmente.

Os GF contaram, ainda, com a participação de uma segunda moderadora, cirurgiã-dentista que fazia parte da equipe de pesquisa, cuja responsabilidade foi observar o desenvolvimento das discussões e apoiar o moderador na condução delas.

As narrativas compartilhadas nos grupos focais foram gravadas em áudio e transcritas. Na sequência, realizou-se a leitura flutuante do material, para posterior organização em categorias de análise e codificação. Para cada participante foi atribuído o código CD (cirurgião-dentista), seguido de um número, definido em função da ordem em que as falas apareceram nos grupos focais. Emergiram dos discursos duas categorias de análise, de maneira atrelada às perguntas do roteiro orientador.

O material foi analisado segundo o referencial da hermenêutica-dialética proposta por Minayo (2013), a partir da releitura dos autores Hans-Georg Gadamer e Jürgen Habermas. A hermenêutica permite a compreensão do texto, no esforço de revelar o que o outro coloca como verdade, levando em conta que os discursos dizem mais do que aquilo que os autores pretendiam dizer. Trata-se da possibilidade de interpretar, estabelecendo relações e extraindo conclusões em diferentes direções. Além disso, a compreensão denota a exposição a erros, entendendo que “nada do que se interpreta pode ser compreendido de uma vez por todas”, ou seja, não se trata de um procedimento mecânico e fechado (Minayo, 2013, p. 86).

A dialética articula, em seu conceito, as ideias de crítica, negação, contradição, oposição, mudança, transformação e processo. Em outras palavras, expressa-se como a “oposição das coisas entre si”, sendo cada coisa um processo que se encadeia com outros processos, trazendo contradição e mudanças quantitativas e qualitativas. A junção da hermenêutica com a dialética permite um olhar compreensivo e crítico para a análise do material empírico (Minayo, 2013, p. 94).

O projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-SP) e aprovado por meio do parecer número 3.176.420 de 28 fevereiro de 2019 (CAAE: 90068218.3.0000.5564).

Resultados e discussão

A maioria dos participantes do estudo foram formados em Instituições de Educação Superior Federais (70%), sendo o tempo médio desde sua formação 19,15 anos. A média de idade dos participantes foi de 46,6 anos e todos eles apresentam, no mínimo, uma especialidade, sendo que 70% são especialistas em Saúde da Família ou Saúde Pública/Coletiva.

A média de tempo de trabalho no setor público, seja no município atual ou em outras cidades, foi de 15,5 anos. Todos os profissionais, incluindo aqueles vinculados ao serviço especializado, foram trabalhadores da AB. Além disso, 90% deles desenvolvem ou já desenvolveram atividades no setor privado.

As categorias que emergiram dos discursos foram: 1) Compreensão sobre clínica; e 2) Recursos e organização da clínica odontológica. Elas são apresentadas de maneira separada no texto, para facilitar a compreensão pelo leitor, mas ambas estão interligadas e se influenciam reciprocamente.

Compreensão sobre clínica

Na categoria compreensão sobre clínica, foram reunidos os discursos oriundos das respostas elaboradas para a pergunta “o que é clínica?”, durante os grupos focais. Em linhas gerais, foi perceptível a dificuldade dos participantes em verbalizar um conceito ligado à noção clássica de clínica, fortemente disseminado na área médica como um conjunto de quatro elementos principais: semiologia, diagnóstico, etiologia e terapêutica (Dunker, 2000).

Além disso, considerando o conceito de clínica ampliada como um modelo que agrega à clínica clássica a centralidade do sujeito e sua subjetividade (Campos, 2003), além do conceito de cuidado centrado na pessoa, como aquele que foca as ações nas demandas dos usuários (Lee et al., 2018), a compreensão de ambos foi pouco presente nos discursos dos participantes.

Acrescenta-se, ainda, a indefinição teórico-conceitual do termo clínica e a tendência, percebida nas

entrelinhas dos discursos, de compreendê-la de maneira restrita e materializada no desenvolvimento de procedimentos técnicos, fato que pode ser explicado pela soberania do tecnicismo e das tecnologias duras, na práxis do cirurgião-dentista (Lee et al., 2018; Pires; Botazzo, 2015).

De maneira autorreflexiva, a clínica foi colocada em uma posição de destaque na prática odontológica, sendo compreendida como a finalidade maior da profissão, o que caracterizaria sua existência:

Clínica é a nossa finalidade. Já que a gente é cirurgião-dentista, a gente foi formado pra clínica, teoricamente. A gente foi treinado pro combate. Então, o que é a clínica? É a nossa existência. Eu não me vejo atuando fora da clínica (CD-06).

É fazer aquilo que eu sei de melhor para quem eu vou atender (CD-08).

O conhecimento técnico aparece nos discursos como um elemento central da prática clínica, reforçando que o modelo atual reproduz as antigas práticas da clínica de lesões existente desde o século XVIII, em contraposição ao modelo ampliado (Botazzo, 2000; 2017).

Acho que o conhecimento técnico [é] o elemento central da clínica, sem ele a gente não faz clínica (CD-16).

Eu vejo ainda como fundamental na odontologia na atenção básica porque nós temos ainda uma população doente, nós não temos uma estabilidade no sentido de você só ter uma manutenção ou algo assim. A gente ainda tem uma população extremamente doente, então a gente, através da clínica, cria esse vínculo e devolve essa saúde para poder tentar depois fazer manter através de ações preventivas ou de algumas outras situações, mas ainda no Brasil, a clínica acho fundamental na odontologia da atenção básica (CD-15).

Alguns participantes referiram-se ao sentido de atuação da clínica como o de reestabelecer a saúde e trouxeram aspectos ligados à integralidade, ainda que tenham expressado uma nítida separação entre a clínica - subentendida como o desenvolvimento

de procedimentos dentários - e a odontologia ou o atendimento, compreendidos como algo "maior".

É tentar reestabelecer a saúde. Estética já não é tanto (CD-20).

Além da clínica, é você exercer a tua odontologia, uma odontologia humanizada, integrada com a saúde toda do paciente. Você ver o paciente como um todo e dar um atendimento, uma atenção especial pra esse paciente (CD-14).

[...] a clínica é muito importante, apesar de quando se fala em saúde a coisa parece ser muito mais ampla. Através da clínica, a gente cria essa nossa relação de proximidade com os pacientes, além de todas as outras ações. Mas a clínica, a questão técnica, a questão de competência na parte técnica, é importante e trabalhando em atenção básica, tem tudo isso a mais, que se trabalha em ações coletivas, junto com a unidade, junto a toda uma equipe (CD-17).

Ao analisar a PNSB, a partir do referencial teórico foucaultiano, Pires e Botazzo (2015) concluem que a integralidade retratada na política representa uma possibilidade de responder a um maior número de demandas - enfermidades bucais - que as pessoas possam apresentar, por meio de níveis de complexidade diferentes, organizados como fluxos hierarquizados, atravessados por excessiva burocracia. Os autores apontam que há pouca proximidade conceitual ou prática com o cuidado em saúde, sugerindo que as transformações deveriam ocorrer nos processos de trabalho, pela incorporação de saberes e práticas inovadoras, capazes de romper com visões tradicionais e dicotômicas, como clínica versus saúde coletiva, por exemplo.

Arraijada à compreensão de integralidade, a resolubilidade foi colocada como o objetivo principal das práticas clínicas:

É na clínica que a gente vai conseguir colocar em prática aquilo que a gente aprendeu na teoria, principalmente, devolver ao cliente o nosso produto que é a resolução do problema dele. No aspecto mecânico da coisa, seria isso [...].

O produto final é a resolução do problema dele. Junto com o produto final vem a lista de orientações, a lista de problemas, o que que vai ter que cuidar naquele problema. Então, tudo isso é a clínica (CD-06).

[Clínica] é o meu dia a dia de trabalho. Aquilo que você vai resolver durante as tuas horas de trabalho, seja para quem for. Seu cliente, paciente, o nosso ser humano do SUS que vem para ser atendido e que seja resolutivo. É isso que a gente procura fazer no dia a dia da clínica. Clínica para mim é isso (CD-08).

Acredito que seja a prestação do serviço. O atender o paciente. O paciente vem e apresenta uma queixa e você, usando todo o conhecimento que você vem adquirindo, teórico e prático, vai prestar pro paciente com o objetivo de resolver o problema da melhor maneira possível (CD-09).

Os pacientes buscam a parte curativa, eles não estão muito interessados na prevenção, em educação. Eles querem resolver o problema quando eles têm problema (CD-18).

Antes de entrar na discussão da resolubilidade, é fundamental dar visibilidade a termos que apareceram nos discursos anteriores: “cliente”, “produto” e “prestação de serviço”. Todos eles aludem ao conceito de clínica tradicional, fortemente marcado pela lógica mercantilista (Carvalho, 2009), reforçando a transposição do ideário da odontologia de mercado para o setor público. Esse modelo, hegemônico dentro da odontologia, pauta-se pela produção de procedimentos, com enfoque protético-cirúrgico, voltados para doença em seus aspectos individuais e biológicos (Chaves; Botazzo, 2014), em que o encontro clínico requer rapidez e a prescrição de algum produto, que deverá ser consumido pelo usuário (cliente) para resolução de seu problema (Campos, 2009). Nos recortes a seguir, os profissionais apontam a necessidade de consumo sentida pelos usuários: “[...] um médico só é bom quando pede exame e dá remédio. E o dentista só é bom quando arruma um dente. Se não fizer isso...” (CD-13), “Doutor, o senhor não vai fazer nada?” (CD-15).

Ao longo de sua história, a odontologia vem tratando o reparo de dentes como uma mercadoria

(Figueiredo; Brito; Botazzo, 2003) e, ainda que a PNSB tenha apontado o cuidado como eixo de reorientação do modelo, há um descompasso entre o que propunha a política e o que é operacionalizado no cotidiano dos serviços de saúde, nas diferentes partes do território brasileiro, com a manutenção de práticas centradas em estratégias organizativas consideradas ultrapassadas, alicerçadas no conhecimento técnico-biologicista (Pires; Botazzo, 2015).

Voltando à resolubilidade - colocada anteriormente como objetivo das práticas clínicas -, pode ser compreendida como a solução dos problemas e demandas sentidas e apresentadas pelos usuários, aportada no conceito ampliado de saúde, que engloba as variáveis sociais no processo saúde-doença e na sua significação subjetiva (Santos; Assis, 2006). Entretanto, para os participantes do estudo, a clínica assume uma característica curativista, o que permite relacionar a resolubilidade ao desenvolvimento de procedimentos técnicos, reduzindo seu conceito, conforme pode ser visto nos discursos que seguem:

A nossa clínica é curativista, essa coisa que a gente aprende da importância da promoção, prevenção mas, na prática não é o que acontece, é extração e tapar buraco (CD-05).

[...] a gente aplica os conhecimentos pra fazer o tratamento dos pacientes que é um tratamento curativo na maior parte do tempo. A gente aprende uma série de conceitos de prevenção, mas a gente aplica muito menos do que deveria, então a prática clínica acaba sendo bastante voltada para o curativismo (CD-02).

É a ciência, aplicação técnico-científica, naquele contexto completo de prevenção, desde a prevenção até a cura das doenças (CD-04).

Resultados semelhantes foram mostrados por Santos e Assis (2006) que, por meio da observação da prática de CD vinculados à AB, perceberam que o atendimento individual é pontual, rápido e centrado na queixa odontológica do usuário.

A remissão dos sintomas e a busca pela cura são outras características da clínica tradicional (Cunha, 2011), o que gera frustrações, visto que

nem sempre é possível “curar”, mas sempre é possível cuidar, sendo essa a função principal do trabalho em saúde (Souza, 2011). O predomínio de ações curativas prejudica o processo de trabalho e, consequentemente, a clínica ampliada de saúde bucal (Sherer; Sherer, 2015).

Nos discursos anteriores, a palavra “prevenção” aparece como uma esfera da clínica. Muito poderia ser discutido e aprofundado a partir desses recortes, mas vamos nos ater ao que disseram Pires e Botazzo (2015): a ideologia preventivista, mesmo após a implementação da PNSB, que se propunha direcionar o foco para a promoção de saúde, permanece marcando as práticas e o ideário dos profissionais. Abordagens preventivistas apresentam efeito limitado e podem contribuir para acentuar as desigualdades em saúde (Watt, 2017). Em contraposição, o ideal é adotar o modelo da promoção, considerando o usuário como indivíduo inserido em um contexto complexo que envolve múltiplas dimensões (Nascimento et al., 2009).

Os CD que atuam na AB se manifestaram, colocando a clínica como “o básico” a ser oferecido aos usuários, estando ainda ligada à noção de realização de procedimentos técnicos: “Na prefeitura é o básico. O que falei do básico é no sentido dos procedimentos, clinicamente, o que a gente faz, é o que dá” (CD-18).

A AB, quando bem organizada, é capaz de solucionar 80% dos problemas de saúde dos usuários (Mendes, 2010). A PNSB reforça esse percentual e diz, ainda, que o cirurgião-dentista deve dedicar de 75% a 85% do seu tempo de trabalho ao desenvolvimento de práticas clínicas (Brasil, 2004). Acredita-se, no entanto, que maior resolubilidade só poderá ser alcançada a partir da inovação no processo de trabalho, com a inclusão da clínica ampliada de saúde bucal (Junqueira et al., 2017).

Ressalta-se que as ações de saúde bucal na AB, segundo a PNSB, devem envolver promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, guiadas pelo olhar da vigilância em saúde, no intuito de garantir o cuidado integral (Brasil, 2004). Essas premissas encontram respaldo na literatura internacional, que afirma que as ações devem ser organizadas

de maneira integrada, especialmente com os serviços de Atenção Primária, e focar com maior intensidade na promoção e manutenção da saúde bucal (Watt et al., 2019).

A PNSB, no sentido de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, tendo em vista que havia (e ainda há) grande demanda reprimida no país, vislumbrou a criação dos CEO, unidades de referência para a AB, que oferecem tratamentos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos (Brasil, 2004; Pucca Júnior, 2009).

Os profissionais vinculados ao CEO se manifestaram com relação ao trabalho desenvolvido nesse espaço da seguinte forma: “[...] eu trabalhei nas forças armadas, na marinha, então, eu digo assim que nós somos o batalhão operacional. [...] O esquadrão delta, entendeu? Quando o pelotão normal não resolveu, manda para nós” (CD-06), “Frente de Batalha” (CD-12).

Chama atenção a caracterização de aumento do desafio em função da maior complexidade dos casos que são recebidos pela equipe e a analogia feita com os serviços militares, a partir das palavras “batalhão”, “batalha” e “esquadrão delta”, traduzindo a realidade vivida no serviço como uma guerra, o que pressupõe enfrentamentos difíceis. Para alguns, no entanto, o desafio é motivador e estimulante:

Os maiores desafios ainda vêm pra cá. Isso que dá estímulo de trabalhar aqui. Eu, se tivesse que estar lá na atenção básica, fazendo classe II de amálgama, acho que eu já tinha pirado [...] (CD-06).

O desafio é motivador! É uma coisa tão rica, que você se motiva em pesquisar, em se atualizar, pra poder prestar o teu serviço e conseguir resolver o caso do paciente. Essa questão que nós somos a referência e quando vem para nós, já tá num segundo nível (CD-09).

Sobressai-se, nas falas dos profissionais do CEO, a redução da clínica ao desenvolvimento de procedimentos técnicos, agora de média complexidade, por essa característica adjetivados como mais desafiadores.

Recursos e organização da clínica odontológica

No que tange aos recursos e a organização da clínica odontológica, foram colocadas diversas questões que contribuem, no sentido de auxiliar na compreensão da representação sobre clínica que os participantes apresentam.

Os CD falaram sobre o prontuário eletrônico utilizado pelo município, uma ferramenta relevante para registrar e qualificar a comunicação (Mendes, 2010) entre os membros da equipe, além de informar sobre o fluxo dos usuários no serviço e na rede de atenção à saúde. O sistema de prontuário eletrônico permite, ainda, a visualização de outras abas, como diagnósticos, retirada de medicamentos e exames complementares dos pacientes o que, na visão dos CD, contribui para o desenvolvimento de uma clínica segura:

Medicações, últimos exames, tudo dele. Eu sei a medicação que ele está usando. Quais foram os últimos agravos que ele teve, se tem complicações sistêmicas. [...] Dá uma segurança para a gente atuar com o paciente. A gente tem todo o histórico dele (CD-06).

Dá para ver o resultado dos exames. Aparece tudo (CD-07).

O prontuário único do paciente, de acesso liberado para toda equipe, denota uma condição essencial para o desenvolvimento da clínica ampliada. No entanto, os CD, no município cenário do estudo, não podem acessar a aba na qual os demais profissionais, incluindo os que compõem o NASF-AB, registram a evolução dos usuários a partir dos atendimentos realizados por eles, sejam individuais ou coletivos, majoritariamente utilizando o método de registro clínico orientado por problemas (Cantale, 2003). A aba de atendimento odontológico, por sua vez, é de acesso restrito aos cirurgiões-dentistas. Essa realidade reforça o isolamento das práticas odontológicas em relação às demais práticas em saúde (Botazzo, 2013) e enfatiza, no contexto analisado, a reprodução da clínica do corpo sem boca (Fonseca et al., 2016).

Com relação à organização do atendimento, as falas que seguem explicitam como isso ocorre:

Aí chama ele, abre o prontuário, faz o atendimento, depois fecha o prontuário. As urgências, o paciente chega na recepção e de acordo com o que ele sente, a funcionária da recepção já coloca urgência. Não é urgência, ela coloca escuta inicial (CD-01).

[...] as consultas, a ordem é para que tenha de vinte em vinte minutos, porém, o ideal é que a gente termine até as 10 horas, algumas autoclaves levam mais tempo, outras menos. [...] As ASB começam a ficar nervosas, então, eu procuro fazer as primeiras consultas até a sexta consulta de vinte minutos e os últimos dois procedimentos, eu marco procedimentos simples que vão levar de dez a quinze minutos, daí eu marco consultas de quinze nos últimos procedimentos, para eu poder encerrar as dez horas (CD-02).

No recorte a seguir, em que o participante narra a sistemática do atendimento, é possível capturar diferentes elementos, como o fator tempo - considerado insuficiente -; a ausência de anamnese - substituída pela “avaliação inicial” -; a conversa como algo possível e valorizado, mas pouco presente; e o papel do odontograma:

Eu uso o odontograma, é um recurso bom, e é um pouco correr contra o tempo, por exemplo, na consulta, o paciente já tá entrando, enquanto auxiliar está lavando mão e já perguntando o motivo da consulta e já calçando luva, tudo ao mesmo tempo. Faço a avaliação inicial. O odontograma, eu preencho sempre no início da primeira consulta, geralmente, a auxiliar preenche ou anota em um papel depois eu transcrevo para o odontograma. Eu preencho os dentes ausentes e as restaurações programadas. Vou ditando para a auxiliar, e facilita porque o odontograma fica vermelho na próxima consulta. Eu uso também o campo de observações, porque, eu particularmente gosto, quando consigo conversar com o paciente, explicar, principalmente pacientes assim com histórico maior de cárie e tal. O que foi conversado, por exemplo, crianças que não consuma sacarose, qual o perfil. Ultimamente,

eu tenho procurado colocar quem acompanhou a criança na consulta. Então, eu percebi que isso facilita o vínculo. [...] Eu também costumo fazer procedimento na primeira consulta, pelo menos os procedimentos menores, mais rápidos. Enquanto estou fazendo, já estou pedindo um instrumento para auxiliar e começando a raspar, ela já está terminando de preencher o odontograma (CD-04).

O discurso de um dos participantes, no entanto, contrasta com essas colocações:

[A elaboração do plano de tratamento] vai depender do número de procedimentos curativos que a pessoa precisa, no início é isso. Vai depender da anamnese, do motivo, da queixa principal do paciente no início do tratamento. E, na unidade que eu trabalho, tem muita criança, então tem que sempre vincular a família. Então, isso vai depender muito do perfil do paciente, do perfil da família, dos hábitos alimentares, dos hábitos de higiene para eu estender uma outra consulta a mais para insistir na orientação, na avaliação, ou já poder dar um tratamento, concluir um tratamento antes (CD-01).

Nas práticas odontológicas, o paciente é mudo e sua história não pode ser ouvida (Botazzo, 2013). A anamnese precisa ser recuperada como parte fundamental do encontro clínico, o que torna imperativo a busca por formas capazes de permitir que os usuários coloquem suas queixas, sendo elas ouvidas, acolhidas e incorporadas nas demais etapas do método clínico pelos profissionais. Além disso, constitui também um importante momento para criação e fortalecimento de vínculos, por meio da (re)construção das histórias pantográficas dos indivíduos (Souza, 2011; Junqueira et al., 2017). Quando esse momento é reduzido aos temas nucleares da profissão, há grande risco de diminuir suas potencialidades (Cunha, 2011).

A partir da escuta qualificada, o caso clínico deve ser constituído, abandonando a esfera da avaliação diagnóstica restrita à objetividade positivista da clínica clássica e incorporando a subjetividade e os saberes dos sujeitos envolvidos (Cunha, 2011). A clínica deve adotar, como pressupostos, o atendimento aos problemas bucais mais

relevantes para o usuário, com uma construção social da demanda e o descentramento dentário (Botazzo, 2013; 2017).

Outra questão considerada para compreender a organização da clínica que, por sua vez, contribui para reforçar a percepção de clínica pelos participantes é o dispositivo “plano de tratamento” que, na lógica da clínica ampliada, deve ser desenvolvido a partir de uma pactuação entre o profissional e o usuário, no intuito de oportunizar maior adesão e alcançar resultados significativos, considerando as demandas biopsicossociais (Cunha, 2011).

Ao serem questionados, os profissionais explicitaram como isso ocorre na rotina, deixando transparecer o caráter “dentarizado” do que chamaram de plano de tratamento. Quando existente, ele está ligado à noção de desenvolvimento de procedimentos técnicos “encaixados” na agenda do dia, em função do tempo que podem exigir para sua realização. As falas seguintes ilustram isso:

Na primeira consulta, eu já faço a avaliação e já procuro fazer um procedimento. [...] [A avaliação inicial é guiada] Por um odontograma que tem lá na aba do sistema, que antes até eu não usava, por uma falta de prática e por uma falta de necessidade. Eu comecei a usar o odontograma há um tempo atrás e eu achei que tem sido útil e tem facilitado bastante a minha vida. Porque quando tu abre o sistema, já consegue ter uma visão do que é a boca do paciente. A gente meio que tem uma previsão se tava perto do término ou não, se aquele paciente tinha muitas necessidades de tratamento, se era um paciente com uma higiene adequada e tinha um dente aqui para fazer, que requer uma abordagem diferente daquele paciente que tem muitas cáries e que toda vez que ele chegar tu vai ter que falar na escovação, na prevenção, em tomar cuidado na doença periodontal também (CD-02).

Uma coisa que eu costumo fazer é escrever o que fazer na próxima consulta. [...] Mas, dependendo do dia, se tá muito corrido e tal eu já avalio. Às vezes, eu pego um mais simples para fazer, se tá muito corrido; se um paciente faltou antes, pego um mais complicado (CD-05).

[...] e o odontograma também é bom porque você perde um pouco de tempo na primeira vez que faz, para depois, a partir da segunda, já olha direto e já sabe o que precisa fazer. Não perde tempo (CD-03).

O odontograma é uma representação gráfica dos dentes, no qual é possível assinalar a condição encontrada por faces dentárias. Pode-se, ainda, utilizar códigos e cores para sinalizar os procedimentos que serão realizados. Essa ferramenta é largamente utilizada pelos CD e, muitas vezes, seu preenchimento é entendido como sinônimo de plano de tratamento. A proposta de não o utilizar causa estranhamento, desconforto e insegurança, mas experiências mostram que outros dispositivos de registros permitem a aproximação com uma abordagem ampliada de clínica (Botazzo, 2013).

Alguns participantes afirmaram não utilizar odontograma, mas, ainda assim, mantêm a sistemática de registro “dentarizado”, utilizando, inclusive, o formato de códigos compreensíveis apenas por cirurgiões-dentistas, no espaço destinado ao registro de observações ou na agenda, como ilustram os relatos que seguem:

Eu pegava e colocava na agenda e eu olhava o paciente aqui hoje, fazia o dente e anotava na agenda qual o dente que eu ia fazer na próxima consulta (CD-02).

Eu não uso odontograma, eu uso o campo de observações. Eu escrevo tudo que o paciente precisa. A primeira consulta que eu faço só o exame, então eu anoto todas as necessidades do paciente. Eu vou botando os dentes e as faces, coloco necessidade de exodontia, endo, profilaxia. À medida que o paciente vai voltando, eu copio aquela anotação que eu fiz e só deleto o que eu fiz e colo (CD-05).

Alguns profissionais se referiram a utilização do campo permitido para o registro de observações para anotar o comportamento do paciente e as prescrições que foram realizadas no momento da consulta, com vistas a “cobrar” posteriormente:

Marca as faltas, se o paciente chegou atrasado e aí se na próxima vez ele chegar atrasado eu já sei que é o perfil do paciente. Eu sei se foi cobrado melhor a

escovação, aí na outra consulta cobro novamente melhora na escovação (CD-05).

Eu também uso bastante o campo de observações. Tudo que o paciente fala eu gosto de colocar, ou a orientação que eu dei, depois esquece e daí tu pode cobrar do paciente (CD-03).

A priorização das características físicas dos dentes e dos procedimentos que serão realizados, em detrimento de aspectos gerais que envolvem a queixa do usuário e a subjetivação dela, bem como do registro da anamnese, do exame clínico e do plano de tratamento individualizado - como é desenvolvido pelas demais categorias profissionais que compõem o campo da saúde -, representa um reflexo da concepção de prática clínica odontocentrada, que opera com um diagnóstico-terapêutico *a priori* (Botazzo et al., 2017).

O conteúdo odontológico constitui uma característica marcante da clínica conceituada, refletida e discutida pelos participantes do estudo. Afirmação semelhante foi feita por Pires e Botazzo (2015), ao analisar o texto da PNSB. Esse imaginário hegemônico dificulta o desenvolvimento da clínica ampliada, constituindo-se de modo avesso aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cuidado em saúde, ao contrário, exige o predomínio de tecnologias leves, para que seja resolutivo. No momento em que ocorre o encontro entre o trabalhador e o usuário, a partir do diálogo e da escuta, é possível gerar cumplicidade, vínculo, aceitação, responsabilidade e estimular a autonomia dos sujeitos (Merhy, 2013). Assim, a construção do caso clínico por meio da anamnese, como escuta qualificada da queixa do usuário (Barros; Botazzo, 2011), deve priorizar as tecnologias leves-relacionais no encontro clínico.

Considerações finais

O estudo revelou que faltam nexos e sobram desconexões no que tange à incorporação da clínica, seja ela compreendida nos moldes tradicionais ou de maneira ampliada, nas práticas odontológicas.

Ainda que a PNSB represente um marco na construção das políticas públicas de saúde bucal

no Brasil e tenha trazido propostas de inovações diversas, que incluem superação da clínica tradicional, a representação dos cirurgiões-dentistas revela que, na micropolítica do trabalho, pouco tem sido modificado em relação aos modelos anteriores.

Não é fato novo que as práticas de saúde bucal, no SUS, tendem a reproduzir o caráter mercantilista, curativista, biologicista e pouco resolutivo do setor privado ou dos serviços públicos pré-SUS. No entanto, este estudo contribui para a discussão e para o avanço no processo de mudança, ao tempo em que realça a compreensão das representações dos cirurgiões-dentistas sobre a clínica, visto que são eles que operam a política no dia a dia e a esfera da micropolítica é definidora para a qualidade dessa operacionalização.

Assim, os resultados apresentados nesse artigo oferecem subsídios que podem fomentar ações direcionadas para a esfera da micropolítica, no intuito de promover transformações com maior possibilidade de capilaridade e alcance, seja nos serviços ou no aparelho formador. Frisa-se, no entanto, que não se trata de um processo simples, sobretudo em função da hegemonia do modelo biomédico de compreensão de saúde, predominante na formação de cirurgiões-dentistas, bem como de outros profissionais de saúde, e nas práticas de saúde de maneira geral.

Aponta-se a imperatividade de aprofundar a compreensão da temática, a partir do desenvolvimento de novos estudos que possam orientar no sentido da incorporação da clínica ampliada de saúde bucal nas práticas odontológicas cotidianas, em especial no âmbito da PNSB.

Referências

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. DOI: 10.1590/S1413-81232011001200006

BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec; 2000.

BOTAZZO, C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec, 2013.

BOTAZZO, C. O conhecimento pelas mãos. *Revista da ABENO*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 2-19, 2017. DOI: 10.30979/rev.abeno.v17i4.522

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*, Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 10 abr. 2020.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Saúde, sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 24-34, 2009.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface*, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. DOI: 10.1590/1807-57622013.0324

CANTALE, C. R. *Historia clinica orientada a problemas*. Los Angeles: University of Southern California, 2003.

CARVALHO, S. R. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividades no SUS. In: CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. (Org.) *Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 23-41.

CHAVES, S.; BOTAZZO, C. Prevenção, Atenção e Vigilância da Saúde Bucal. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. A. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 465-477.

CUNHA, G. T. O conceito ampliado de saúde e a transição nas tecnologias de ensino-serviço no SUS: Por que precisamos da clínica ampliada? In: GENIOLE, L. A. I.; et al. *A Clínica Ampliada no contexto da Atenção Primária em Saúde: curso de pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família*. Santa Maria: UFMS, 2011.

DUNKER, C. I. L. Clínica, Linguagem e Subjetividade. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 39-61, 2000.

- FIGUEIREDO, G. O.; BRITO, D. T. S.; BOTAZZO, C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 753-763, 2003. DOI: 10.1590/S1413-81232003000300009
- FONSECA, G. S. et al. A clínica do corpo sem boca. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1039-1049, 2016.
- FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*: uma arqueologia das ciências, 8. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- JUNQUEIRA, S. et al. Projeto Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal. *Revista De Graduação USP*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 149-156, 2017. DOI: 10.11606/issn.2525-376X.v2i2p149-156
- LEE, H. et al. Person-centered care model in dentistry. *BMC Oral Health*, Berlin, v. 18, p. 198, 2018.
- MACHADO, M. D. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MINAYO, M. C. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento. In: Minayo, M. C. S.; Deslandes, S.F. (Org.). *Caminhos do pensamento*: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 83-107.
- MERHY, E. E. Ver a si o ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASSETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Org.). *Clínica comum*: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 248-267.
- NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 455-462, 2009.
- PIRES, F. S.; BOTAZZO, C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 273-284, 2015.
- PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Oral health policies in Brazil. *Brazilian oral research*, São Paulo, v. 23, supl. 1, p. 9-16, 2009.
- SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.
- SOUZA, E. C. F. Doença, narrativa e subjetividades: patografias como ferramenta para a clínica. Natal: Edufrn, 2011.
- SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 49, n. 98, 2015. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005961
- WALJI, M. F.; KARIMBUX, N. Y.; SPIELMAN, A. I. Person-centered care: opportunities and challenges for academic dental institutions and programs. *Journal of Dental Education*, New York, v. 81, n. 11, p. 1265-1272, 2017.
- WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 35, n. 1, p. 1-11, 2007. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2007.00348.x
- WATT, R. G. et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. v. 394, n. 10194, p. 261-272, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31133-X

Contribuição dos autores

Fonseca desenhou o estudo, coletou e discutiu os dados e redigiu a versão inicial do artigo. Botazzo orientou o estudo e revisou a versão final do artigo.

Recebido: 18/07/2022

Reapresentado: 05/11/2021; 29/04/2022; 18/07/2022

Accepted Date: 03/10/2022