

A Clínica Ampliada do curso de Odontologia da UEM: uma análise crítica a partir da avaliação de prontuário

The Expanded Clinic of the Dentistry course at UEM: a critical analysis based on the evaluation of records

La Clínica Ampliada de la carrera de Odontología de la UEM: un análisis crítico a partir de la evaluación de historias clínicas

Recebido: 07/12/2022 | Revisado: 20/12/2022 | Aceitado: 22/12/2022 | Publicado: 25/12/2022

Isabela Inoue Kussaba

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6833-2453>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: isabelaikussaba@gmail.com

Carina Gisele Costa Bispo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3090-273X>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: cgcbispo@uem.br

Mitsue Fujimaki

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7824-3868>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: mfujimaki@uem.br

Gabriela Cristina Santin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0216-0502>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: gabsantin1310@gmail.com

Vanessa Cristina Veltrini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1343-9269>
Universidade Estadual de Maringá, Brasil
E-mail: vcveltrini2@uem.br

Resumo

O objetivo foi identificar as contribuições e desafios atrelados à dinâmica de uma clínica ampliada no contexto do ensino de graduação em Odontologia. Para isso, foram avaliados 381 prontuários (2012-2016) e extraídos dados relativos ao perfil demográfico, preenchimento dos campos, queixa principal, opções de planos de tratamento, número de altas e encaminhamentos. Houve uma prevalência maior de pacientes adultos, leucodermas e do gênero feminino. Estavam satisfatoriamente preenchidos os campos de assinatura dos docentes e opções de plano de tratamento. Verificou-se maior frequência de preenchimento insatisfatório do prontuário nos casos em que o tratamento se iniciava no mesmo dia do acolhimento. A taxa de encaminhamento aumentou ao longo dos anos em 58%. Os índices de alta foram maiores para pacientes que apresentavam três opções de planos de tratamento e que permaneciam menos tempo na CA. No ano de 2015, o número de altas e encaminhamentos foi maior em comparação aos outros anos, bem como o número de opções de planos de tratamentos. Nos anos de 2012 e 2015, o preenchimento dos prontuários da CA atingiu seus melhores índices. Pode-se concluir que a Clínica Ampliada, enquanto espaço de acolhimento, planejamento, execução e gerenciamento de tratamentos interdisciplinares e interprofissionais, requer avaliações periódicas e reflexões que respaldam as ações futuras e a aplicação de recursos pedagógicos, envolvendo todos os participantes e segmentos, já que se trata de um processo em constante evolução e aprimoramento.

Palavras-chave: Planejamento em saúde; Humanização da assistência; Sistema único de saúde.

Abstract

The objective was to identify the contributions and challenges linked to the dynamics of an expanded clinic in the context of undergraduate teaching in Dentistry. 381 medical records were evaluated (2012-2016) and data were extracted regarding the demographic profile, completion of fields, main complaint, treatment plan options, number of discharges and referrals. There was a higher prevalence of adult, Caucasian and female patients. The professors' signature fields and treatment plan options were satisfactorily completed. There was a higher frequency of unsatisfactory completion of the medical record in cases in which treatment began on the same day of admission. The referral rate has increased over the years by 58%. Discharge rates were higher for patients who had three options for treatment plans and who spent less time in the OR. In 2015, the number of discharges and referrals was higher compared to other years, as well as the number of treatment plan options. In the years 2012 and 2015, the completion

of CA records reached its best rates. It can be concluded that the Expanded Clinic, as a space for reception, planning, execution and management of multidisciplinary and multiprofessional treatments, requires periodic evaluations and reflections that support future actions and the application of pedagogical resources, involving all participants and segments, since that it is a process in constant evolution and improvement.

Keywords: Health planning; Humanization of assistance; Unified health system.

Resumen

El objetivo fue identificar los aportes y desafíos vinculados a la dinámica de una clínica ampliada en el contexto de la enseñanza del pregrado en Odontología. Se evaluaron 381 historias clínicas (2012-2016) y se extrajeron datos sobre perfil demográfico, cumplimentación de campos, principal motivo de consulta, opciones de planes de tratamiento, número de altas y derivaciones. Hubo una mayor prevalencia de pacientes adultos, caucásicos y mujeres. Los campos de firma de los profesores y las opciones del plan de tratamiento fueron completados satisfactoriamente. Hubo una mayor frecuencia de cumplimentación insatisfactoria de la historia clínica en los casos en los que se inició el tratamiento el mismo día del ingreso. La tasa de referencia ha aumentado a lo largo de los años en un 58%. Las tasas de alta fueron más altas para los pacientes que tenían tres opciones de planes de tratamiento y que pasaban menos tiempo en el quirófano. En 2015, el número de altas y derivaciones fue mayor en comparación con otros años, así como el número de opciones de planes de tratamiento. En los años 2012 y 2015, la finalización de récords de CA alcanzó sus mejores índices. Se puede concluir que la Clínica Ampliada, como espacio de recepción, planificación, ejecución y gestión de tratamientos multidisciplinarios y multiprofesionales, requiere evaluaciones y reflexiones periódicas que apoyen acciones futuras y la aplicación de recursos pedagógicos, involucrando a todos los participantes y segmentos, ya que es un proceso en constante evolución y mejora.

Palabras clave: Planificación en salud; Humanización de la atención; Sistema único de salud

1. Introdução

Em 2004, com o objetivo de aprimorar a qualidade do serviço prestado pelo SUS (Sistema Único de Saúde), surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH) (Ministério da Saúde, 2003; Ministério da Saúde, 2008). Ela prevê a valorização dos sujeitos envolvidos na produção de saúde e, principalmente, das dimensões subjetiva e social do usuário. Dentre os instrumentos da PNH, está a Clínica Ampliada e Compartilhada (CA). Ela é ampliada porque parte de uma visão ampliada do processo saúde-doença, e compartilhada porque prevê o compartilhamento de saberes e a horizontalidade nas relações de trabalho (Hayacibara et al., 2009).

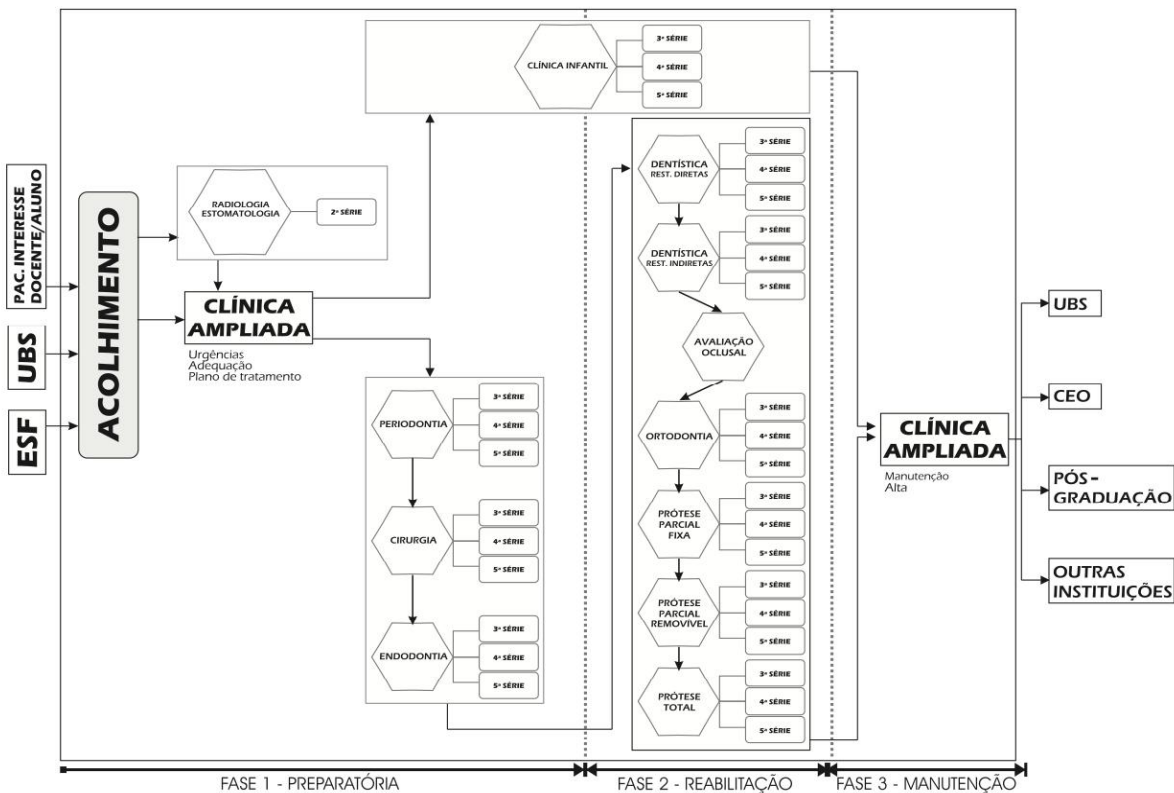
O Curso de Odontologia da UEM foi criado em 1988 e, em 1992, seu projeto pedagógico foi reformulado e passou a contemplar um currículo integrado (Terada & Nakama, 2004), já antecipando as adequações que seriam propostas, posteriormente, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (Ministério da Educação, 2021) e pela Política Nacional de Saúde Pública. O perfil profissional desejado contempla um cirurgião-dentista generalista, socialmente sensível, apto a trabalhar em equipe e a suprir as demandas da população com ética e rigor técnico-científico. A partir de políticas indutoras e convergentes (Pró-Saúde, PET-Saúde, PNH, Política Nacional de Saúde Bucal, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde), em 2009 (Hayacibara, et al., 2009), o Curso de Odontologia da UEM implementou a CA, com o objetivo de melhorar a formação acadêmica e também a qualidade do serviço prestado, ampliando o cuidado em saúde para uma abordagem mais humanizada, com sensibilidade social, compreensão do processo saúde-doença e autonomia dos sujeitos (Mendonça & Lanza, 2020). O profissional assim formado desenvolveria, também, mais comprometimento e responsabilidade com o usuário e com o SUS, realizando o acolhimento em todos os momentos do atendimento.

Antes mesmo da sua implantação, a CA teve e continua tendo um colegiado gestor de discussão, denominado posteriormente de COPACA (Comissão Permanente de Avaliação da Clínica Ampliada), composta por graduandos, pós-graduandos, servidores e professores de diferentes áreas, que se reúnem semanalmente para acompanhar a operacionalização da clínica, mas sobretudo para avaliar e realizar os ajustes necessários, de forma a atender às demandas da atenção e da formação, num processo contínuo e dinâmico de aprendizado e construção coletiva (Da Rocha et al. 2017).

Com a implantação da CA no Curso de Odontologia da UEM, veio a necessidade de se discutir a construção de um prontuário único. O modelo vigente na época, com clínicas estanques, de especialidades específicas e prontuários

independentes, não atenderia à demanda de formar um profissional capaz de enxergar o indivíduo na sua singularidade. Nesse sentido, a CA trouxe também um modelo de prontuário único para o ensino e o serviço. Ele tornou-se, legalmente, um instrumento importante, mas também necessário para organizar informações e facilitar o direcionamento do usuário nas diferentes fases do diagnóstico e do planejamento. A sua utilização previne a fragmentação do atendimento e tem permitido a participação do usuário na escolha do plano de tratamento mais conveniente entre três opções propostas. Uma vez escolhido o plano mais adequado à realidade biopsicossocial do paciente, o acadêmico gerencia o caso seguindo um fluxograma (Fig 1) de encaminhamentos às diferentes clínicas disciplinares (em casos mais complexos), ou ele mesmo executa os procedimentos até a alta na própria CA (em casos mais simples). Os prontuários também vêm sendo utilizados como instrumentos de avaliação periódica da qualidade do serviço oferecido e do perfil do usuário da CA. Alguns levantamentos já foram publicados e seus resultados se mostraram em concordância com a literatura (Peruchi et al., 2015).

Figura 1 - Fluxograma da clínica ampliada.



Fonte: Autores.

Considerando a necessidade de aprimoramento constante frente às demandas e intercorrências do dia-a-dia do serviço, a avaliação da Clínica Ampliada tem sido feita em seus aspectos estruturais e organizacionais, mas também levando em conta seus efeitos benéficos sobre acadêmicos e usuários.

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise crítica do fluxo de atendimento na CA da UEM, a partir da avaliação de prontuários de usuários atendidos de 2012 a 2016, em relação a: 1.perfil demográfico e socioeconômico, 2.grau de preenchimento, 3.queixa principal, 4. opções de planos de tratamento, 5.tempo de permanência na CA, 6.altas e 7.encaminhamentos. Também se buscou analisar eventuais relações entre essas variáveis, a fim de melhor entender o comportamento das mesmas ao longo dos anos.

2. Metodologia

Para esse estudo de natureza quantitativa, foram avaliados 381 prontuários de pacientes acolhidos por alunos do quinto ano de graduação, de 2012 a 2016, na CA. Foram coletados dados relativos ao perfil demográfico e socioeconômico dos usuários, além de outros 19 campos de preenchimento (Tabela 1), incluindo o planejamento (avaliado conforme Tabela 2, que mostra as fases preconizadas na CA). O levantamento foi realizado conforme a sequência numérica dos cadastrados nos anos abrangidos. Foram excluídos prontuários pertencentes a outras clínicas (ainda que os pacientes tenham passado pela CA, em algum momento), pacientes desligados por quaisquer motivos e prontuários que não tinham identificação da clínica de procedência. Os dados foram tabulados em uma planilha utilizando o programa Microsoft Excel (Microsoft Corp., EUA) (Peruchi et al., 2015; Queiroz & Ferfebaum, 2022; Pereira et al., 2018).

Tabela 1 - Ficha para coleta de dados relativos a preenchimento, bem como demográficos e socioeconômicos dos pacientes.

<i>Perfil do Paciente</i>				
<i>Gênero</i>	<i>Idade</i>	<i>Raça</i>		
<i>Questão</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Observações</i>	
<i>A anamnese está corretamente preenchida?</i>				
<i>O exame físico foi realizado?</i>				
<i>O odontograma está corretamente preenchido?</i>				
<i>O envelope foi preenchido?</i>				
<i>O diagnóstico foi anotado?</i>				
<i>Os objetivos foram anotados?</i>				
<i>Há 3 opções de tratamento?</i>			<i>Se não: ()0 ()1 ()2</i>	
<i>Os planos de tratamento seguem a ordem do guia proposto pela CA?</i>				
<i>Mais de uma sessão foi necessária para finalizar o preenchimento do prontuário?</i>			<i>Se sim: ()1 ()2 ()3</i>	
<i>O prontuário está assinado nos campos destinados aos pacientes?</i>				
<i>O prontuário está assinado nos campos destinados aos docentes?</i>				
<i>O preenchimento do relatório de atividades está correto?</i>				
<i>Foram realizadas radiografias?</i>				
<i>O paciente recebeu alta na CA?</i>				
<i>Quais especialidades foram abrangidas?</i>				
<i>Número de faltas do paciente na CA</i>				
<i>Tempo de espera desde o planejamento até o início do tratamento na CA</i>			<i>Até 1; 2 a 6; Mais que 6</i>	
<i>O paciente foi encaminhado?</i>				

Fonte: Autores.

Tabela 2 - Fases propostas para execução de um planejamento integrado na CA.

<i>Fases</i>	<i>Objetivos Gerais</i>	<i>Objetivos Específicos</i>
<i>Fase I Preparatória</i>	<i>Resolução das urgências</i>	<i>Controlar a dor</i>
		<i>Controlar infecções agudas</i>
		<i>Tratamento de traumatismos</i>
		<i>Estética</i>
	<i>Adequação do meio bucal</i>	<i>Diminuição de S. mutans e patógenos periodontais</i>
		<i>Controle de placa bacteriana</i>
		<i>Instrução de higiene oral</i>
		<i>Descontaminação</i>
		<i>Selamento de lesões ativas de cárie</i>
		<i>Procedimentos básicos em Periodontia (raspagem e alisamento corono radicular)</i>
		<i>Controle de dieta</i>
		<i>Uso de fluoretos e/ou outros agentes químicos)</i>
	<i>Selamento de fósulas e fissuras</i>	
<i>Avaliação do nível de saúde</i>	<i>Observação dos resultados obtidos</i>	
<i>Periodontia</i>	<i>Cirurgias periodontais</i>	
<i>Fase I Preparatória</i>	<i>Cirurgia</i>	<i>Exodontias, inclusos-impactados, cirurgias pré protéticas (regularização de rebordo, frenectomias, etc.)</i>
	<i>Endodontia</i>	<i>Polpa viva e/ou polpa morta</i>
		<i>Cirurgias parendodônticas</i>
	<i>Avaliação do nível de saúde</i>	<i>Observações definitivas (diretas e indiretas)</i>
	<i>Fase II Reabilitação</i>	<i>Dentística</i>
<i>Ortodontia</i>		<i>Tratamento ortodôntico ou pequenas movimentações dentárias</i>
<i>Prótese</i>		<i>Avaliação da oclusão, coroas unitárias, próteses fixas, removíveis e totais, placas de mordida</i>
<i>Avaliação do nível de saúde</i>		<i>Observação dos resultados obtidos</i>
<i>Fase III Manutenção</i>	<i>Manutenção</i>	<i>Consultas periódicas de acordo com a classificação de risco</i>
		<i>Exame clínico e/ou exames complementares</i>
		<i>Controle de higiene</i>
		<i>Profilaxia (fluoretos e/ou outros agentes químicos)</i>

Fonte: Autores.

Primeiramente, fez-se uma análise descritiva dos dados relativos aos 19 campos de preenchimento obrigatório do prontuário. Em seguida, testes de associação entre algumas variáveis foram realizados, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Guia para o cruzamento das variáveis e teste estatístico correspondente.

<i>Cruzamento das variáveis</i>			<i>Teste Estatístico</i>
<i>Tabela 4</i>	<i>Grau de preenchimento</i>	<i>x</i>	<i>Tempo de espera desde o plano de até o início do tratamento na CA</i> <i>Kruskal-Wallis</i>
<i>Tabela 5</i>	<i>Quantidade de opções de plano de tratamento</i>	<i>x</i>	<i>Alta</i>
	<i>Queixa principal</i>		
	<i>Planos de tratamento seguindo a ordem guia proposto pela CA</i>		
	<i>Tempo de permanência na CA</i>		
<i>Tabela 6</i>	<i>Tempo de permanência na CA</i>	<i>x</i>	<i>Queixa principal</i> <i>Chi-Quadrado</i>
	<i>Planos de tratamento seguindo a ordem guia proposto pela CA</i>		
<i>Tabela 7</i>	<i>Quantidade de opções de tratamento</i>	<i>x</i>	<i>Encaminhamentos</i>
<i>Tabela 8</i>	<i>Ano</i>	<i>x</i>	<i>Encaminhamentos</i> <i>Alta</i> <i>Tempo de permanência na CA</i> <i>Planos de tratamento seguindo a ordem guia proposto pela CA</i>
<i>Tabela 9</i>			<i>Grau de Preenchimento do prontuário</i> <i>Kruskal-Wallis</i>

Fonte: Autores.

Para a análise estatística, os dados foram tabulados em uma única planilha, utilizando o programa estatístico Jamovi (V2.5.5.0) e atribuído um grau de significância de 5%.

3. Resultados

Em uma análise descritiva, verificou-se maior prevalência de pacientes adultos, leucodermas e do gênero feminino. Os campos para assinatura dos docentes e para as opções de plano de tratamento estavam satisfatoriamente preenchidos, já que a maioria apresentava três opções. A taxa de encaminhamento aumentou ao longo dos anos em 58.3%. O tempo de espera (da definição do plano ao início do tratamento na CA) foi de até um mês, na maior parte dos casos (41.4%). Na análise que relaciona tempo de espera com grau de preenchimento, viu-se que um preenchimento insatisfatório (muitos campos em branco - mediana 6) estava presente nos casos em que o tratamento se iniciava no mesmo dia do acolhimento na Clínica Ampliada ($P > 0.01$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação grau de preenchimento (escore) vs tempo de espera do plano ao início do tratamento.

	<i>Tempo de espera</i>	<i>N</i>	<i>Missing</i>	<i>Mean</i>	<i>Median</i>	<i>SD</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
	Somente primeira consulta realizada	90	0	7.48	8.00	2.72	2	12
	Início do procedimento no mesmo dia do acolhimento	57	0	6.12	6	2.75	1	12
Escore	até 30 dias	156	0	8.95	9.00	2.75	2	12
	1-6 meses	18	0	9.39	9.00	1.79	4	12
	Não encaminhados	56	0	7.09	8.50	2.63	2	10

escore χ^2 : 52.2, df: 4, $P < 0.01$. Fonte: Autores.

Tabela 5 - Análise da taxa de alta quando relacionada às variáveis: 1. número de planos de tratamento; 2. queixa principal; 3. se os planos obedeciam à sequência proposta de planejamento integrado; 4. tempo de permanência na CA.

		<i>Alta</i>	
		<i>Sim (%)</i>	<i>Não (%)</i>
Quantidade de opções de plano de tratamento	Nenhum plano	8.5	16.3
	Um plano	26.8	24.7
	Dois planos	28.2	35.1
	Três Planos	36.6	23.8
	Total	100	100
χ^2 : 10.7, df: 3, $P < 0.05$			
Queixa principal	Sem queixa	10.1	15.7
	Comprometimento funcional	64.0	56.2
	Comprometimento estético	4.3	5.1
	Queixas múltiplas	21.6	23.0
χ^2 : 3.16, df: 3, $P > 0.05$			
Planos de tratamento seguem a ordem proposto pela CA	Sim	62.1	37.9
	Não	52.5	47.5
	Total	100	100
χ^2 : 3.31, df: 1, $P > 0.05$			
Tempo de permanência na CA	Até 1 mês	67.4	29.4
	2 a 6 meses	31.2	54.9
	+6 meses	1.4	15.7
	Total	100	100
χ^2 : 54.4, df: 2, $P < 0.05$			

Fonte: Autores.

Com relação ao plano de tratamento, os alunos são orientados a apresentar, preferencialmente, três opções. Foi analisada a relação entre número de planos e altas concedidas. Esta taxa foi maior nos casos em que havia três opções (36.6%). A taxa caía à medida em que a quantidade de opções diminuía. Prontuários sem plano de tratamento foram os que apresentaram a menor frequência de altas: 8.5%.

Verificou-se, também, que um número maior de altas estava relacionado a um menor tempo de permanência do paciente na CA (até um mês: 67.4%), sendo estatisticamente significativa essa proporcionalidade invertida.

Analisando a relação entre altas e duas outras variáveis (queixa principal e se os planos de tratamento obedeciam ou não a sequência proposta pela CA), observou-se ausência de relação estatisticamente significativa, porém foi possível constatar que a maior taxa de altas se concentrou naqueles pacientes que tinham como queixa principal um comprometimento funcional (64.0%) e também naqueles cujos planos seguiam a ordem proposta pela CA (62.1%) (Tabela 5).

Tabela 6 - Análise da queixa principal quando relacionada às variáveis: 1. tempo de permanência na CA; 2. se os planos seguiam a ordem proposta pela CA.

		<i>Queixa principal</i>				Total
		<i>Sem Queixa (%)</i>	<i>Comprometimento funcional (%)</i>	<i>Comprometimento estético (%)</i>	<i>Queixas múltiplas (%)</i>	
Tempo de permanência na CA	Até 1 mês	13.1	57.5	5.0	24.4	100
	2-6 meses	7.6	63.2	4.7	24.6	100
	+6 meses	42.1	47.4	2.6	7.9	100
x ² : 33.3, df: 6, P<0.05						
Planos de tratamento seguem a ordem proposta pela CA	Sim	9.5	58.8	5.7	26.1	100
	Não	18.8	59.4	3.8	18.1	100
x ² : 9.05, df: 3, P<0.05						

Fonte: Autores.

Verificou-se que, dos pacientes que permaneceram na CA por 2 a 6 meses, 63.2% tinham comprometimento funcional como queixa principal, seguidos daqueles com queixas múltiplas (24.6%). Dos prontuários cujos planos obedeciam a sequência, 58.8% continham queixa funcional, contrastando com os 5.7% em que a queixa era estética (Tabela 6).

Tabela 7 - Análise de associação entre taxa de encaminhamentos e número de planos de tratamento.

		<i>Encaminhamentos</i>	
		Sim (%)	Não (%)
Quantidade de opções de plano	Nenhum plano	11.3	16.4
	Um plano	22.5	29.6
	Dois planos	23.9	44.7
	Três planos	42.3	9.4
	Total	100	100

x²: 51.0, df: 3, P<0.05

Fonte: Autores.

Dos pacientes encaminhados, 42.3% apresentavam três opções de plano em seus prontuários, sendo possível observar, ainda, que essa taxa aumentava à medida em que havia mais opções (Tabela 7).

Tabela 8 - Análise das variáveis (alta, encaminhamentos, tempo de permanência na CA e obediência à sequência) ao longo dos anos 2012 a 2016.

		<i>Ano (%)</i>					Total
		2012	2013	2014	2015	2016	
Alta	Sim	9.9	5.6	5.6	53.5	25.4	100
	Não	4.7	12.1	17.2	15.5	7.5	100
Encaminhamentos	Sim	32.4	6.3	11.7	34.7	14.9	100
	Não	35.2	14.5	14.5	22.6	13.2	100
Tempo de permanência na CA	Até 1 mês	0	11.6	13.4	47.6	27.4	100
	2-6 meses	56.1	7.5	13.3	18.5	4.6	100
	+6 meses	79.5	5.1	10.3	2.6	2.6	100
Ordem guia proposto pela CA	Sim	38.2	3.8	4.2	39.6	14.2	100
	Não	61.8	96.2	95.8	60.4	85.8	100

x²: 114, df: 4, P<0.05
 x²: 11.8, df: 4, P<0.05
 x²: 176, df: 8, P<0.05
 x²: 62.9, df: 4, P<0.05

Fonte: Autores.

No ano de 2015, as taxas de alta e de encaminhamento foram maiores, em comparação aos outros anos, sendo 53.5% e 34.7%, respectivamente. Também foi maior, neste ano, o número de planos de tratamento obedientes à sequência preconizada (39.6%). A quantidade de pacientes que permaneceram na CA por mais de 6 meses foi maior no ano de 2012 (79.5%) (Tabela 8).

Tabela 9 - Análise do grau de preenchimento (escore) de 2012 a 2016.

	<i>Ano</i>	<i>N</i>	<i>Missing</i>	<i>Mean</i>	<i>Median</i>	<i>SD</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
	2012	128	0	9.30	10.00	2.78	2	12
	2013	37	0	6.05	6	2.52	1	11
Escore	2014	49	0	6.71	7	2.51	1	10
	2015	113	0	8.08	8	2.56	2	12
	2016	54	0	6.41	7.00	2.77	2	11

Escore: χ^2 : 3.11, df : 1, $P > 0.05$. Fonte: Autores.

Nos anos 2012 e 2015, o preenchimento dos prontuários da CA atingiu seus melhores índices, como mostram as medianas (10 e 8, respectivamente) da Tabela 9.

4. Discussão

A implementação de uma clínica ampliada prevê uma mudança significativa no olhar sobre o modelo de atenção à saúde, pois possibilita que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser percebidos e valorizados (Cunha, 2004; Freitas, et al., 2012).

Entretanto, não basta implantar, é preciso supervisionar, monitorar e avaliar, constantemente. Dessa forma, pode-se identificar e resolver falhas, bem como planejar ações futuras, lembrando que se trata de um cenário dinâmico, porém complexo, por envolver e demandar harmonia entre ensino e serviço (Peruchi et al., 2015; Santos, 2021).

Nesse sentido, a Clínica Ampliada deve promover a interação e fortalecer o vínculo do estudante com a comunidade, com a equipe multiprofissional de saúde e com a academia, sem perder de vista o cuidado integral e humanizado ao usuário, preferencialmente baseado num projeto terapêutico singular que atenda às suas necessidades e expectativas (Ministério da Educação, 2001; Morita, et al., 2007; Campos, 1997).

No presente estudo, os usuários eram, em sua maioria, adultos, leucodermas e do gênero feminino. Diversos estudos apontam para esse perfil de usuário como sendo predominante nos serviços públicos de saúde. (Peruchi et al. 2015; Moimaz et al., 2016; Flumignan & De Sampaio Neto, 2015; Solano et al., 2017; Ministério da Saúde, 2004).

Uma característica importante da CA deve ser a resolutividade. Isso significa que casos menos complexos podem ser concluídos e altas podem ser dadas, ali mesmo. Já nos casos mais complexos, a CA seria o ponto de partida para o fluxograma de atendimento em clínicas de especialidades, conforme o plano de tratamento traçado (Peruchi et al., 2015). Os resultados aqui expostos evidenciaram que a taxa de encaminhamento aumentou ao longo dos anos em 58.3% o que pode estar relacionado a um aumento na complexidade dos casos ou, mais provavelmente, que se esteja falhando na ênfase à resolutividade.

Paralelamente a isso, observou-se que prontuários sem plano de tratamento foram os que apresentaram a menor frequência de altas: 8.5%. Isso expressa claramente a relação entre um plano de tratamento corretamente delineado e a resolutividade que tanto se almeja na CA e que se expressa na forma de alta clínica.

Esse trabalho foi importante para avaliarmos a situação da Clínica ampliada durante quatro anos, bem como entrelaçar variáveis que nunca foram analisadas anteriormente. Os resultados mostraram que um preenchimento insatisfatório do prontuário estava presente nos casos em que o tratamento se iniciava no mesmo dia do acolhimento na CA. Duas hipóteses podem ser aventadas para justificar tal associação: 1) pressa em preencher e rapidamente dar início ao tratamento; ou 2)

existência de dor ou transtorno estético que implicasse em resolução urgente, fazendo com que o preenchimento completo, primeiramente adiado, acabasse por ser negligenciado. No primeiro caso, há que se conscientizar o aluno da importância do correto preenchimento como forma até de subsidiar uma execução eficiente do caso, conforme já comentado. Na segunda situação, a retomada do preenchimento precisa ser incentivada pelo professor.

Também foi analisada, no presente estudo, a relação entre taxa de altas clínicas concedidas e as seguintes variáveis: número de planos de tratamento, tempo de permanência na CA, queixa principal e sequência preconizada. Na associação com número de planos, as altas foram mais numerosas nos casos em que havia três opções, sendo que a taxa caía proporcionalmente a esse número. É possível que mais opções de planos sejam um reflexo de mais comprometimento do aluno e/ou melhor compreensão do caso, o que levaria a uma execução mais eficaz e resolutiva.

A taxa de altas esteve inversamente relacionada ao tempo de permanência na clínica ampliada, o que pode estar relacionado à complexidade dos casos. Situações mais simples podem ser resolvidas em poucas sessões e são uma prioridade na nossa CA. Isso aumenta as altas e reduz os encaminhamentos. Porém, com certa frequência, acontecia dos alunos acolherem casos complexos e acabarem por prosseguir com o atendimento ali mesmo, na CA, por ser caso interessante/multidisciplinar ou ainda para driblar filas de espera em clínicas de especialidade e, assim, otimizar o fluxo de atendimento (Peruchi et al., 2015).

Na sequência de execução de um caso clínico multidisciplinar (preconizada na CA e ilustrada na Tabela 2, há uma fase I (preparatória), em que ocorrem resolução de urgência, adequação do meio e tratamentos periodontais, cirúrgicos e endodônticos. Posteriormente, vem a fase II (reabilitadora), em que são realizados procedimentos de dentística, ortodontia e prótese. Na terceira e última fase (III - manutenção), estão previstas consultas periódicas, conforme classificação de risco do paciente.

Dentro desse contexto, o acadêmico que acolhe deve planejar o caso de três formas distintas e as apresentar ao paciente, que escolherá a que mais lhe agrada (Terada, et al., 2012). Quando se analisou a relação entre queixa principal e preenchimento correto do plano (seguindo a ordem proposta), viu-se que, dos prontuários que obedeciam a sequência, 58% continham queixa funcional, contrastando com os 5.7% em que a queixa era estética. De fato, para resolver um transtorno funcional costuma ser necessário um plano de tratamento mais elaborado, minucioso e multidisciplinar. Também é válido lembrar que a sequência preconizada ajuda o aluno a não se perder e a raciocinar de forma mais lógica, cumprindo corretamente as etapas e sendo resolutivo. Pacientes com queixa principal indefinida (espaço deixado em branco) apresentavam, em seus prontuários, menos opções de plano de tratamento e estes não seguiam a ordem proposta pela CA.

Dos pacientes encaminhados, 42.3% apresentavam três opções de planos de tratamento, sendo possível observar que essas variáveis estavam diretamente relacionadas, ou seja, a taxa de encaminhamento aumentava à medida em que havia mais opções de plano. De fato, quando um caso pode ser resolvido de várias maneiras, amplia-se o leque, passa a haver mais caminhos passíveis de serem seguidos. Isso mostra que, quando os casos são discutidos em profundidade, resultando num planejamento adequado (o que envolve, sim, mais de uma possibilidade), pode-se ganhar, não apenas na resolutividade, como também na otimização do fluxograma de atendimentos entre as clínicas de graduação e pós-graduação, evitando pacientes "esquecidos" e longas filas de espera por tratamento.

No ano de 2015, tivemos as mais elevadas taxas de alta e encaminhamento, quando comparado aos outros anos. Além disso, em 2012 e 2015, o preenchimento dos prontuários atingiu seus melhores índices. Não foi possível, neste estudo, observar uma melhora progressiva nessas variáveis (alta, encaminhamento, preenchimento) ao longo dos anos, como seria desejável. Foram, sim, a cada ano, e em diferentes aspectos, observados altos e baixos. Devemos considerar que cada turma de graduação é única e diversos fatores podem influenciar no desempenho do um grupo heterogêneo, como períodos de paralisação (por epidemias ou greves), e mesmo relações mais ou menos engajadas entre os diferentes atores (aluno-paciente, aluno-docente,

aluno-aluno), por exemplo. Assim, peculiaridades de um grupo podem ser refletidas no andamento da CA porque influenciam no processo ensino-aprendizagem.

5. Conclusão

Ao longo desses cinco anos, a taxa de encaminhamento (para outras clínicas de graduação e pós-graduação do curso) aumentou em 58%. Os índices de alta foram maiores para pacientes que apresentavam três planos de tratamento e que permaneciam menos tempo na CA. No ano de 2015, altas, encaminhamentos e preenchimentos de planos (obedientes à sequência) foram mais numerosos, em comparação a outros anos. Em 2012 e 2015, a variável “preenchimento dos prontuários” atingiu seus melhores índices.

Pode-se concluir que a Clínica Ampliada é um espaço de acolhimento, planejamento, execução e gerenciamento de tratamentos interdisciplinares e interprofissionais. Sugere-se para trabalhos futuros a continuidade da avaliação da Clínica ampliada. Por ser dinâmica e estar em constante evolução, requer avaliações periódicas e reflexões envolvendo todos os participantes. Isso respalda ações futuras e norteia a aplicação de recursos pedagógicos.

Referências

- Brasil. (2003). Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.
- Brasil. (2004). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Textos Básicos de Saúde.
- Brasil. (2021). Resolução CNE/CES 3/2021. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de junho de 2021, Seção 1, pp. 76 a 78. Ministério da Educação. Conselho nacional de educação. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Brasília.
- Campos, G. W. S. (1997). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada [mimeo]. DMPS-UNICAMP.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*, 14, 41-65.
- Cunha, G. T. (2004). A construção da clínica ampliada na Atenção Básica [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas.
- da Rocha, N. B., Veltrini, V. C., Bispo, C. G. C., Piellaris, N., Terada, R. S. S., & Fujimaki, M. (2017). Processo de construção coletiva da Clínica Ampliada na Odontologia por meio de uma gestão colegiada. *Revista da ABENO*, 17(4), 121-132.
- Flumignan, J. D. P., & de Sampaio Neto, L. F. (2015). Atendimento odontológico em unidades de emergência: caracterização da demanda. *Revista Brasileira de Odontologia*, 71(2), 124.
- Freitas, S. F. T. D., Calvo, M. C. M., & Lacerda, J. T. D. (2012). Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10, 223-234.
- Hayacibara, M. F., Lólli, L. F., Terada, R. S. S., Hidalgo, M. M., Bispo, C. G. C., Terada, H. H., & Calazans, C. M. (2012). Experiência de clínica ampliada em odontologia na Universidade Estadual de Maringá. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36, 178-183.
- Hayacibara, M. F., Terada, R. S. S., Silva, M. C., Morita, M. C., Tanaka, E., & Oliveira, L. K. (2009). II Fórum dos projetos Pró-Saúde Odontologia das universidades do estado do Paraná-relato de experiência. *Espaço Saúde*, 11(1), 54-60.
- Mendonça, E. M., & Lanza, F. M. (2020). Perspectivas da intersetorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil: Uma reflexão teórica. *Research, Society and Development*, 9(11), e2549119834-e2549119834.
- Moimaz, S. A. S., Lima, A. M. C., Garbin, C. A. S., Corrente, J. E., & Saliba, N. A. (2016). Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 3879-3887.
- Moimaz, S. A. S., Marques, J. A. M., Saliba, O., Garbin, C. A. S., Zina, L. G., & Saliba, N. A. (2010). Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20, 1419-1440.
- Morita, M. C., Kriger, L., Carvalho, A. C. P. D., & Haddad, A. E. (2007). Implantação das diretrizes curriculares nacionais em odontologia. In *Implantação das diretrizes curriculares nacionais em odontologia* (pp. 160-160).
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica.
- Peruchi, C. T. R., Souza, A. P. D., Hidalgo, M. M., Terada, R. S. S., Peixoto, I. D. F., & Bispo, C. G. C. (2015). A clínica ampliada na Odontologia: avaliação do trabalho clínico onde o ensino acontece. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 69(2), 169-177.

Queiroz, R. M. R., & Feferbaum, M. (2022). Metodologia da pesquisa em direito. Saraiva.

Santos, D. R. (2021). Perfil da integração: ensino, serviços de saúde e comunidade em cursos de odontologia–Validação de instrumento e coleta de dados em duas instituições brasileiras.

Solano, M. P., Bulgarelli, P. T., Dos Santos, C. M., Mestriner, S. F., Mestriner Jr, W., de Mesquita Lago, L. P., & Bulgarelli, A. F. (2017). Utilização de serviços de saúde bucal na atenção primária: perspectivas dos usuários do sus de um município do sul do Brasil. *Revista Ciência Plural*, 3(3), 81-92.

Terada, R., Fujimaki, M., & Pascotto, R. (2012). Instrutivo da Clínica Ampliada do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 8, 34.

Terada, R. S. S., & Nakama, L. (2004). A implantação das diretrizes curriculares nacionais de odontologia: a experiência de Maringá. São Paulo: Hucitec.