LUCIANE MARIA PEZZATO

(FIG. O Encontro. ESCHER, 1944)

ENCONTROS, INSTITUIÇÕES E SUJEITOS EM ANÁLISE: a Alta Pactuada em Saúde Bucal

DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

CAMPINAS
2009

LUCIANE MARIA PEZZATO

ENCONTROS, INSTITUIÇÕES E SUJEITOS EM ANÁLISE:

a Alta Pactuada em Saúde Bucal

Tese de Doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof ª Drª Solange L'Abbate

CAMPINAS
Unicamp
2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Pezzato, Luciane Maria
P469e Encontros, instituições e sujeitos em análise: a alta pactuada em saúde bucal / Luciane Maria Pezzato. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Solange L'Abbate
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde bucal. 2. Saúde coletiva. 3. Serviços de saúde. 4. Pesquisa-Ação. 5. Análise institucional I. L'Abbate, Solange. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : "Meetings, Institutions and Subjects in Analysis: the Consented Completion of Oral Health Services"

Keywords:

- Oral health
- Collective health
- Health services
- Action-research
- Analysis Institutional

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:
Profª. Drª. Solange L'Abbate
Profº. Drº. Carlos Botazzo
Profª. Drª. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke
Profª. Drª. Carla Aparecida Spagnol
Profº. Drº. Carlos Roberto da Silveira Correia

Data da defesa: 26-06-2009

Banca examinadora da Tese de Doutorado

Aluno(a): Luciane Maria Pezzato

Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Solange L'Abbate

Prof(a). Dr(a). Solange L'Abbate
Presidente da Comissão Julgadora

Prof(a). Dr(a). Carlos Botazzo

Prof(a). Dr(a). Elizabeth de Leone Monteiro Smeke

Prof(a). Dr(a). Carla Aparecida Spagnol

Prof(a). Dr(a) Carlos Roberto Silveira Correia

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 26/06/2009

Dedico este trabalho a muitos.

A muitos professores e professoras, que ajudaram a me formar.

À minha mãe, Deolinda e meu pai Pedro.

Ao meu irmão mais velho João e meus três irmãos mais novos Leila, Maura e André

Dedico também às minhas amigas Cristine Warmling e Nádia Deschamps pelas interlocuções "bucalísticas", sempre que as crianças permitiam.

Aos integrandes do Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal, por compartilharem comigo muitos momentos coletivos desta produção.

Aos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde, em especial da Saúde Bucal, que compartilham dos mesmos propósitos presentes neste trabalho.

Aos meus alunos e alunas da PUC-Campinas que compartilham e, também, os que ainda não compartilham do interesse e desejo de aprender a Saúde Bucal Coletiva.

Finalmente, eu dedico este trabalho à Manuela, ao Felipe e, ao Guilherme principalmente...

AGRADECIMENTOS

> Eu não escrevo de uma torre que me subtrai à vida, mas no meio de um turbilhão que implica minha vida e me conduz à vida.
> (Edgard Morin)

Turbilhão este que me envolveu, me envolve e me envolverá sempre. É assim que dou sentido à minha vida, com múltiplos projetos, múltiplos fazeres, que me completam e se completam nos espaços/tempos que transito, me conduzindo vida!

> Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento. (Clarice Lispector).

É muito difícil restringir os agradecimentos sem considerar que somos marcados pelos encontros com o outro e tantos outros. Alguns próximos, outros distantes, às vezes esquecidos, às vezes queridos, outros nem tanto..., mas que fazem parte dos nossos múltiplos mundos. Para todos esses tantos outros, muito obrigada!

Agradecer a cada um de modo especial é, talvez, a tarefa mais difícil desta caminhada. Então para começar recorrei à "zona de conforto", aos que estão na minha vida muito antes desta caminhada se iniciar.

Pedro e Deolinda, meus queridos pais, pela dedicação e apoio em todos os momentos da minha vida, em especial neste;

Guilherme, sem seu apoio, paciência e resistência este trabalho não existiria. Aquele que colocava todo mundo fora de casa, nos feriados, nos finais de semana, para que eu conseguisse trabalhar e chegar logo ao final desta longa caminhada. Obrigada meu amor!

Manuela, minha princesa, pela espera impaciente e estilo perspicaz que lhe é peculiar:

> Manuela estava aprendendo a escrever um diálogo e me mostrou o que havia escrito:
> *"__ Mãe, quando você vai terminar a tese? A mamãe respondeu:*
> *__ Logo, logo! Antes do seu aniversário chegar. Em seguida falei:*
> *__ Eeeeebaaaaaaaaa!!!!!!!! "*
>
> Como não poderia deixar de fazer, copiei seu diálogo no meu trabalho e quando ela viu perguntou:
> *"__ Mãe, você vai colocar isso no seu trabalho? Por que?"*
>
> *Eu respondi:*

"__ Porque você faz parte dele".

Em seguida ela perguntou:
"__ Como?"

Eu respondi:
"__ Você esta todo o tempo junto comigo, na minha vida, no meu coração, em mim".

Depois que ela terminou de ler me disse:
"__ Olha mãe, você aprendeu a fazer um diálogo! "

Felipe, meu príncipe, pela ternura e impaciência, incompreensão e choros, pedidos intermináveis e incansáveis de atenção.

"__ *Mãe você vai "tabalha" hoje?"*
"__ Mãe, "quelo" colo de pé!!! "

Manuela e Felipe, pelas muitas ausências, pelo tempo que não lhes dediquei, embora não compreendendo, ainda, este estilo de vida que escolhi e os envolvi, amo vocês !

João, Nádia e Alice, Leila e Wolf, Maura, André e Maria José, sempre presentes fazendo-me sentir forte e amada, estimulando mais esse novo/louco desafio, apoiando nos meus melhores e piores momentos;

Maria Teresa, Luís Eduardo(in memorian), Tia Terezinha, Marcelo, Sônia e Gabriel, pelo sucesso desejado;

Bete Zuza e André Fonseca, irmãos de coração, pela companhia alegre, afetuosa e pela interlocução instigante e estimulante, amigos e companheiros de múltiplos espaços e momento;

Amigos e amigas, alguns mais antigos outros nem tanto, mas sempre acreditando e torcendo: Cristina Rossini, João e Tânia, Ana Claudia e Charles com a pequena Simone, Isadora e Ana Cris. Dos tempos que vivi no Sul e permanecem na amizade, como também, nas parcerias intelectuais: Cristine e Julio. Da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas: Lina, Ricardo, Ana Claudia, Marirene, Euclides, Ângela, Renata, Imaculada, Alfredo, Crhistiane, Fátima, Léo e Celina. Das primeiras aprendizagens da Análise Institucional nos tempos do CETS: Bete, Heloísa e Adriane. Colegas da PUC-Campinas: Silvia, Aglair, Edgard e Gustavo, interlocutores nos ensinamentos da Saúde Coletiva.

Rose e Dinalva, pela paciência e permanência em casa nas horas difíceis cobrindo nossas ausências, sempre prontas a nos ajudar.

Colegas do Grupo Alta Pactuada – GAP-Saúde Bucal, com os quais compartilhei uma parte importante desta pesquisa ação-intervenção. Permito-me transcrever aqui uma mensagem recebida de um deles:

> Oi Lu, foi muito gratificante e uma honra participar do GAP. Queria te agradecer, pois, foram momentos de muito crescimento. Mantenha contato. (email enviado em 23/04/09)

Eu é que tenho que agradecer a honra de ter conhecido pessoas como vocês, sem vocês este trabalho não teria acontecido.

> *Não vá pensar que nós fizemos tudo isso*
> *sem ajuda.*
> *Alguns erros são de propósito, outro não.*
> ***Legião Urbana** (da capa do disco 'As Quatro Estações')*

Professora Solange L'Abbate, minha querida orientadora, pela sua constante disponibilidade, encorajamento, amizade, confiança, cumplicidade e exigência, partilhando reflexões e discussões que se constituíram para mim como oportunidades únicas de aprendizagem e de crescimento pessoal. Muitíssimo abrigada!!

Professor Luís Carlos Cecílio pela leitura atenta das primeiras idéias ainda em elaboração do que se transformou no projeto para a seleção do doutorado, quando cursei, como aluna especial, sua disciplina de Tópicos de Planejamento em serviços de saúde. Obrigada pelo encaminhamento da orientação à Profa. Solange foi crucial, naquele momento.

Professor Carlos Botazzo, fonte de inspiração "Bucalística" no campo da Saúde Bucal Coletiva, encontro fundamental para minha formação profissional. Agradeço também as suas importantes contribuições durante o Exame de Qualificação, foram de grande estímulo para eu dar prosseguimento à escrita da tese.

Professora Rosana Onocko Campos pelas instigantes observações e valiosas contribuições ao meu texto durante o Exame de Qualificação;

Professores membro da Banca Examinadora: Carla Ap. Spagnol, Carlos Botazzo, Elizabeth Smeke e Carlos Roberto da S. Correia (titulares); Rosana Onocko Campos e Elizabethe C. Fagundes de Souza (suplentes): pela disponibilidade de contribuírem com a análise desta tese. Agradeço o apoio e, sobretudo, o carinho e consideração.

Professores do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNICAMP: Profa. Solange L'Abbate, Prof. Gastão Wagner Souza Campos, Profa. Rosana Onocko Campos Prof. Everardo Duarte Nunes, Prof. Sergio Resende Carvalho, Prof. Nelson Filice de Barros: pelas aulas nas disciplinas, fundamentais para minha formação na Saúde Coletiva.

Amigos e amigas do grupo de pesquisa "Análise Institucional e Saúde Coletiva", Solange, Núncio, Aidê, Carlos, Manu, Lúcia, Carla, Lia e Luís, por todo o apoio e contribuições, construindo uma teia de amizade e companheirismo.

Amigos e amigas que tive o prazer de conviver nos espaços que transitei no DMPS da FCM/Unicamp nas disciplinas que cursei do Programa de Pós-graduação: Lia, Gustavo Nunes, Ana Luiza, Luciana, Pamela, Cristiane, Inês, Daniela, Aidê, Núncio, Lina, Ricardo, Ângela, Liliane, Leniter e Roberta. Na experiência do Programa de Estágio Docente-PED na disciplina Medicina e Sociedade I e II: primeiramente agradeço os alunos e alunas que pude ter o prazer de colaborar na formação em saúde coletiva, como também com os colegas que compartilhei a difícil arte de ensinar: Solange, Iguti, Vera, Viviane, Juliana, Núncio, Manu e à equipe do CR/DST/AIDS da SMS de Campinas que foram nossos parceiros nesta empreitada durante o ano de 2007.

Instituições que viabilizaram a realização desta tese: Secretaria Municipal de Saúde pela autorização concedida para a realização desta pesquisa de Doutorado, em especial aos profissionais dos quatro Centros de Saúde que visitei e Faculdade de Ciências Médicas, em especial ao Departamento de Medicina Preventiva e Social.

Equipe da Secretaria da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em especial a querida Maísa, sempre competente, cuidadosa e dedicada ao tratar dos assuntos dos alunos e professores do departamento. Muito abrigada!

"Acho que devemos fazer coisa proibida – senão sufocamos. Mas sem sentimento de culpa e sim como aviso de que somos livres."
(Clarice Lispector)

RESUMO

Esta pesquisa procurou analisar os efeitos e os sentidos que uma proposta instituinte provocou nos modos de agir e pensar de diferentes sujeitos atuantes numa instituição: os serviços de Saúde Bucal na atenção básica do SUS Campinas/SP. Originou-se do desejo de acompanhar um grupo de estudos e seus sujeitos que vinham discutindo uma proposta inovadora a fim de modificar o modo de produção do cuidado em Saúde Bucal presente em seus cotidianos. Tal proposta, denominada Alta Pactuada em Saúde Bucal, gerou algumas análises reveladoras do e no modo de organizar, gerir, intervir e pensar o cuidado em saúde bucal no cotidiano de oito cirurgiões dentistas nesta rede básica de saúde. Ao longo desta pesquisa, em que a pesquisa-ação foi se configurando e se (entre)cruzando com e na pesquisa-intervenção, um percurso teórico-metodológico foi produzido e exercitado no que estou denominando pesquisa-ação-intervenção. Tendo como quadro teórico-metodológico a abordagem da Análise Institucional, utilizei, como ferramenta da ação-intervenção a técnica do Diário em três diferentes tipologias: 1) Diário Institucional-D.I., 2) Diário de Pesquisa-DP e 3) Diário de Momentos – DM. Para o tratamento deste material empírico, parti de dispositivos analisadores que emergiram dos processos de subjetivação dos sujeitos nos encontros do grupo, registrados nos diferentes tipos de diários e na Restituição como possibilidade de análise das implicações dos sujeitos. Estes acontecimentos contribuíram para provocar rupturas no modo de agir e pensar a Saúde Bucal no SUS Campinas, contrapondo-se com os saberes e práticas da clínica odontológica instituída, seja nestes serviços, seja em seus processos de formação profissional, pois cada um trouxe, a partir de suas experiências vividas, marcas de uma história que os formou e os constituiu como pessoa e como profissional, ou seja, suas implicações. As experienciações da Alta Pactuada, realizadas pelos sujeitos participantes deste estudo, permaneceram bastante demarcadas no campo da Saúde Bucal, fazendo poucas interlocuções com a Saúde Coletiva. Isto porque, o modo de produção de subjetivação do cirurgião-dentista ainda é fortemente direcionado para olhar a boca apenas como um conjunto de “dentes e gengivas”. Daí a relevância desta ação-intervenção proposta nesta tese, no sentido de contribuir para desterritorializar este tipo de modelagem limitante, potencializando formas instituintes/inovadoras na produção do cuidado em Saúde Bucal.

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde Bucal; Saúde Coletiva; Serviços de Saúde; Pesquisa-ação; Análise Institucional;

ABSTRACT

The present study consists of an analysis of meanings and effects that a project had on the actions and thoughts of different subjects at Basic Oral Health Centers belonging to the National Public Health System (SUS) in the city of Campinas, State of São Paulo, Brazil. The study had its origins in the intention to monitor the activities of a study group and its subjects, who had been discussing an innovating proposal to improve services in the area of oral health care. This proposal, known as "Consented Completion of Oral Health Services," brought about interesting analyses of ways of organizing, managing, intervening and taking care in the work of eight dental surgeons at the centers. During the study, action-research took place and was inter-related to intervention-research. Based on the theoretical-methodological approach of institutional analysis, the *diary technique* was used as the tool of action-intervention in three different typologies: 1) Institutional Diary, 2) Research Diary and 3) Running Diary. To treat this empirical data I used analyzing devices that emerged from the subjetivation processes of the subjects during group meetings, as recorded in the different diaries, with restitution was seen as a possibility for analyzing the implications of the subjects. These facts contributed to the appearance of changes in the ways of acting and thinking at Basic Oral Health Centers in Campinas, in contrast to the usual instituted knowledge and practice at dental clinics, both in terms of the centers themselves and the processes of professional formation (since all the participants brought with them their own personal experiences, as chapters in the history that took shape and that constituted them as persons and as professionals, in other words, their implications). The action-experience of Consented Completion by the subjects who participated in this study stands out in the field of oral health services, with little relation to collective health in general. This is because the mode of production of subjectivation of dental surgeons still usually consists of considering the mouth as little more than a set of teeth and gums. Hence the relevance of this action-intervention, as is proposed in this article, intended as a contribution toward the de-territorialization of this type of modeling, thus strengthening innovative forms of action in the area of oral health.

KEYWORDS:
Oral Health, Collective Health, Health Services, Action-research. Institutional Analyses.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AP – Alta Pactuada

ART – Tratamento Restaurador Atraumático

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CETS – Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde

CIV – Cimento de Ionômero de Vidro

CLS – Conselho Local de Saúde

CPO-D – Índice epidemiológico: Dentes cariados, perdidos e obturados

CS – Centro de Saúde

DI – Diário Institucional

DM – Diário de Momentos

DMS – Diário de Momentos Singulares

DP – Diário de Pesquisa

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

GAP-Saúde Bucal – Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal

GO – Especialidade Médica: Ginecologia e Obstetrícia

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal

IRM – Material Restaurador Temporário

LTS – Licença para Tratamento de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pronto Atendimento

PC – Procedimentos Coletivos

PED – Programa de Estágio Docente

PRAESA – Laboratório de Práticas Educativas em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PUC – Pontifícia Universidade Católica

SADE – Serviço de Atendimento Domiciliar

SB-Brasil - Último Levantamento Epidemiológico Nacional, organizado pelo Ministério da Saúde no período de 2000 – 2003.

SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica do SUS

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tratamento Completado

TCI - Tratamento Completado de Ingressante

TCM – Tratamento Completado de Manutenção

TI – Tratamento Iniciado

THD – Técnico em Higiene Dental

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

SUMÁRIO

Dedicatória	**vii**
Agradecimentos	**ix**
Epígrafe	**xiii**
Resumo	**xv**
Abstract	**xvii**
Lista de Abreviaturas	**xix**
Experiências bucais: inícios de uma implicação	**1**
Inícios e implicações: construindo algumas possibilidades de encontros da saúde bucal no SUS	**13**
1. A Saúde Bucal no SUS: multiplos fazeres	**21**
1.1. Sobre a conformação do campo da Saúde (Bucal) Coletiva no Brasil	**31**
1.2. Desterritorializando a boca: Bucalidades	**39**
1.3. Minhas pretensões	**47**
2- Percurso Teórico-Metodológico: a pesquisa ação-intervenção	**49**
2.1. Sobre a pesquisa ação	**52**
2.2. Sobre a pesquisa-intervenção	**56**
2.3. Pesquisa-ação e/ou pesquisa-intervenção?	**66**
2.4. Pesquisa-ação-intervenção: aberturas/brechas que possibilitaram a análise das implicações	**71**
2.4.1. Os diferentes Diários como ferramenta da investigação-ação	**79**

3 - O Analisador Alta Pactuada 85

3.1. "Quando começou o Paidéia,..." 88

3.2. A Alta Pactuada em Saúde Bucal na monografia... 98

3.3. O grupo/ o grupo e a pesquisa/ a pesquisadora no grupo/ o GAP-Saúde Bucal na pesquisa: os agenciamentos 101

3.4. Um diagnóstico da realidade organizacional da sáude bucal na rede de Campinas no final da implantação do Paidéia 105

3.5. A construção da proposta Alta Pactuada no GAP-Saúde Bucal: um novo contexto político 108

3.5.1. O cotidiano e a re-elaboração da proposta da Alta Pactuada 110

3.5.2. Um acontecimento provocador 111

3.5.3. Alguns acontecimentos reveladores: "o olho pensa" 116

3.5.4. A Alta Pactuada e os limites da Atenção Básica 119

3.5.5. Alta pactuada é... 127

3.6 A autodissolução do GAP-Saúde Bucal 131

3.6. Alguns desdobramentos 133

4 – Um Novo Analisador entra em cena 137

4.1. Inícios... 141

4.2. Os primeiros indícios da experienciação da Alta Pactuada de Flora: "dentista angustiado" 144

4.3. A experienciação da Alta Pactuada de Marina e Leão: a gestão colada ao saber/fazer da Alta Pactuada 146

4.4. O ultimo encontro com Flora: DP, 13/12/2007 165

4.5. Os Projetos instituintes: algumas análises 171

5 – A restituição "pessoal, implicada e posta" 179

5.1. A restituição e as implicações 196

6 – Implicações e provisoriedades instituintes 201

Referências - 209

Anexos 229

Anexo 1 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética- 231

Anexo 2 - Termo de Consentimento da Instituição na qual será realizada esta pesquisa 233

Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e esclarecido 235

Anexo 4 - Lista de pseudônimos dos sujeitos integrantes do GAP-Saúde Bucal 237

Anexo 5 - Tabela com datas, temas geradores de análise e relação de participantes em cada encontro do GAP-Saúde Bucal 239

Anexo 6 – Carta convite da Restituição 243

EXPERIÊNCIAS VIVIDAS: inícios de uma implicação

Achava que os passarinhos
são pessoas mais importantes
do que os aviões.
Porque os passarinhos
vêm dos inícios do mundo.
E os aviões são acessórios.
(Manuel de Barros)

Das minhas experiências profissionais e pessoais é que emergiram as inquietações presentes nesta investigação. Refiro-me ao conceito de experiência proposto por LARROSA (2002, p.26), em que a "experiência é tudo aquilo que nos passa, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma".

Não trarei aqui todas as experiências que se passaram e se passam nas múltiplas vivências da minha história de vida, pois isto fugiria aos objetivos deste estudo. Farei referência apenas aos "acontecimentos"[1] que trazem nexos marcantes à temática aqui desenvolvida.

No que se refere às "experiências bucais[2]", posso dizer que se iniciaram assim que vim ao mundo. Referindo-me ao conceito de "bucalidade" elaborado por BOTAZZO, (2000), neste "território" que denominamos boca humana, co-habitam o "consumo (do mundo), o sensualismo, a razão e a psique". Neste sentido, rememorando minha existência, fui amamentada, chupei chupeta, chupei o dedo, e, assim que os primeiros dentes decíduos surgiram coloquei para funcionar minha "máquina de mastigar" e muito cedo aflorou a tagarelice que me é peculiar. Vivenciei e vivencio os prazeres e desejos que são próprios deste território e que revelam atos e pensamentos "impensáveis" ou mesmo (in)desejáveis.

Considerando os referenciais expostos acima, "Experiências bucais" vêm a ser tudo aquilo que acontece, que se passa e que muitas vezes se transforma em e por nossa boca. BOTAZZO (2008, p.81) destaca que, se tomarmos como referência a Bucalidade, nem sempre nossa "experiência bucal" assumirá a forma "doença". "Bucalidade vem sendo entendida como a capacidade da boca em ser boca, isto é, em exercer sem limitação ou deficiência as funções para as quais anatomicamente acha-se apta."

Muito cedo experiencei, uma das doenças bucais mais prevalentes, a cárie [3]. Sou da geração que, quando criança, viveu no Brasil o sistema público de saúde centralizado, no qual ainda não havia programas preventivos coletivos como a fluoretação das águas de abastecimento, muito menos a adição de compostos fluoretados no creme dental[4]. Sei,

---

[1] Para Foucault, acontecimento significa sempre uma ruptura evidente – a emergência de uma singularidade – e, ao mesmo tempo, uma ruptura de evidências. (FOUCAULT, 1979). Para BAREMBLITT (2002, p.134), "o acontecimento atualiza as virtualidades, cuja essência não coincide com as possibilidades. O virtual não existe, mas faz parte da realidade".

[2] BOTAZZO, (2008, p.81) destaca que se tomarmos como referência a Bucalidade, nem sempre nossa "experiência bucal" assumirá a forma "doença". "Bucalidade vem sendo entendida como a capacidade da boca em ser boca, isto é, em exercer sem limitação ou deficiência as funções para as quais anatomicamente acha-se apta." O conceito Bucalidade será mais detalhado no Capítulo um.

[3] "Cárie, uma doença de difícil conceituação, em torno da qual, todavia, uma profissão inteira veio a se organizar. É afirmada como doença microbiana, mas em seguida é posta em estreita dependência de fatores dietéticos, raciais e geográficos;. Está igualmente na dependência da saliva, do tempo, da genética; não se sabe mesmo porque certas pessoas não a têm" (BOTAZZO, 2000, p.281).

[4] È importante ressaltar que existem muitas pesquisas realizadas no campo da odontologia, utilizando-se de referencial epidemiológico, comprovando a eficácia do uso de medidas como: a fluoretação das águas de abastecimento público e a

também, que não são somente essas medidas que interferem na ação desta doença nos indivíduos, mas está comprovado na literatura da área que, com a introdução dessas medidas, a prevalência[5] desta doença diminuiu muito. Comprovando este dado no meu cotidiano familiar, posso afirmar que meus três irmãos mais novos (duas irmãs e um irmão), por exemplo, que compartilharam da mesma cultura e cuidados familiares, da mesma água do rio Piracicaba, das mesmas escolas que eu, tiveram uma prevalência de cárie muito menor do que a minha e a do meu irmão mais velho.

Não sei se foi porque o/a dentista aliviava minhas dores de dente ou se por pura afetividade com a "figura" deles/as, fui criando uma aproximação/admiração em relação à profissão, e como diz minha mãe, "a Luciane sempre quis ser dentista". Nem por isso gosto de sentar na cadeira do dentista, acredito que esta admiração foi fruto, também, do aparato tecnológico presente no fazer odontológico.

Enfim, tornei-me dentista em 11/02/1989 pela Faculdade de Odontologia da UNESP - Araraquara-SP. Durante o curso (1985-1988), houve a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), acontecimentos chaves para a política de saúde do país, e nada do que estava sendo gestado neste período fez parte da minha formação inicial enquanto profissional da saúde. Fui ter contato com este "mundo" das políticas de saúde somente em 1992 quando fui aprovada num concurso público para trabalhar na Prefeitura Municipal de Blumenau-SC.

O desejo de "ser dentista numa prefeitura" existia desde a graduação. Mesmo com um enfoque tecnicista, interessei-me pela disciplina de odontologia preventiva e sanitária que fez parte do meu itinerário curricular em três semestres da graduação. Inclusive apresentei, numa Jornada Acadêmica, um trabalho sobre "selantes para fóssulas e fissuras"[6], que era a grande novidade na época. Só não pude fazer a monitoria nesta disciplina porque exigia uma carga horária de dedicação que atrasaria minha formatura. Detalhe marcante do engessamento curricular do meu curso.

Nos primeiros meses após a formatura, constatei que na região em que morava, em Piracicaba, trabalhar em Prefeituras significava ter algum tipo de "apadrinhamento",

---

fluoretação do creme dental, na redução da doença cárie dental em crianças na idade escolar (NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999; FRIAS, et al, 2003; RAMIRES; BUZALAF, 2007, CURY, 2001).

[5] Entende-se por Prevalência como sendo o tipo de proporção de casos de uma certa doença numa população delimitada e num tempo dado.

[6] Selantes para fóssulas e fissuras: Os selantes são materiais plásticos transparentes, brancos ou matizados que são usados para "pintar" as superfícies rugosas (fóssulas e fissuras) dos dentes posteriores (pré-molares e molares), as quais usamos para mastigar os alimentos, promovendo a sua proteção. "(...) tornaram-se parte integrante dos métodos utilizados na prevenção e tratamento da doença cárie, (...). Vários tipos de selantes estão disponíveis do mercado (...). Alguns possuem flúor como um ingrediente ativo (...). Entretanto, independente do material e da técnica aplicada, a adesão à superfície do esmalte e a oclusão física das fóssulas e fissuras do ambiente bucal constituem a função preventiva principal dos selantes." (PARADELLA & LIPORONI, 2008).

pois os concursos públicos ainda não estavam ocorrendo, o SUS acabava de ser aprovado, e a Lei 8.080/90 ainda não vigorava. Como não tinha conhecimento de que essa realidade logo seria alterada e recebi o convite "economicamente" tentador de um amigo para ocupar o cargo de dentista do Bradesco em Blumenau, aceitei o convite e mudei-me para lá em agosto de 1989. Durante os três primeiros anos em que estive em Blumenau, realizei uma clínica odontológica de mercado[7]. Como não tenho perfil para este mundo do "comércio de produtos", tratei de buscar outras possibilidades, prestando o concurso público para ser cirurgiã-dentista da Prefeitura Municipal de Blumenau.

Assim que fui chamada para ocupar o cargo para o qual fui aprovada, ofereceram-me duas possibilidades de local de trabalho: uma para exercer a função de dentista num Centro de Saúde situado em um distrito afastado da região central da cidade, e a outra para ser professora num curso de Técnico em Higiene Dental –THD, que estava iniciando a primeira turma junto a uma Escola Municipal de Auxiliar de Enfermagem. Escolhi a segunda proposta, pois seria uma ótima oportunidade para conhecer este profissional, do qual só tinha ouvido falar na disciplina de economia profissional durante a graduação. Outro aspecto que colaborou para esta escolha foi a possibilidade de experimentar a docência, pois nunca havia dado aulas antes e sabia que isso implicaria em voltar a estudar, preparar aula, lançar-me em outras experiências, fato que me atraía muito. Foi a melhor escolha que poderia ter feito.

Aqui se inicia uma fase fundamental da minha experiência profissional, fase esta que deixou marcas permanentes no meu "jeito de ser dentista", digamos um pouco incomum para a minha geração de cirurgiões dentistas.

Trabalhei durante sete anos com a formação de profissionais auxiliares em saúde, e tive a oportunidade de ser professora e coordenadora de cursos de formação para Técnico em Higiene Dental – THD e Auxiliar de Consultório Dentário - ACD[8] e, ainda, diretora da Escola Técnica de Saúde de Blumenau[9].

---

[7] A odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. (...), não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas". (NARVAI, 2006, p. 143) Segue uma lógica pautada nos interesses do capital e vem "determinando as condições de acesso aos serviços, bem como a formação de recursos humanos, a pesquisa e a produção de equipamentos, materiais e medicamentos odontológicos." NARVAI, (1994, p,86)

[8] Após anos de luta de alguns grupos de profissionais da Saúde Bucal do SUS, comprometido com a causa, contando com a parceria da Federação Interestadual de Odontologia-FIO e de algumas entidades da categoria odontológica, foi sancionada a Lei no. 11.889 de 24 de dezembro de 2008 que passou a regulamentar as profissões auxiliares em Odontologia do Técnico em Higiene Dental-THD e do Auxiliar de Consultório Dentário-ACD que alterou as respectivas denominações que passaram a ser: Técnico de Saúde Bucal-TSB e Auxiliar de Saúde Bucal –ASB.

[9] Escola Técnica de Saúde de Blumenau é a nova denominação da Escola de Auxiliar de Enfermagem na qual ingressei em 1992. Ela mudou de nome, assim como sofreu grandes mudanças na forma como vinha formando os profissionais de nível

Neste período, fui me formando e me transformando, pois mergulhei num "novo mundo" até então desconhecido, que abriu portas e janelas para um grande amadurecimento profissional e pessoal. Inserida neste serviço, pude participar da organização de uma rede básica de Saúde Bucal nos moldes do sistema de Curitiba, que se fundamentou no modelo da Odontologia Simplificada[10], com a implantação de clínicas modulares e a organização do trabalho em equipes, incorporando profissionais auxiliares (THD e ACD[11]), retirando os consultórios dentários isolados das Escolas, e investindo na formação em serviço do THD e do ACD, pois os profissionais que exerciam esta função não possuíam qualificação. Com a delegação de funções, "buscava-se a otimização da capacidade de trabalho do dentista, com objetivo de ampliar cobertura, aliada a diminuição do custo do atendimento" (CAMARGO, et al. 2002). Seguindo este modelo, formamos THD e ACD para Blumenau e região, pois, na época, éramos a única escola do Estado de Santa Catarina, regulamentada pelos órgãos competentes, para oferecer este curso.

Durante o período em que estive na Escola Técnica, dois acontecimentos somaram-se para nortear o percurso que vinha se conformando na minha vida profissional: o primeiro foi em 1993, quando, assistindo a uma mesa redonda sobre odontologia comunitária no 6º Congresso Nacional da ABOPREV em Gramado-RS, ouvi uma representante dos usuários, que fazia parte do debate, dizer, com muita familiaridade com a linguagem "odontológica", que como ela era a "dona da boca", durante um atendimento odontológico, e como tal deveria saber tudo sobre o que estava acontecendo e sendo planejado para ser realizado pelo dentista em sua boca. Este acontecimento nunca deixou de ecoar em minhas lembranças, pois, até então, fora "formatada" para realizar o tratamento dentário de modo que os conhecimentos acerca do que aconteceria durante este tratamento fossem apenas do poder do dentista e não compartilhados com o usuário.

---

médio em saúde, pois incorporou os currículos integrados, propostos pelo Projeto Larga Escala, em seus cursos, movimento este incentivado pelo Ministério da Saúde. O Projeto Larga Escala surgiu na década de 80, na área da saúde, como uma alternativa para mudar a realidade de desqualificação dos profissionais auxiliares na área da saúde. Foi uma proposta que trazia como pressuposto a busca de concretizar o ideário da reforma sanitária cuja proposta político-pedagógica era qualificar os trabalhadores de nível elementar e médio inseridos nos serviços de saúde. Esses trabalhadores representavam a grande maioria dos profissionais empregados nos serviços de saúde. Maiores detalhes consultar: SANTOS & SOUZA, (1989).

[10] De acordo com CAMARGO, et al. (2002, p. 29) "Os elementos essenciais da Odontologia Simplificada apoiam-se na ênfase à prevenção, diminuição de passos clínicos em determinadas técnicas, sem prejuízo à qualidade, delegação de funções, racionalização do espaço físico e do material de consumo e padronização do instrumental para facilitar sua utilização".

[11] Continuarei utilizando a denominação THD e ACD para quando me referir a estes profissionais num contexto anterior à nova legislação.

O segundo acontecimento marcante se deu em 1994, quando participei pela primeira vez de um Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, era o décimo ENATESPO, realizado em Balneário Camboriú – SC. Neste evento conheci o Professor Paulo Capel Narvai que estava lançando seu livro "Odontologia e Saúde Bucal Coletiva". Participando das discussões e de todo o contexto que envolve este encontro específico para nós "bucaleiros[12]", pela primeira vez me senti "em casa", pois as temáticas discutidas encontravam ressonância com o que eu vivia naquele momento da minha vida profissional. Impliquei-me de tal forma com este mundo da Saúde Bucal Coletiva, que mais de 15 anos se passaram, e eu continuo implicada com ele. Desde então, procuro participar de todos ENATESPOs, EPATESPOs[13], ABRASCOs, e outros eventos que fazem parte dos múltiplos espaços da Saúde Coletiva no Brasil.

Depois desses "insights", além de participar das capacitações oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, tais como: a Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor da Área da Saúde e a Capacitação Técnica para Cirurgião Dentista atuar na rede básica do SUS, fui em busca de mais saberes deste "mundo" que se mostrava tão apaixonante e instigante para mim. Diante disso, cursei a primeira turma de Especialização de Odontologia em Saúde Coletiva na UNIVALI em Itajaí-SC, quando tive o privilégio de aprender com professores que são minhas referências de estudo até hoje, como o Prof. Samuel Moisés, Simone Tetu Moisés, Marcos da Ros, Silvio Gevaerd (in memorian), dentre outros.

Estas capacitações e a especialização aguçaram meu desejo de continuar a me aprofundar nos campos da Educação, da Educação em Saúde e da Saúde Coletiva, interesse este que vinha apontando para um "mundo menos odontológico". As portas e janelas continuavam se abrindo.

No período de 1997 a 1999, uma nova fase foi se configurando em minha vida pessoal, que, conseqüentemente, mudaria muita coisa, também, na vida profissional. O reencontro com Guilherme, um antigo namorado, professor da Faculdade de Educação da UNICAMP, me aproximou do Laboratório de Práticas Educativas em Saúde – PRAESA. O que resultou num projeto de mestrado apresentado em meados de 1998, com a proposta de aprofundar meus estudos no campo da formação profissional na área da saúde. Fui aprovada e ingressei neste novo projeto de vida, pedindo afastamento da prefeitura de Blumenau e me mudando para Campinas em fevereiro de 1999. Em março de 2001

[12] "Bucaleiros", no meu entendimento, é uma expressão utilizada para qualificar os profissionais da saúde bucal ou outros que desejam compartilhar com os estudos, reflexões e debates referentes ao campo da saúde bucal coletiva.
[13] EPATESPO é o Encontro Paulista de Administradores e Técnico do Serviço Público Odontológico.

conclui minha dissertação de mestrado intitulada: “O Processo de Formação do Técnico em Higiene Dental e do Atendente de Consultório Dentário, no Brasil: uma História silenciada”. Com isso, pedi exoneração da Prefeitura de Blumenau, pois já me encontrava “amarrada” emocionalmente com o Guilherme e grávida de seis meses da nossa querida Manuela.

Uma das questões discutidas na dissertação foi a racionalidade que orienta o trabalho odontológico, caracterizada pela compartimentalização e fragmentação do saber, pela divisão técnica do trabalho odontológico centrado no cirurgião dentista, em que o técnico em higiene dental e o auxiliar de consultório dentário não estão inseridos no processo de trabalho, o que impossibilita um trabalho em equipe, causando um reducionismo no potencial qualitativo e quantitativo do saber/fazer Saúde Bucal. Para tanto, optei por uma aproximação com algumas reflexões de Walter Benjamim para guiar minha escolha teórico-metodológica, em especial o conceito de narrativa. Este conceito permitiu trazer à tona as memórias e as histórias deste processo de formação sem a preocupação com a ordem cronológica dos acontecimentos, mas com seu sentido, suas marcas “com a maneira de sua inserção no fluxo insondável das coisas” (BENJAMIN, 1987:209). Para Benjamim, a narrativa segue o curso da vida, ela não se explica à parte da vida, simplesmente flui. (PEZZATO, 2001; PEZZATO; MONTEIRO; BAGNATO, 2007).

De 2001 a 2003 tive a oportunidade de vivenciar o SUS no município de Campinas-SP, como membro da equipe técnica do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde – CETS da Prefeitura Municipal de Campinas, no auge da implantação do Programa Paidéia - Saúde da Família[14], participando do processo de capacitação das equipes de referência que estavam sendo constituídas. Foi neste período que me aproximei do modo de organização das ações de Saúde Bucal do município e me deparei com uma realidade muito distante da esperada: um modelo de Saúde Bucal ultrapassado, individual, centrado no cirurgião dentista, com ênfase na atenção ao escolar, desarticulado das demais ações e cuidados da Unidade de Saúde e com uma estrutura física precária.

Porém, parece que nem sempre foi assim. MANFREDINI, (2008, p.113-114), analisando a estratégia do Programa Saúde da Família no Município de Campinas,

[14] O Projeto Paidéia foi uma política de governo da gestão municipal 2001-2004 que trazia algumas diretrizes para a organização dos serviços de saúde: acolhimento, vínculo, responsabilização, adscrição, territorialização e uma gestão colegiada. Mais detalhes sobre o Programa Paidéia - Saúde de a Família consultar Campos, G.S.W. “Saúde Paidéia”. São Paulo: HUCITEC, 2003.

recupera alguns dados históricos sobre a política de Saúde Bucal do município, apontando para movimentos instituintes nele presentes:

> A cidade apresenta programas comunitários de saúde desde a década de 1970, implantados a partir da gestão do secretário municipal Sebastião de Moraes. Posteriormente, foram construídos Centros de Saúde, contratadas equipes e ampliada a capacidade de atendimento da rede. Os serviços de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas se consolidam na década de 1980, quando foram inovadores na incorporação de pessoal auxiliar, na criação de espaços modulares para a assistência odontológica e na ampliação da cobertura populacional.

Diante disso, eu pergunto: Como o SUS Campinas, sendo uma referência nacional em Saúde Pública, poderia sustentar um modelo de atenção em Saúde Bucal já, aparentemente, superado nos anos 80?

Esta pergunta ainda me incomoda muito. Acredito que a resposta seja um conjunto de fatores de ordem histórico-político-técnico-administrativo que poderão, em parte, ser discutidos neste estudo.

Como eu fazia parte de um grupo de profissionais com contrato temporário na Secretaria Municipal de Saúde e não estava numa Unidade de Saúde, mesmo incomodada/implicada com esta realidade, naquele momento, nada me foi possível fazer. Porém, hoje me encontro escrevendo sobre isso, registrando esta análise da minha implicação.

Em outubro de 2003, iniciei um novo percurso em minha experiência profissional quando me tornei professora de graduação e pós-graduação de Odontologia em Saúde Coletiva na PUC-Campinas. Juntamente com os estudantes do 7º e 8º períodos de graduação em odontologia, vivenciamos um pouco da realidade dos serviços de Saúde Bucal da rede básica de Campinas, ensinando e aprendendo como acontece a clínica odontológica no SUS Campinas. Fato este que reforçou minha inquietação com tal realidade. Com esta nova experiência, voltei a clinicar depois de quase dez anos afastada.

Este conjunto de acontecimentos me motivou, também, a aceitar o pedido/a demanda de quatro dentistas[15] para ser orientadora da monografia que iriam desenvolver

[15] Desses quatro dentistas, na gestão municipal de 2001-2004, três deles ocupavam a função de Apoiadores Distritais, ou seja, eram profissionais de saúde, com funções pedagógicas, técnicas, analíticas e administrativas de apoio à gestão dos Distritos de Saúde, que foram introduzidos no modelo tecno-assistencial da SMS de Campinas denominado Modelo Paidéia Saúde da Família - gestão 2001-2004. "O Apoio Paidéia é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. (...) e depende da instalação de uma forma de co-gestão". (Campos, 2003:85).

no referido curso de especialização do qual eu fazia parte como docente, pois pretendiam discutir o modo de organização da atenção em Saúde Bucal no município de Campinas.

Implicada com tais experiências, no primeiro semestre de 2004, matriculei-me, como aluna especial, no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas/FCM da UNICAMP para cursar a disciplina de Tópicos de Administração e Planejamento de Serviços de Saúde oferecida pelo programa de pós-graduação em Saúde Coletiva e ministrada pelo Prof. Luís Cecílio. Esta disciplina foi muito importante na minha aproximação com o programa de pós-graduação, como também foi o Cecílio que, lendo as primeiras idéias sobre o que pretendia estudar no doutorado, me indicou à Profa. Solange L'Abbate, do mesmo departamento, que adotava como linha de pesquisa "Análise Institucional e Práticas Educacionais".

Este encontro resultou na elaboração e submissão de um projeto que vinha se configurando, para seleção do doutorado em Saúde Coletiva. Participei, então, do processo seletivo que ocorreu em outubro de 2004. Tendo sido aprovada e aceita pela orientadora, cursei, no primeiro semestre de 2005, a disciplina "Análise Teórico-metodológica das Instituições de Saúde", ministrada pela referida professora. Pude assim conhecer esta abordagem que percebi ser bastante adequada para o que desejava investigar. Isto porque meu projeto pretendia acompanhar as propostas contidas na monografia referida anteriormente, que acabara de orientar.

Iniciando a pós-graduação, ainda em 2005, com o projeto mais amadurecido metodologicamente e no intuito de cumprir com os procedimentos éticos de pesquisa, submeti meu projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp, aprovado em 20/12/2005 no Parecer no. 736/2005.

Após discussão com a orientadora, delineamos o objetivo geral desta pesquisa, qual seja: analisar os efeitos e os sentidos que uma proposta instituinte provocou nos modos de agir e pensar de diferentes sujeitos atuantes na Saúde Bucal dos serviços de saúde na atenção básica do SUS Campinas/SP, buscando compreender as relações que se estabeleceram entre as instituições e os sujeitos e que se fizeram presentes neste processo; problematizar a "clínica odontológica" existente no SUS Campinas; identificar e compreender os movimentos que foram mobilizados pelo Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal; analisar quais as potencialidades da técnica do Diário enquanto ferramenta de intervenção bem como, entender a potência do conceito de bucalidade na clínica dos profissionais envolvidos.

Posteriormente, apresentei e discuti o projeto nas reuniões do nosso grupo de orientandos, o que foi importante para reafirmar não apenas a proposta, como também a adequação da metodologia utilizada para o desenvolvimento desta investigação.

Meu primeiro contato com o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional foi no período em que trabalhei no CETS, pois era um dos referenciais estudados e utilizados no cotidiano do trabalho dos profissionais que compunham aquele serviço. Depois disso, já como doutoranda, cursei duas disciplinas optativas de Análise Institucional, oferecidas por minha orientadora, que foram fundamentais para me inserir neste novo campo de saberes e práticas que vêm se configurando na Saúde Coletiva no Brasil.

A pesquisa-ação foi se incorporando ao projeto de investigação durante o processo de sua tessitura e em decorrência disso, foi surgindo outro desenho de pesquisa, diferente daquele proposto inicialmente. Somado à noção de pesquisa-intervenção, configurou-se no que estou denominando pesquisa-ação-intervenção. Tal articulação será apresentada no capítulo dois.

Em minha "valise de ferramentas" posso dizer que trago conhecimentos e saberes do campo da Odontologia, da Saúde Bucal, da Saúde Bucal Coletiva, da Saúde Coletiva, da Educação, da Educação em Saúde, da Análise Institucional bem como, das minhas experiências vividas até chegar aqui.

No que se refere especificamente ao caminho percorrido dentro do doutorado, posso dizer que cumpri com todos os passos oficiais definidos pelo programa e, no âmbito familiar, no quarto semestre (2º sem/2006), tivemos um acontecimento que chamo de "extra-oficial" e que também trouxe implicações para esta tese: o nascimento do nosso querido Felipe. Com isso, nesse semestre precisei me ausentar dos compromissos da pós-graduação por um breve período.

No terceiro ano vivenciei a experiência do Programa de Estágio Docente-PED com a disciplina Saúde e Sociedade no 2º ano do curso de Medicina, no qual me encontrava novamente com os estudantes, agora de medicina, inseridos no SUS Campinas, o que foi muito proveitoso para minha formação. Sendo aluna de doutorado, obtive uma bolsa PED para realizar o estágio, e pude me responsabilizar por uma das turmas.

Em todo este caminhar de cumprir com as disciplinas, dar aulas na PUC-Campinas, gestar e parir um filho, cuidar da família (marido, filha, filho, casa), procurei, da melhor forma possível, compor meu modo de andar a vida. Para uns fui "louca", para outros fui "corajosa". Acredito que foi a mistura de loucura e coragem, mas com muita

paixão, que me guiou até aqui, por isso não poderia deixar de situar cada uma destas implicações neste percurso, pois este caminhar só foi desse jeito e não de outro pela existência e materialidade de cada uma delas.

INÍCIOS E IMPLICAÇÕES: construindo algumas possibilidades de encontros da Saúde Bucal no SUS

Encontram-se pessoas (e às vezes sem as conhecer nem jamais tê-las visto), mas também movimentos, idéias, acontecimentos, entidades. Todas essas coisas têm nomes próprios, mas o nome próprio não designa de modo algum uma pessoa ou um sujeito. Ele designa um efeito, um ziguezague, algo que se passa entre dois como sob uma diferença de potencial (...).
(Deleuze, 1998. p.14)

Desde sua inserção até os dias atuais, as ações em Saúde Bucal vêm se consolidado no SUS, no entanto, neste território perpassam, atravessam e encontram-se múltiplas instituições com seus saberes implicados.

A Odontologia, enquanto instituição histórica e hegemonicamente consolidada em nossa sociedade, possui um processo de trabalho específico, assim como a Medicina, a Psicologia, a Fisioterapia, dentre outras profissões do setor saúde.

Enquanto campo assistencial e tecnológico, assim como a Medicina, privilegiou em sua abordagem os aspectos biológicos, a doença, o indivíduo, a técnica, a clínica, "regulados pelos conceitos de normal e patológico, e estes como estado que se mantém em um processo natural de continuidade*"* (MERHY, 1992).

Porém, a profissão "odontologia", desde suas origens, é identificada como uma profissão eminentemente constituída de saberes práticos, possuindo "uma divisão espacial ainda não bem resolvida filosófica e territorialmente com a medicina" (KOVALESKI, FREITA & BOTAZZO, 2006, p.98).

Centrada em procedimentos e não na produção de saúde, a Odontologia toma a boca como órgão fragmentado e destituído de corpo e, quando se baseia em dados para planejar suas ações, prioriza os epidemiológicos das duas doenças mais prevalentes (de acordo com esses dados epidemiológicos) – a cárie dental e a doença periodontal, desconsiderando as demais doenças bucais, assim como as subjetividades produzidas na condição do adoecimento, como fonte de informações para organizar sua clínica.

Esta visão historicamente construída da Odontologia é favorecida e reforçada tanto pelas características da prática utilitária e mercantilista dessa atividade, como também pelos processos de formação da maioria dos cursos de graduação e pós-graduação. De acordo com IYDA (1998, p. 137):

> A forma de conhecimento decorrente desse modelo de ciência exclui da odontologia (produção, organização e formas de trabalho) o que há nela de essencial, sua humanidade (o trabalho e as relações sociais) e sua historicidade. Não é a boca ou, mais estritamente a arcada dentária que constitui o objeto da odontologia senão o homem, seu produto e produtor.

A autora aponta que uma possibilidade de "reinventar a saúde bucal" é politizar a odontologia para ir além das atividades técnico-científicas,

> é ir além do encontro subjetivo, de uma prática utilitária e técnica, é perceber-se e perceber o outro como sujeitos sociais, produtos e produtores de relações sociais, das classes e seus interesses econômicos e políticos, associados à produção e ao

> consumo dos serviços odontológicos e à estrutura em que elas se desenvolvem e desenvolvem, também, as doenças bucais. É perceber que um ato odontológico é um fenômeno social (econômico, ideológico e político) no qual as atividades técnico-científicas se desenvolvem. (ibidem, p.138).

Na busca de encontrar esta Odontologia politizada e humanizada, à qual se referiu Iyda, é que se constitui esta investigação.

A pesquisa que aqui apresento foi desenvolvida no período compreendido entre os anos de 2004-2008, quando acompanhei um grupo de estudos e seus sujeitos, Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal – GAP - Saúde Bucal - que vinha discutindo uma proposta instituinte a fim de modificar o modo de produção do cuidado em Saúde Bucal presente em seus cotidianos na atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS - de Campinas-SP. Tal proposta, denominada Alta Pactuada em Saúde Bucal, gerou algumas análises reveladoras do e no modo de organizar, gerir, intervir e pensar o cuidado em Saúde Bucal no cotidiano de oito cirurgiões dentistas deste serviço.

Analisar, refletir e escrever sobre as experiências destes oito sujeitos, integrantes do GAP-Saúde Bucal, me fez assumir o lugar de quem narra os registros produzidos, as intencionalidades e interlocuções entre os sujeitos, responsabilizando-me pelo discurso neles constituído.

Diante disto, utilizarei alternadamente, ao longo do texto, o uso da primeira pessoa do singular e do plural, pois ora falo em meu próprio nome, ora como integrante do grupo.

Essa escolha deve-se à minha implicação no e com o grupo, pois durante todo o processo de pesquisar, fui questionando muitas das minhas certezas e coletivamente fomos colocando em debate concepções produzidas historicamente e instituídas nos serviços púbicos de Saúde Bucal.

Como disseram LARROSA & KOHAN, (2002, p.1),

> A experiência, e não a verdade, é que dá sentido à escritura. Digamos, com Foucault, que escrevemos para transformar o que sabemos e não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a escrever é a possibilidade de que esse ato de escritura, essa experiência em palavras nos permita liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos para ser outra coisa, diferentes do que vimos sendo.

Para a construção desta investigação optei por trabalhar com dois referenciais teórico-metodológicos que colaboraram no desenvolvimento das questões aqui presentes, mas não integralmente. O referencial da pesquisa-intervenção proposta pelos Analistas Institucionais: LOURAU (1975, 1979, 1993 e 2004), HESS & SAVOYE, (1993), ARDOINO

& LOURAU (2003), L'ABBATE (2003, 2004, 2005 e 2005a), BARROS (2007); e a pesquisa-ação, tal como é proposta por Kurt Lewin e discutida por diferentes autores, dentre eles: BARBIER (2002), ELLIOTT (1998), EL ANDALOUSSI (2004) e THIOLLENT (1985, 2005). Para tanto, o percurso aqui apresentado foi produzido/exercitado ao longo do caminho percorrido por esta investigação, onde a pesquisa-ação foi entrando e se (entre)cruzando com/na pesquisa-intervenção, configurando o que estou denominando: uma pesquisa-ação-intervenção. Como ferramenta de ação-intervenção utilizei o Diário Institucional-D.I., que foi escrito por quatro sujeitos integrantes do grupo; o Diário de Pesquisa-DP contendo os registros produzidos por mim durante todo o processo de pesquisar, e, o Diário de Momentos – DM, ao conjunto de "acontecimentos" gerados nesta pesquisa, procurando trazer a singularidade dos encontros do grupo.

ARDOINO & LOURAU (2003, p.17) afirmam que a análise institucional possui uma ambição fundamental que é "ultrapassar o perímetro das práticas das quais procede, não é propriamente uma teoria científica, mas, sim, bem mais, o enunciado progressivo de um percurso de teorização".

Para tanto, neste trabalho será necessário tratar da institucionalização de uma instituição. Ou seja, de movimentos inovadores – instituintes - e nos modos de operar estabelecidos, normatizados – instituídos - numa profissão: a instituição Odontologia.

No Capítulo 1 discuto os desafios enfrentados para inserir as ações de Saúde Bucal no SUS, demonstrando a íntima relação estabelecida entre as doenças bucais e condições socioeconômicas desfavoráveis, gerando uma iniqüidade no acesso as suas ações. Trago algumas considerações acerca da conformação do campo da Saúde Bucal Coletiva, procurando indagar se a concepção de Saúde Bucal que está em voga é suficiente para delinear sua inserção no campo da Saúde Coletiva ou se ainda existe a necessidade de denominá-la Saúde Bucal Coletiva, procurando definir sua "territorialidade". Estabeleço, também, alguns questionamentos da "odontotécnica exclusiva", fortemente presente na Clínica Odontológica, em busca de deslocamentos que produzam outras tantas clínicas da Saúde Bucal, trazendo, para isso, a concepção da "Bucalidade", elaborada por BOTAZZO, (2000; 2006), que apoiou a fundamentação teórica de SOUZA, (2003) para propor uma "Clínica do Desvio" como possibilidade de re-construção desta Clínica.

No Capítulo 2 exponho o percurso teórico-metodológico que se configurou, partindo das bases epistemológicas que constitui os referenciais da Análise Institucional e da Pesquisa-Ação até se conformar no que estou denominando pesquisa ação-

intervenção. Explicito, também, a escolha da técnica do Diário como ferramenta de intervenção em três diferentes tipologias: 1) Diário Institucional, 2) Diário de Momentos e 3) Diário de Pesquisa e como esses registros foram trabalhados, bem como, a forma que utilizei para tratar o material empírico que constituiu estes Diários.

No Capítulo 3 apresento um dos dispositivos analisadores: a "Alta Pactuada em Saúde Bucal". Tal analisador fez fluir uma série de movimentos instituintes na forma "tradicional" de produzir o cuidado em Saúde Bucal em algumas Unidades de Saúde deste município, colocando em análise concepções, saberes, relações estabelecidas entre o profissional, o usuário, o gestor, os conselhos, os colegas de trabalho. Como também, provocou/desencadeou/revelou processos que até então se encontravam "ocultados" pelo cotidiano destes serviços, assim como pelo modo historicamente hegemônico de organizar este cuidado presente na maioria dos serviços públicos.

No Capítulo 4 apresento o outro dispositivo analisador: "A saída de um dos integrantes do GAP-Saúde Bucal". Tal acontecimento fez aflorar os limites da própria proposta da Alta Pactuada em Saúde Bucal, como também do grupo. A fim de compreender esta decisão de Flora[16] - sair do grupo - descrevo as experienciações produzidas pelos sujeitos do grupo que foram apresentadas e discutidas nos encontros, explicitando os indícios do percurso de Flora no grupo, o que permitiu traçar análises de sua implicação.

No Capítulo 5 descrevo o encontro da Restituição, ocorrido após a "auto-dissolução" do GAP-Saúde Bucal. A Restituição é um denominador comum entre a socioanálise e a pesquisa-ação que permitiu revelar algumas marcas que as experienciações da Alta Pactuada em Saúde Bucal provocaram em cada um dos oito sujeitos que dela participaram. Possibilitou, também, a produção de uma análise coletiva do vivido, no presente, fundamentado nas múltiplas implicações de cada um com a Alta Pactuada e com o grupo.

Estas implicações marcaram cada momento vivido, cada possibilidade de encontro ocorrido ou não, entre os sujeitos, as instituições, as entidades, os acontecimentos, os movimentos e as idéias presentes e passadas, gerando esta pesquisa ação-intervenção.

Sobre isto FONSECA, et al., (2006, p.656) disseram:

> A pesquisa não nasce, ela irrompe e nos mergulha em seu magma. De certa forma, podemos admitir que ela já existia em nós, em um diferente e especial estado contraído, e que já habitava a nuvem virtual e contínua de nossa própria

[16] Flora é o pseudônimo de um dos sujeitos desta pesquisa. Consulte o Anexo 4

> duração, à espera de sua atualização; que a pesquisa enfim, corresponde ao nosso próprio passado, grávido de muitos futuros e devires.

Nesta perspectiva que estou propondo, a pesquisa não termina, ela marca a finalização de uma etapa que traz possibilidades de propagações, dependendo da direção que estará em pauta e dos propósitos assumidos, teço algumas considerações sobre isso no Capítulo 6.

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa ação-intervenção foi analisar os efeitos e os sentidos que uma proposta instituinte provocou nos modos de agir e pensar de diferentes sujeitos atuantes na Saúde Bucal dos serviços de saúde na atenção básica do SUS Campinas/SP.

CAPÍTULO 1:

A SAÚDE BUCAL NO SUS: múltiplos fazeres

Instituição,
um objeto flutuante no limite do real,
envolto sem cessar nas ondas do imaginário.
(ARDOINO e LOURAU 2003)

O reconhecimento da crise do atual modelo assistencial, predominante nos serviços públicos de saúde brasileiros, vem produzindo movimentos instituintes por parte de gestores, trabalhadores e usuários implicados com a proposta da reforma sanitária. Estes movimentos buscam resgatar os princípios dessa reforma e diminuir o quadro de exclusão ainda existente no país.

As discussões sobre os desafios para a consolidação do SUS, presentes nos mais variados artigos, livros, jornais, e documentários, sejam eles específicos do campo da Saúde Coletiva ou não, seguem diferentes referenciais teórico-metodológicos, como também abordam os diversos campos de saberes e práticas que pertencem à Saúde Coletiva.

Para CAMPOS (2003, p.103-104), a consolidação do SUS "depende de movimentos contraditórios na aparência, mas que, na prática, podem vir a se complementar. Lida-se com uma situação complexa, em que múltiplos interesses terão de ser articulados para que se logre, de fato, defender a vida do povo brasileiro". O autor considera que as dificuldades do SUS têm duas origens principais: a insuficiência de recursos financeiros e a necessidade de mudar o modo de produzir saúde, operando de forma mais eficaz e com menores custos. Considera também que "o modelo brasileiro é híbrido, combinando formatos tradicionais com novos modos de atenção", afirma ainda que "não há um único modelo, um modelo ideal para o SUS. (...) Modelo de atenção são arranjos variáveis de recursos (humanos, financeiros, de conhecimentos, etc) objetivando a produção de saúde".

É nessa perspectiva que este autor propõe que devemos dar prosseguimento ao processo da reforma sanitária, ou seja, que façamos "a reforma da reforma, ampliando e modificando tanto as ações de promoção e de prevenção quanto as de atenção clínica. Para se lograr atenção integral é necessário reformular e ampliar a Clínica e a Saúde Coletiva ao mesmo tempo, uma interagindo com a outra." E para que essa proposta se concretize, o que e como devemos fazer? Ou seja, "Como se desenvolver políticas e modos de gestão que viabilizem a reforma em todos os níveis de atenção?" (CAMPOS, 2003 p.104).

Na busca de contribuir para a construção e consolidação do SUS, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família –PSF[17], depois denominado Estratégia Saúde da Família - ESF. A ESF traz no centro de sua proposta a expectativa

[17] O PSF não é objeto de estudo desta pesquisa portanto, não serão apresentados maiores aprofundamentos teóricos sobre esta temática. Existe vasta bibliografia sobre este assunto, para isso é só consultar: www.scielo.br e www.saude.gov.br

relativa à reorientação dos serviços de saúde a partir da atenção básica, ampliando seu objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico. Tais propostas demandam mudanças na forma de atuação, na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes, deparando-se assim, com um grande desafio: a formação dos recursos humanos.

Segundo BODSTEIN (2002. p.410) o que encontramos na prática, nos municípios que assumiram este modelo, são grandes obstáculos representados pela "precariedade e fragilidade estrutural tanto de instalações e capacidade física quanto de recursos humanos e técnicos".

GIL (2005, p. 491), analisando a problemática encontrada referente a uma inadequação do perfil dos profissionais formados da área da saúde para atuar na perspectiva da ESF, constatou que

> Esses dois processos – modelo de atenção e recursos humanos – são difíceis de discutir separadamente e, ainda que se avalie como de imprescindível importância a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS, tão importante quanto, é encontrar as melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimizando os efeitos da formação inadequada dos profissionais e buscando meios de garantir que suas práticas atendam os desafios que estão sendo colocados para a implementação do sistema, em especial no âmbito dos municípios.

Uma análise crítica do modo como a ESF incorporou-se ao SUS foi feita por MERHY & FRANCO, (2002, p.121), apontando algumas das suas fragilidades. Os autores defendem a idéia de que a reorganização da produção de saúde, alterando os processos de trabalho, se dará "a partir de uma reinversão das suas tecnologias. Processos de trabalho que têm como fonte inúmeros campos de saberes e operem de modo multiprofissional, centrados em tecnologias leves e leve-duras[18]".

Agora, quando o foco de atenção dirige-se para o desenvolvimento de políticas e modos de gestão que viabilizem uma atenção integral em Saúde Bucal, com o propósito de articular a reformulação e ampliação da sua Clínica e a Saúde Coletiva, nos deparamos com um desafio histórico de superar modelos de atenção que imprimiram uma iniqüidade de acesso aos serviços de Saúde Bucal.

[18] De maneira sucinta, tecnologias leves são entendidas como os processos relacionais estabelecidos entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado, ou seja, entre os trabalhadores de saúde e usuários, bem como entre os trabalhadores de saúde entre si; as tecnologias leve-duras estão ligadas à organização e administração de ações e serviços; as tecnologias duras estão ligadas ao uso de "máquinas", equipamentos utilizados na produção das ações em saúde. Sobre o conceito de tecnologias leves, leve-duras e duras consultar: MERHY (2006).

Segundo RONCALLI (2000, p. 217), os modelos de atenção em Saúde Bucal nos serviços públicos que pretendem romper com a racionalidade instrumental e que orientam o trabalho odontológico dentro da profissão, encontram grandes desafios para sua implementação. Outro entrave se dá "pela característica isolacionista que a Odontologia tem assumido, historicamente, dentro dos serviços de saúde".

Com isso, a prática liberal que orienta os consultórios particulares está sendo simplesmente transferida para a esfera pública, de forma mecânica e acrítica. (NARVAI, 2006; RONCALLI, 2000).

Somando-se a estes desafios que marcam o "fazer odontológico" nos serviços públicos, temos, no Brasil, segundo SILVEIRA FILHO (2008, p. 35), grandes contradições da Saúde Bucal:

> (1) profissionais no mercado em número suficiente, porém, há enorme parcela da população sem acesso aos tratamentos odontológicos; (2) há o declínio da doença cárie em crianças de até 12 anos e um grande número de necessidades clínicas na população acima dessas faixas etárias, o que continua representando gerações de desdentados; (3) os altos custos do tratamento privado, em contraposição à perda de poder aquisitivo da população; (4) enormes contradições epidemiológicas em saúde bucal e pouca tradição do trabalho pautado na epidemiologia na saúde bucal; (5) a formação acadêmica voltada para a especialização, e a pouca absorção destes profissionais pelo mercado do trabalho especializado.

Ainda segundo o autor, estas contradições são "resultantes do modelo adotado na formação dos profissionais, na formulação das políticas, estratégias, ações e práticas no setor"(ibidem)

É possível incluir uma sexta contradição também proveniente dos mesmos determinantes: a categoria odontológica possui duas modalidades de profissões auxiliares que compõem a Equipe de Saúde Bucal, recentemente denominados, Técnico de Saúde Bucal -TSB e o Auxiliar de Saúde Bucal-ASB, e o trabalho odontológico continua sendo predominantemente individual. Sendo que a existência de "assistentes em odontologia" é tão antiga quanto à própria odontologia[19].

Todo este cenário presente, imprimindo suas marcas no cotidiano dos serviços de Saúde Bucal, a iniqüidade de acesso torna-se evidente, conforme consta no Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004c):

> As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados

[19] Sobre esta temática consultar: PEZZATO, (2001).

> na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país (p.02).

De acordo com os resultados do último Levantamento Epidemiológico Nacional – SB Brasil, organizado pelo Ministério da Saúde e finalizado em 2003, apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas no Brasil, persistem ainda elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida.

> Os resultados revelaram aproximadamente 14 dentes atacados pela cárie entre a adolescência e a idade adulta. A doença periodontal mostrou-se alta em todas as faixas etárias, com menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentando gengivas sadias. Comparando-se os dados de edentulismo[20] em nosso país e as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000 (Tabela 3.1), observa-se que o Brasil está aquém dessas metas, com apenas 10% dos idosos com vinte ou mais dentes. Somente entre as crianças de 12 anos a meta da OMS foi atingida, ainda assim a cárie nesta idade representa um grave problema de saúde pública, com marcantes diferenças macrorregionais e com cerca de 3/5 dos dentes atingidos pela doença sem tratamento. Com relação às demais metas, os resultados obtidos encontram-se distantes do que foi estipulado pela OMS para o ano 2000. (BRASIL, 2006, p.38-39).

As metas estabelecidas pela OMS para o ano 2000 e os resultados do SB Brasil 2003 são:

Tabela 1 – Comparação entre as metas da OMS para o ano 2000 e os resultados do SB Brasil, 2003

IDADE	META DA OMS PARA 2000	SB Brasil
5 a 6 anos	50% sem experiência de cárie	40% sem experiência de cárie
12 anos	CPO-D[21] □ 3,0	CPO-D = 2,78
18 anos	80% com todos os dentes	55% com todos os dentes
35 a 44 anos	75% com 20 ou mais dentes	54% com 20 ou mais dentes
65 a 74 anos	50% com 20 ou mais dentes	10% com 20 ou mais dentes

Fonte: BRASIL, 2006

[20] Edentulismo – termo técnico odontológico dado às pessoas que não possuem dentes, ou seja, desdentados totais.
[21] CPO-D (Dentes cariados, perdidos e obturados): é um índice epidemiológico da Saúde Bucal utilizado internacionalmente para medir a variação do ataque da doença cárie numa pessoa ou população.

Os resultados apresentados no relatório do SB Brasil mostram que existe, também, uma desigualdade regional marcante em praticamente todas as categorias analisadas. Com relação ao acesso à serviços,

> Cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista. Existem desigualdades regionais marcantes, menos de 6% dos adolescentes da Região Sul relatam nunca ter ido ao dentista enquanto que essa percentagem chega a quase 22% na Região Nordeste. Um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária a qual foi relatada por mais de 30% dos adolescentes. A ida ao dentista para consulta de rotina/manutenção foi relatada por cerca de 34% dos adolescentes. Quanto a adultos e idosos, a percentagem de pessoas que foram ao dentista devido à presença de dor foi de cerca de 46% nessas faixas etárias. Porém, desigualdades em relação às macrorregiões relativamente significantes aparecem, com piores proporções na Região Norte (ao redor de 56%) e melhores na Região Sul (ao redor de 36%) (BRASIL, 2004a, p.63).

MOREIRA et al. (2007, p.1384), estudando a relação entre condições de vida e Saúde Bucal a partir das narrativas de moradores de uma comunidade pobre no Nordeste brasileiro, afirmam que:

> A condição bucal não permite apenas um registro quantitativo, mas possui também uma história vivida. Pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade objetiva, e outra subjetiva, velada, pouco estudada nos aspectos fundantes. (...) A associação entre pobreza, má condição bucal e dificuldade de acesso ao serviço leva a população a uma condição penalizante que potencializa as desigualdades sociais a partir da redução de oportunidades de ascensão na vida, pelo desgaste do capital social da comunidade.

Os autores afirmam que o difícil acesso aos serviços de Saúde Bucal foi um dos fatores que favoreceram a extração dentária como mais resolutiva, concluindo que “a experiência da doença dentária diferencia de acordo com a classe, deixa marcas bucais da iniqüidade e prejudica a auto-estima e inclusão social” (ibidem).

Se não bastasse, a inserção da Equipe de Saúde Bucal na ESF se deu, oficialmente, somente seis anos depois, em dezembro de 2000. De acordo com BALDANI et. al., (2005, p. 1027), este fato “possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais co-relacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal”.

Entendemos que a inserção da Saúde Bucal na ESF buscou romper com o modelo excludente de organizar a atenção em Saúde Bucal direcionados a uma prática, mutiladora, tecnicista e biologicista, numa tentativa de alcançar uma atenção mais integral e integrada.

Uma avaliação realizada por SOUZA & RONCALLI, (2007, p. 2728) sobre a incorporação da Saúde Bucal na ESF no Rio Grande do Norte, destaca que:

> Mesmo com a promessa de reorganização das ações na atenção básica pautadas numa nova concepção do processo saúde-doença e mesmo com sua rápida expansão por todo o país, impulsionada pelo próprio Ministério da Saúde, isso não implica, necessariamente, uma mudança do modelo assistencial em saúde bucal.

De acordo com MERHY & FRANCO (2002, p.120), para que as mudanças realmente ocorram numa perspectiva de reorganização da produção da saúde faz-se necessário mais que promessas, pois "os modelos assistenciais são produtos sócio-histórico e, portanto, se viabilizam a partir de um certo ambiente institucional propulsor de determinada política para o setor da saúde".

Com base na análise de fatores capazes de interferir no processo de mudança dos modelos assistenciais em Saúde Bucal na ESF, SOUZA & RONCALLI (2007) correlacionaram os resultados da pesquisa com outras variáveis como IDH-M e puderam demonstrar que:

> apesar de as políticas de saúde oferecerem assistência à população, elas têm efeito limitado. Entendemos que a organização de boas políticas de saúde está vinculada a outras políticas, como de educação, emprego, renda e moradia, tendo em conta o conceito ampliado de saúde. Portanto, é esperado que, nos municípios onde haja um conjunto de políticas públicas mais definido e melhores condições sócio-econômicas, também exista um modelo de atenção à saúde bem estruturado. Nesse sentido, podemos perceber que os municípios que mais avançaram são aqueles que apresentam melhores condições de vida da população, o que pode ser reflexo de políticas públicas, dentre elas as de saúde, menos excludentes e mais integradas. Ademais, refletem as limitações acerca do entendimento da saúde apenas como oferta de serviços.(ibidem, p. 2738)

Acredito, também, que, para haver transformações nos processos de trabalho em saúde, não basta apenas introduzir novos equipamentos, gerando novas tecnologias e qualificando os profissionais nos seus núcleos específicos, mas

> são as transformações que ocorrem no terreno das tecnologias não equipamentos, o território das tecnologias leves e leve-duras, e que se expressem nos processos relacionais dos atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como governá-las. (MERHY, 2002, p. 29-30).

Na Odontologia, especificamente, encontramos um grau elevado e de grande aceitação pelos profissionais na incorporação das tecnologias duras, acarretando uma

defasagem com relação às tecnologias leve-duras e leves, caracterizando o trabalho odontológico como altamente técnico e com um fazer predominantemente “manual”, decorrente da sua modelagem para se tornar um cirurgião dentista, ou seja, “no adestramento da mão”. (BOTAZZO, et al., 2006, p.11).

Sendo assim, para haver mudança qualitativa no processo de trabalho em Saúde Bucal de maneira que componha os interesses dos profissionais, dos usuários, como também dos serviços, será preciso relacionar adequadamente as tecnologias duras, leve-duras e leves (WERNECK & FERREIRA, 2000).

Segundo MERHY (2006), só será possível alcançar qualidade no sistema de atenção à saúde se houver uma conformação adequada da relação entre esses três tipos de tecnologia.

Apoiados nos referenciais do autor, trazendo o foco de discussão deste debate para a Saúde Bucal, SANTOS & ASSIS (2006, p.60) reforçam a defesa de que:

> o debate em torno das práticas em saúde bucal demanda um modelo de atenção mais adequado, que possibilite agregar as diversas tecnologias (duras, leve-duras e leves) disponíveis da maneira mais adequada, sem reduzi-las nem tampouco ultrapassar as suas possibilidades. Até porque reduzir a prática em saúde bucal a determinismos pragmáticos ou funcionalistas não seria coerente com as propostas estudadas, muito menos excluir a legitimidade historicamente construída em seu arcabouço técnico-científico. [...] nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro. Até porque, quem adoece, adoece como um todo, ou seja, uma cárie, uma dor de dente, repercute na boca, no corpo, na alma, na vida. Junto com alguém que sofre, sofrem os que o amam, o sofrimento é então compartilhado, ainda que não dividido. Por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde.

Particularmente, defendo a idéia de que a inserção dos profissionais auxiliares na produção do cuidado em Saúde Bucal no SUS, como também na ESF, contribui para esta mudança qualitativa, pois possibilita ampliar a potência, nos microprocessos de trabalho, da incorporação das tecnologias leves, porém, ainda é preciso superar a predominância da racionalidade instrumental do trabalho odontológico e incorporar outros paradigmas. Fazer algumas rupturas com os paradigmas epistemológicos que se fazem presentes nesse processo de trabalho representa um início de enfrentamento da visão histórica que a odontologia carrega. Como assinala MERHY (2006, p.97) “(...) qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com as cabeças e interesses, e suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos”.

Buscando fortalecer a institucionalização da Saúde Bucal no SUS, o Ministério da Saúde, cumprindo com seu papel de propositor e formulador de políticas, propôs pela primeira vez na história uma Política Nacional de Saúde Bucal - o Brasil Sorridente[22] que, "compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação", contemplando a necessidade de ampliação das ações na atenção básica e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO[23] com serviços de média e alta complexidade[24] em Saúde Bucal (BRASIL, 2006).

O Brasil Sorridente, buscando a reorganização da atenção em Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, apresenta três grandes frentes: a Saúde da Família como enfoque estratégico para a organização da Atenção Básica em Saúde, ampliação e qualificação da Atenção Secundária e Terciária: centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias e a ampliação da fluoretação da água de abastecimento público (Ibidem).

O processo de implantação dos CEOs é recente. Há poucos estudos abordando está temática que se encontra em discussão no campo da Saúde Bucal Coletiva, pois a proposta dos CEOs ocorreu de forma normatizada, por meio de portarias, o que acarreta uma necessidade de constantes ajustes. Trata-se, pois, em "aprender fazendo". É fato que existe uma demanda reprimida para o tratamento das especialidades odontológicas. Contudo, para a implantação dos CEOs, de maneira geral, não houve um questionamento do arsenal tecnológico existente, bem como do contexto sanitário de cada local, acarretando, desse modo, uma baixa permeabilidade nos municípios. Tais aspectos tornam-se significativos para a reflexão da participação do profissional no cenário, criando, assim, em alguns casos, mais um espaço/território de especialidades dentro do Centro de Saúde, distante da organização da atenção básica. (WERNECK, 2008).

Sobre o papel indutor do nível central, BODSTEIN (2002, p.409) assinala que:

[22] O Brasil Sorridente é uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de Saúde Bucal da população brasileira. É a primeira vez que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um programa estruturado, não apenas incentivos isolados à saúde bucal. Para saber mais sobre o Brasil Sorridente consultar: www.saude.gov.br/saudebucal.

[23] Cada CEO fará o atendimento clínico especializado que não puder ser executado nas unidades básicas e contará com um laboratório de próteses dentárias que poderá executar os serviços protéticos que estão sendo desenvolvidos por qualquer outro serviço odontológico. Conta com financiamento para os municípios estruturarem os serviços de atenção secundária em saúde bucal, de acordo com a Portaria nº 1.571/GM, de 29 de julho de 2004.

[24] Seriam os serviços que não encontram resolutividade na atenção básica, ou seja: exames de imagem e laboratoriais, endodontias, cirurgia oral menor, tratamento periodontal, confecção de próteses e atendimentos à pacientes com necessidades especiais, como também as ações realizadas em ambiente hospitalar como as cirurgias buco-maxilo-facial.

> as análises do processo de implementação da descentralização da saúde têm evidenciado o despreparo da esfera municipal e a precariedade da sua estrutura técnico-administrativa voltada à prestação de serviços de saúde, não sendo raros os exemplos em que a própria montagem dessa estrutura coincide com o momento em que o município assume a gestão da rede de serviços e passa a receber diretamente os recursos federais.

Assim, como consta no documento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, estas devem

> ser compreendidas como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micropolítica, no qual ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e dos fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais (Brasil, 2004a).

Estas diretrizes fazem parte de uma macropolítica, e estes encontros de saberes e fazeres acontecem no espaço das micropolíticas, ou seja, num espaço de disputa de poderes e saberes dos distintos projetos de saúde que operam no interior das instituições.

Conforme indagou ONOKO CAMPOS (2005, p.575) num "encontro" que pode ser cordial ou não, "corpos e afetividades" estão em jogo. "Se entendermos por instituições as formações discursivas que adquiriram valor de verdade, quantas instituições mediam esse encontro, quando se trata de uma situação de atenção em saúde?"

Deste modo, como toda proposta governamental instituída, esta também enfrenta grandes dificuldades em sua implementação, pois a operacionalização destas diretrizes fica a cargo dos gestores municipais, e estes nem sempre possuem as ferramentas necessárias para dar conta dos atravessamentos de regras formais e informais que todo o tempo influenciam e modificam a micropolítica do cotidiano dos serviços de saúde.

Portanto, como ficou pontuado por BOTAZZO (2005, p.43):

> a Saúde Bucal ainda está por realizar uma das consignas mais referentes da Reforma Sanitária, que é, ao lado da universalidade e da equidade, a da integralidade. Juntas são assustadoramente desafiadoras, seja numa perspectiva epistemológica seja na organização do trabalho em saúde ou das práticas dos serviços. Isso decorre do caráter bastante restritivo do exercício de sua clínica no SUS.

1.1. Sobre a conformação do campo da Saúde (Bucal) Coletiva no Brasil

A Saúde Bucal Coletiva vem se constituindo num campo de saberes e práticas ao longo dos últimos 30 anos e encontra-se aberto, inconcluso, permeável aos processos de

intervenção e de formulação conceitual presentes no cotidiano daqueles que pensam, praticam e discutem a Saúde Coletiva em suas instituições, sejam elas de ensino, pesquisa ou serviço, especificamente no Brasil. Essa preocupação vem sendo objeto de análise e reflexão de pesquisadores em suas elaborações e discussões, particularmente, no processo de construção do campo da Saúde Bucal Coletiva.

A expressão Saúde Bucal Coletiva foi descrita pela primeira vez por um grupo de pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, num texto que compunha o material de apoio do curso de técnico em higiene dental do SUDS-SP. Para os autores BOTAZZO et al. (1988), a Saúde Bucal Coletiva contempla práticas de saúde que extrapolam a assistência individual, preocupam-se com a determinação social da doença, situando-se num "campo extra-clínica". Assume também que o trabalho odontológico não deveria ser "exclusividade" dos dentistas e sim um trabalho em equipe com a participação efetiva dos profissionais auxiliares: ACD e THD.

O processo de construção conceitual do "campo da Saúde Bucal Coletiva" nasceu no bojo do movimento da Reforma Sanitária, no momento em que "o modelo de prática odontológica que se tornara hegemônico começa a apresentar os primeiros sinais de esgotamento, enquanto projeto de prática social." (BOTAZZO, 1991, p. 3). O autor relaciona dois acontecimentos a esse fato: o modelo da "escola escandinava", que preconizava os métodos e técnicas preventivas das "doenças da placa", deixando em segunda ordem os procedimentos curativos, e, no campo democrático, tem-se o conjunto de críticas que os movimentos sociais vinham manifestando em relação ao modelo de prática médica, proclamando por melhores condições de vida e trabalho depreciados pelos governos militares, no período de 1964 a 1985.

NARVAI (1994), em seu livro "Odontologia e Saúde Bucal Coletiva", além de fazer uma análise das múltiplas práticas odontológicas existentes no Brasil, apresenta a expressão Saúde Bucal Coletiva, dando ênfase aos diferentes significados das expressões Odontologia, Saúde Bucal e Saúde Bucal Coletiva. "Seria possível falar em saúde 'bucal'? Não haveria aí uma flagrante incoerência com a noção de integralidade biológica das pessoas?" (p. 69)

O autor, citando o Professor Mario Chaves, afirma que "Saúde Bucal é uma abstração útil". E continua,

> À expressão "Saúde Bucal" acrescentou-se, durante os anos 80, no Brasil, o termo "coletiva". Passou-se a falar, sobretudo no estado de São Paulo, sob evidente

> influência do movimento da saúde coletiva, em Saúde Bucal Coletiva e não numa possível "odontologia coletiva". (ibidem).

Partilho do entendimento de que Odontologia e Saúde Bucal possuem sentidos que muitas vezes são empregados como se tivessem o mesmo significado. Nesta perspectiva, isso é um equívoco, pois neste caso não é apenas uma questão semântica. Compartilho com diversos autores a idéia de que a concepção de Odontologia, em sua construção histórica, limita-se ao assistencial, ao conjunto de conhecimentos e procedimentos clínico-cirúrgicos direcionados ao individual, doente ou não, mas para atender às necessidades de manutenção e recuperação da saúde das estruturas bucais, na maioria das vezes dentais. Refere-se também a uma profissão – a Odontologia.

BOTAZZO (2000, p. 283) vai mais além, afirmando que

> a Odontologia é técnica humana e neste sentido se vê necessitada de falar sobre o homem. Mas a teoria odontológica não tem como, em seu isolamento biopolítico, recuperar o homem por inteiro, e quando o faz é apenas um simulacro que emerge por entre suas elaborações "biopsicosociais".

Já a concepção de Saúde Bucal extrapola esses limites no sentido de trazer a dimensão da saúde para o campo da "bucal", dimensão esta que incorpora outros determinantes "não odontológicos" como: modo de vida, acesso aos serviços de saúde, à educação, água tratada, saneamento básico, coleta de lixo, condições de moradia, de trabalho, de transporte, de lazer e de alimentação. Saúde, enquanto processo saúde-doença, que compreende, além das ações clínicas da assistência odontológica individual, as ações extra-clínicas de promoção e proteção à saúde, sejam estas de natureza social, biológica, econômica, cultural ou política (NARVAI, 1994).

BOTAZZO, (2003, p.23) traça uma distinção quanto às qualificações deste profissional da Odontologia para desempenhar o "trabalho odontológico" ou o "trabalho em saúde bucal".

> o trabalho odontológico e o trabalho em saúde bucal não são os mesmos. São outros os meios (meios diagnósticos e terapêuticos, instrumental e técnica) que utilizam. Também se diferenciam pelo problema que devem enfrentar e, decorrentemente, a teoria dele que devem construir. E se é outro o trabalho e se é outra a teoria, resulta do mesmo modo que o trabalhador de uma e outra não têm a mesma qualificação para o trabalho que realizam. A odontologia é o território do cirurgião-dentista. Não se fará a mesma afirmação para a saúde bucal, pois, nesse território conseqüentemente, teria que emergir não apenas outros personagens com funções auxiliares, mas antes e radicalmente a figura do paciente, isto é, do

> usuário, quero dizer, da pessoa ou do sujeito, esse que é o dono do próprio corpo ou que deveria ser.

Partindo do pressuposto de que todo conceito é fundamentado por uma racionalidade, podemos dizer que a racionalidade que orienta o trabalho odontológico segue uma lógica de mercado e também pelo tipo de divisão de trabalho da lógica da produção capitalista. É caracterizado pela compartimentalização e fragmentação do saber, pela divisão técnica do trabalho centrado no cirurgião dentista, o que impossibilita o trabalho em equipe, e pela busca do aumento da produtividade para gerar capital, lucro. Contrapondo-se a esta racionalidade, BOTAZZO et al. (1988) estabeleceram novas relações para o campo da Saúde Bucal Coletiva, rompendo com o raciocínio hegemônico acerca do trabalho odontológico. Sendo assim, torna-se possível criar outros nexos entre a sociedade e a Saúde Bucal, entre sujeitos e sociedade e Saúde Bucal.

Está em pauta, na literatura atual, um debate teórico-conceitual que discute a existência de um campo denominado Saúde Bucal Coletiva, trazendo à tona questões epistemológicas da configuração desse campo, bem como da Saúde Coletiva (BOTAZZO, 2006).

Não é minha intenção, neste texto, reproduzir este debate, mas trazer alguns aspectos importantes sobre essa discussão que ajudarão a entender a composição desses saberes e dessas práticas que constituem o campo da Saúde (Bucal) Coletiva.

BOTAZZO (2006, p.41) problematiza/questiona a constituição da Saúde Bucal Coletiva enquanto um campo de saberes e práticas, afirmando que os problemas que envolvem a Saúde Bucal Coletiva são os mesmo da Saúde Coletiva, assim como da Saúde Mental, da Saúde do Trabalhador, etc. Parte do conceito de Bucalidade, proposto por ele em sua tese de doutorado intitulada “Da Arte Dentária”, enquanto “(...) a dimensão civilizatória daquilo que é bucal – a manducação, o erotismo e a linguagem; o óstio de entrada do mundo pelo corpo e do corpo pelo mundo. Falamos de uma boca produtora de subjetividades” (BOTAZZO, 2000)

E, propõe o conceito de bucalidade enquanto arranjo teórico-metodológico.

> bucalidade é inclusiva à saúde bucal coletiva, funcionando tão-somente como arranjo teórico-metodológico. [...] bucalidade vem a ser a condição de possibilidade para a superação das práticas odonto-centradas pelo movimento de a um só tempo focar a integralidade corpórea – o corpo do sujeito por inteiro – e então esta clínica ampliada terá de levar em conta a fisiologia do lugar (seu meio interno e sua normatividade), e depois a sensibilidade das vísceras da boca e sua ligação com os modos de existir do próprio homem. *(*BOTAZZO 2006, p. 40-41)

A “Bucalidade” constitui-se, portanto, dos sentidos da boca humana em que se realiza a manducação (“o consumo que a boca realiza”), a linguagem e o erotismo (BOTAZZO, 2000). “boca humana, órgãos bucais interligados à linguagem, ao prazer, e à subsistência, e essas três esferas compõem o trabalho próprio deles que é, em certo sentido, o consumo do mundo” (BOTAZZO apud SOUZA, 2003. p. 209).

Reconhecendo, assim, a boca “não como órgão, mas como território, um espaço, lugar delimitado por vísceras – dentes, músculos, mucosas, glândulas, freios, dutos e espículas – e não uma massa tissular homogênea com função unívoca” (SOUZA, 2003. p.121).

SOUZA, (2006, p. 25) também participa do debate, recuperando um pouco da história do conceito Saúde Bucal Coletiva.

> O conceito Saúde Bucal Coletiva tem uma história que se confunde com a história da produção do saber e das práticas em Saúde Bucal Coletiva, que emergem num movimento de crítica ao pensamento odontológico dominante, no interior deste, sem dele desatar-se por completo; ao contrário, nele se adjetiva. [...] É no percurso histórico do Movimento da Reforma Sanitária brasileira que emerge a Saúde Bucal Coletiva.

A autora contribui com uma questão muito relevante nesta discussão que são o fato das disciplinas de “Odontologia Social” e “Odontologia Preventiva” serem antecessoras da Saúde Bucal Coletiva nos cursos de Odontologia, o que possivelmente pode ter influenciado, também, a conformação desse campo com um saber estruturado, “como se delas fosse apenas uma evolução, sem descontinuidades, à medida que o lócus de sua produção é, em sua maioria, os antigos Departamentos e Programas de Pós-Graduação em Odontologia Social, em Odontologia Preventiva, Odontologia Comunitária e afins” (ibidem).

A base teórica presente na maioria destes Departamentos vinculava-se ao discurso preventivista fundamentado na História Natural das Doenças que, segundo AROUCA (2003), baseia-se num esquema cartesiano para a explicação causal das doenças. O autor afirma, também, que “o movimento preventivista possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao constituir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações.” (ibidem, p.252)

NARVAI (2006, p. 20) assinala que a Saúde Bucal Coletiva é resultante de uma ruptura epistemológica que implica em

> desenvolver uma práxis que deve romper, dialeticamente, também, com a prática odontológica hegemônica em nosso meio (NARVAI, 2001). Tal ruptura requer que o trabalho odontológico seja desenvolvido a partir das necessidades das pessoas (de todas as pessoas) e que, opondo-se à odontologia do mercado, rompa, portanto, com o *status quo*, caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos (todos os recursos) odontológicos pelas elites.

BOTAZZO, (2006) e MOISÉS, (2006) discutem a existência de uma crise de identidade da Saúde Bucal Coletiva e que talvez só exista mesmo a Saúde Coletiva, uma vez que a Saúde Bucal Coletiva utiliza/empresta conceitos do mesmo arcabouço teórico da Saúde Coletiva.

De acordo com a produção literária latino-americana[25] que envolve a discussão sobre a constituição do campo da Saúde Coletiva, podemos afirmar que parece existir certo consenso entre os autores, particularmente os brasileiros (Donnangelo, 1983; Cohn, 1992; Canesqui, 1995, Nunes, 1994; Campos, 1997; Paim & Almeida Filho, 1998; Arouca, 2003; Nunes, 2005), que, nos últimos 30 anos, a partir da década de 70, contribuíram de maneira decisiva para a criação, compreensão e delimitação desse campo, identificando contradições, acordos e pontos de encontro com movimentos de renovação da Saúde Pública institucionalizada, na esfera teórico-científica, como também em suas práticas.

Portanto, o campo da Saúde Coletiva começou a se delinear na segunda metade dos anos 70, quando o sistema de saúde brasileiro estava em crise, e as condições de vida da população eram extremamente precárias, o que gerava a proliferação de doenças vinculadas à pobreza. Nesse cenário é que se inicia a constituição de um movimento que busca um novo paradigma, que coloca em questão o modelo biologicista, hospitalocêntrico de assistência à saúde, o Movimento da Reforma Sanitária (NUNES, 1994).

> Nesse contexto, profissionais das áreas da saúde pública e da medicina preventiva, que sempre tiveram significativa presença na cena política brasileira através de algumas organizações de caráter científico e/ou sindical, passaram a defender o sistema público de saúde, no âmago da luta pelos direitos de cidadania, enfatizando o direito à saúde. (L'ABBATE, 2003, p.267)

DONNANGELO (1983, p.19) assume como ponto de partida que,

[25] Apesar de haver uma consonância entre o movimento latino-americano e o brasileiro para a conformação de um campo da Saúde Coletiva, CANESQUI (1995) e L'ABBATE (2003) afirmam a inegável origem brasileira da denominação "Saúde Coletiva".

> a posição ocupada pela Saúde Coletiva no contexto das práticas sanitárias brasileiras se expressa atualmente em um conjunto de tendências de ampliação e recomposição de seu espaço de intervenção ou, correspondentemente, de seu campo de saber e de prática.

Tendências estas que vêm incorporando novos elementos, conforme assinalados por L'ABBATE, (2003) que apresenta as potencialidades da incorporação do instrumental da Análise Institucional na Saúde Coletiva.

Assim, a proposta de consolidar o campo da Saúde Coletiva, como forma de superar a "crise da saúde pública", pode se configurar como uma oportunidade de incorporar o complexo "promoção-saúde-doença-cuidado" em um novo paradigma, aumentando a viabilidade das metas "Saúde Para Todos" com políticas públicas saudáveis, e maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, sofrimento e morte.

Contudo, até os dias de hoje, persiste a discussão sobre a determinação do objeto da Saúde Coletiva, a Saúde Coletiva enquanto um campo científico.

PAIM & ALMEIDA-FILHO (1998, p. 309) sugerem o entendimento da Saúde Coletiva como ciência ou disciplina científica. Fazem referência ao texto de Fleury (1985), que posteriormente, em discussão desse campo na América Latina, definiu Saúde Coletiva como "área de conhecimentos que tem como objetivo as práticas e saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significado". Porém, NUNES (2005, p. 32) aponta a Saúde Coletiva como campo interdisciplinar. "É um campo de conhecimento, de uma prática sócio-política, de uma visão filosófica, ou seja, de uma atividade que se conforma numa dimensão teórica, num movimento e num pensamento".

Recuperar a história e desvendar a composição interna (episteme) da Saúde Coletiva tem sido comum durante a construção do próprio campo da Saúde Coletiva. Este esforço busca fornecer elementos que configurem nossa identidade (dos profissionais da Saúde Coletiva) e revele quem somos, onde nos situamos, o que fazemos, quais os produtos da nossa prática.

Este movimento se dá em contraposição ao modelo explicativo biomédico, o qual até hoje permanece hegemônico, como em função da construção de um sistema de atenção à saúde que permita atender/acolher às reais necessidades da população.

Alguns autores sugerem que a Saúde Coletiva é uma criação da pós-modernidade, com raízes no século XIX, e que, paradoxalmente, inicia sua prática discursiva tomando o modelo teórico do Materialismo Histórico (anos 70); momento de

discussão sobre a validade da grande narrativa para explicar os fenômenos humanos e sociais.

De acordo com NUNES (2005, p.15), existem inúmeros trabalhos que se debruçaram sobre esse campo a fim de desvendá-lo, são eles: sobre a história da Medicina Social (Nunes, 1980); das contribuições das Ciências Sociais para o campo da Saúde Coletiva (Nunes, 1991); sobre as relações entre interdisciplinaridade e Saúde Coletiva (Nunes, 1995); sobre o conceito de Saúde Coletiva (Nunes, 1994) entre outros; e alguns citados pelo autor: Burlandy (1993), Campos (2005), Paim & Almeida-Filho (1998) e Belisário (2002).

Assim como o campo da Saúde Coletiva, o campo da Saúde Bucal Coletiva é permeado por conceitos que estão em disputa entre diversos sujeitos com suas posturas ético-político-ideológicas, tornando evidente uma pluralidade de referenciais que marcam este campo. Expressa, também, os diversos modos de articulação dos profissionais da Saúde Bucal com a sociedade e suas populações nas diferentes propostas de organização dos serviços de Saúde Bucal e de intervenção na realidade que foram se concretizando na última metade do século XX. (BOTAZZO et al., 1988; BOTAZZO, 1991; NARVAI, 1994; BOTAZZO, 2003).

Acredito que a Saúde Bucal Coletiva ainda é uma proposta *instituinte* no campo odontológico, quando pautada em referenciais teórico-metodológicos que deem conta de sua complexidade de sentidos. Concordo com NARVAI (1994, p. 108) quando afirma que a Saúde Bucal Coletiva vincula-se a projetos de sociedade pautados em interesses contrários ao projeto neoliberal, como também defende “uma odontologia sem adjetivos que, pelo conteúdo de sua prática, afirme relações sociais democráticas”.

Todavia, ainda fica uma pergunta: Quais implicações a Saúde Bucal Coletiva produziu nos saberes e práticas dos cotidianos da clínica odontológica nestes últimos 30 anos?

Diante deste questionamento, os autores KOVALESKI et.al., (2006, p.102) lançam uma outra questão:

> Ao identificarmos a odontologia como colaboradora no processo de disciplinarização da boca, devemos pensar se de fato a saúde bucal coletiva negou esse processo e foi revolucionária, libertária. Outra possibilidade é que a saúde bucal coletiva não tenha nenhuma proposta de mudança efetiva, ou por estar calcada no mesmo pressuposto teórico-metodológico ou por não ter espaço nessa sociedade.

Em contrapartida, os autores apresentam a "bucalidade",

> bem como o conjunto de debates que ela suscita, enquanto constituição de um campo, até agora teórico, que representa a possibilidade da mudança, a negação desta odontologia e desta boca alienada, isolada e discriminada, por uma outra, mais autônoma, mais coletiva e politizada. (Ibidem, p.102).

Seguindo estes pressupostos, a Bucalidade não seria um "modelo" paralelo, mas sim integrada, incorporada à Saúde Bucal Coletiva na tentativa de contrapor-se ao modelo biomédico, centrado em procedimentos que territorializam a boca, destituindo-a do corpo. Seria, sim, um outro modo de agir em Saúde Bucal a fim de gerar um campo de possibilidades singulares, em que possa haver diferentes "modelos" de organização dos serviços que levem em conta cada instituição implicada, cada sujeito implicado, considerando a integralidade corpórea e respeitando o modo de cada um levar a vida.

1.2. Desterritorializando a boca: Bucalidades

Não pode haver ausência de boca nas palavras:
nenhuma fique desamparada do ser que a revelou.
Manoel de Barros

Precisava falar para ele que se tirar
a boca a gente não fala. [26]
(Leão[27] – DM. 15/08/06)[28]

Esta frase Leão disse após Marina[29] nos contar um episódio no mínimo revoltante que havia vivido no curso de especialização multiprofissional em Saúde da Família que ela estava participando. Ela nos contou que numa aula em que fizeram uma divisão em grupos, misturando as profissões, pela primeira vez, ela não ficou num grupo composto só por dentistas, tinha também um médico e um enfermeiro. Diante de tal "mistura" de profissões no grupo, o médico perguntou o que ele estava fazendo naquele grupo, e ela disse:

> "Uai, para você não ficar chamando o dentista toda hora sem necessidade, porque eu tenho que saber, quando o paciente chega para eu atender, se ele é diabético, hipertenso, para eu poder saber o que fazer se for necessário anestesiar, medicar, não na hipertensão dele, mas..." E ele falou: "aí você chama

[26] Usarei, ao longo do texto, a letra "Comic Sans MS" quando me referir à citação de registros dos sujeitos desta pesquisa.
[27] Leão é pseudônimo de um dos sujeitos desta pesquisa. Consultar Anexo 4.
[28] Esta é a forma que estarei me referindo, ao longo do texto, do Diário de Momentos-DM, com o respectivo pseudônimo do responsável pela frase escolhida, seguido da data do encontro. Consultar Anexo 5.
[29] Marina é pseudônimo de um dos sujeitos desta pesquisa. Consultar Anexo 4.

> um médico?" "Não", eu falei, "eu anestesio o diabético, eu medico o hipertenso, mas eu tenho às vezes que dar um remédio para ele, trato de uma gestante, e eu não chamo o médico, eu tenho que saber o que tem a ver com a minha parte, não com relação a dosagem de insulina, mas o que me compete neste caso". (Marina – DM. 15/08/06).

Neste acontecimento ficou marcada a fragmentação do saber das profissões e entre os profissionais da saúde, assim como a relação de poder da medicina sobre as demais.

Sobre esta discussão BOTAZZO (2006, p.14) levanta o seguinte questionamento:

> Se é possível afirmar que há uma clínica odontológica, como seria essa clínica? Se fosse uma clínica de doenças da boca, numa perspectiva odontocentrada tira-se a boca dos dentes. É possível falar em boca sem dentes? Ou dentes sem boca? Nosso olhar clínico até hoje foi guiado pelo olhar da dentística. Ao receber o paciente, examinam-se as superfícies dentárias e depois os tecidos de suporte. Por que o foco é a dentística? Por que esse privilégio? Por que não olhamos com o olhar da periodontia, por exemplo? Ou então o da prótese ou o da endodontia ou o da ortodontia? Na verdade, olhamos com esses olhares parcelares e fazemos a contabilidade do número de restaurações ou de procedimentos, mas não "totalizamos" a cavidade bucal por inteiro nem mesmo o paciente por inteiro. E se nós mudássemos o olhar? A ruptura se daria na anamnese? Devemos lembrar que a atividade clínica se sustenta no tripé Anatomia-Fisiologia-Patologia. Como não há fisiologia bucal conhecida, isto é, produzida e sistematizada como conhecimento, ensinada e praticada, é possível pensar clinicamente de algo que não sabemos como "funciona"? Não seria por este motivo que o dentista apenas identifica a existência de "lesões", sendo que as dentárias são restauradas e as demais nem sempre são tratadas? Se uma fisiologia bucal se estabelecesse, como ficaria? O fato de que hoje podemos dizer "trabalhos bucais" indicaria de algum modo uma perspectiva para a construção dessa fisiologia, pela evidenciação desses trabalhos como função bucal?

Como seria então a clínica da Saúde Bucal? Tomaria como objeto a análise e avaliação dos trabalhos bucais? Avaliaria nossa bucalidade ou seriam bucalidades?

Um atendimento em Saúde Bucal realizado numa Unidade Básica de Saúde pode significar quase nada se não o conectarmos a redes de compreensão muito maiores: A Saúde Bucal como um campo historicamente de exclusão; a exclusão como inerente à divisão social do trabalho nas sociedades capitalistas, convergindo na iniqüidade social colocada hoje para os países do chamado "terceiro mundo".

Então, um atendimento em Saúde Bucal em questão ilustra a exclusão ou a luta contra ela? A fragmentação do saber ou a divisão técnica do trabalho? Não! Não concordo que a direção seja do macro em direção ao micro em busca de exemplos, de ilustrações para nossas teorias. Este movimento segundo PÉREZ & AZEVEDO (2008, p.

37) “acaba por deixar de fora uma série de ações que não cabem nos discursos formulados”.

Exemplo desta afirmação é quando ouvimos de uma colega do GAP-Saúde Bucal que se deparou com a seguinte situação:

> Estou num embate com um paciente, ele quer arrancar todos os dentes, o que eu faço? A dificuldade de atestado, ele perde prêmio no trabalho porque faltou ou tirou atestado e na nossa realidade o que ele precisa é de periodontia, e o que eu faço? Aí eu explico, marco outra consulta... O paciente sabe o que representa usar prótese? A ausência de dente? Se ele sabe a gente pode conversar, mas sem ele saber o que a gente faz? Eu negociei com ele, expliquei e ele topou fazer a periodontia. (Marina, DM, 15/12/2005)

Será que ele não sabe mesmo o que representa usar uma prótese, ficar sem dentes? Ou será que o desejo dele encontra-se em outra dimensão e somos nós, profissionais da saúde, no caso, da Saúde Bucal, que não estamos abertos para outras realidades, outros modos de encarar a vida, outras necessidades, outra cientificidade? Pode até ser que o pronto atendimento, a exodontia, dê uma resposta melhor para ele neste momento. Aí eu pergunto: o que a gente faz com isso? O que é melhor? Nós (pesquisadores, profissionais implicados com a Saúde Bucal e com o SUS) ficamos elaborando, estudando, pesquisando o melhor modo de organizar o serviço, de planejar nossas ações e muitas vezes esquecemos de ouvir a necessidade e a realidade do outro, daquele que usa nossos serviços e está inserido num outro mundo, com outros referenciais de vida.

Nesta perspectiva, uma pesquisa realizada por MARTINS (1999, p.08), em que se discutiu como vem sendo construído o valor Saúde Bucal para as classes populares, percebeu-se que as necessidades de saúde, no caso, a produção de um valor Saúde Bucal é historicamente produzido:

> a constituição da saúde bucal como uma necessidade está relacionada a valores que foram construídos e reconstruídos dentro de suas relações sociais de existência. [...] A saúde bucal, enquanto necessidade, se articula diretamente com a ampliação da cidadania política e social. A demanda por saúde bucal parece concorrer com questões que estão relacionadas diretamente com a sobrevivência das pessoas. As oportunidades ou circunstâncias de melhora social parecem que são fundamentais para o aparecimento desse valor.

Diante das constatações encontradas, a autora afirma que os processos educativos realizados nos serviços de saúde que possuem “um caráter pedagógico capaz

de influenciar nas representações sobre a saúde/doença bucal" têm papel fundamental na construção da cidadania, de novos valores de saúde.

> A elevação dos níveis de saúde bucal da população passa entre outras coisas, pela criação de uma rede de atenção em saúde bucal capaz de reabilitar os incapacitados dentais e contribuir para a promoção da saúde. A ampliação quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde bucal constitui um direito elementar de cidadania. (ibidem, p.9).

Sem pretender criar "falsas necessidades" odontológicas, conforme apontadas por FIGUEIREDO et al. (2003, p.753), fundamentadas em aportes teóricos marxistas, "a compreensão de uma história mais real e menos natural" com relação à Saúde Bucal precisa penetrar no "mundo odontológico" do universo dos serviços de saúde.

Os autores discorrem sobre a existência de um fetichismo odontológico presente neste território, "na medida em que a necessidade de reparo passa a ser maior que a própria necessidade de ser saudável".

Estamos preocupados com as necessidades dos nossos usuários ou em aplicar a "melhor odontologia" que aprendemos na Universidade, que se veicula nos Congressos específicos da área? Melhor para quem?

O que está em voga neste embate? Propor a periodontia ou a exodontia? Ou trata-se do nosso arsenal teórico-metodológico que não conseguimos desconstruir, e no qual nos apoiamos historicamente para justificar uma profissão odontológica, conforme assinalou BOTAZZO (2008)?

Qual a racionalidade deste embate? E na clínica da Saúde Bucal nos serviços públicos de saúde?

A clínica odontológica[30], assim como a maioria das clínicas do setor saúde, traz como principal marca o atendimento individual e curativo do paciente. Devido a sua construção histórica, esta clínica acabou por deixar inscrita no imaginário social uma relação que se define por seu caráter individual e autônomo do cirurgião dentista, trabalhando isolado, focado na doença, que oferece um serviço com "níveis crescentes de sofisticação, custos elevados e baixa permeabilidade à população, caracterizando uma prática lenta, custosa e sem cobertura das necessidades de saúde bucal" (CAMARGO et al. 2002, p.28).

[30] Estamos nomeando aqui todas as práticas de atendimento odontológico independente de sua especificidade de prática preventiva, educativa, curativa, mutiladora e do profissional que a executa - cirurgião dentista, técnico em higiene dental, auxiliar de consultório dentário, agente comunitário de saúde, dentre outros,- seja no setor público ou privado.

Para iniciar um questionamento dessa odontologia liberal, hegemônica, BOTAZZO (2003, p.26) afirma que devemos partir da problematização "(...) das suas práticas e das suas crenças, de historicizá-las, enfim, de verificar como foram produzidas e vieram a ser como são. Do seu pertinente questionamento é que pode emergir os discursos da Saúde Bucal Coletiva, a legítima afirmação do próprio território no qual deve depositar seus enunciados."

O que predomina no cotidiano "odontológico" é uma *odontotécnica exclusiva*, ou seja, uma expressão da naturalização da perda dentária em favor da prótese, da negação da estomatologia e a afirmação da dentística operatória, do protesismo[31] do olhar para o dente e não para a boca, de reparar o dano e não preveni-lo ou curá-lo. (BOTAZZO, 2000).

Não tenho a intenção de negar os avanços alcançados por esta odontotécnica, mas sim questionar seu exclusivismo. SOUZA (2003:266), trazendo essa discussão à tona, faz uma crítica a esse modelo e afirma que precisamos:

> Compreendermos a condição de consumidores em que estamos implicados, profissionais e pacientes, e abrir passagem para formas de resistências que produzam em nós novas subjetividades. Resgatarmos a escuta de nossas reais necessidades de vida e de beleza, e o diálogo com nossos desejos de liberdade e criação, para entrelaçarmos outros pontos de referência na tecedura da rede de constituição dessa clínica - nos serviços de saúde, nos consultórios particulares, nas escolas formadoras de recursos humanos.

O debate referente à necessidade de se repensar a clínica na/da saúde pública não é recente. CUNHA (2005, p.16) afirma que "No Brasil, o movimento sanitário já se havia debruçado parcialmente sobre a Clínica em virtude da gestão do trabalho médico".

Uma discussão sobre a emergência de se repensar essa Clínica foi realizada por SOUZA (2006, p.266) em sua tese de doutorado, em que propõe revisitá-la, tranversalizando saberes e práticas, potencializando encontros, negando o exclusivismo da "odontotécnica", bem como o caráter acrítico de assujeitamento produzido por ela a fim de,

> abrir passagem para formas de resistência que produzam em nós novas subjetividades. Resgatarmos a escuta de nossas reais necessidades de vida e de beleza, e o diálogo com os nossos desejos de liberdade e criação, para entrelaçarmos outros pontos de referência na tecedura da rede de constituição

[31] Protesismo seria uma super valorização ao uso de próteses, ao uso de tecnologias protéticas. No caso, próteses dentárias, que buscam uma estética bucal e corporal imposta pela sociedade contemporânea (SOUZA, 2003).

> dessa clínica – nos serviços de saúde, nos consultórios particulares, nas escolas formadoras de recursos humanos.

A autora, colocando em análise esta odontotécnica exclusiva, buscando inspiração, também, em obras de arte de alguns pintores de diferentes períodos da História da Arte, descreve de maneira *sui generis*, quatro dimensões da Clínica "em galeria": (1) a Clínica Odontológica constituída por sua prática hegemônica mutiladora de "arranca dentes e tem entre seus efeitos o protesismo como o ingrediente indispensável à sua eficácia"; (2) a Anti-Clínica, ou seja, "aquela que se materializa na recusa da escuta do sofrimento e na impossibilidade de acolhimento"; (3) a Clínica do Acolhimento, "uma certa clínica que buscamos e desejamos como um lugar de repouso, estejamos no lugar de paciente (de quem deseja ser acolhido) ou estejamos no lugar do profissional (de quem deseja realizar o seu compromisso de acolher e assistir)"; e, 4) a Clínica dos Desvios, aquela que possibilita desfocar "o olhar sobre a doença e efetivarmos outra escuta e outro diálogo, aparece ali, no corpo a corpo, a trama da rede causal do adoecimento e suas repercussões". (ibidem, p. 267-271).

Acredito que para nos aproximarmos da modalidade de "trabalho em saúde bucal", potencializando encontros que possibilitem instaurar uma Clínica do Acolhimento, ou ainda, uma Clínica do Desvio, faz-se necessário repensar, re-inventar espaços no nosso cotidiano dos serviços de saúde que permitam que o novo, o velho, o restaurado possam conviver e criar novos arranjos que mobilizem brechas no instituído para a produção do cuidado na Saúde Coletiva. Nesses processos de criação, construção, desconstrução, reconstrução é que situamos nosso território.

Para nortear este repensar, proponho o conceito da "Bucalidade". Tal conceito, já apontado anteriormente, tem seus pressupostos fundamentados no campo da Saúde Coletiva, contrapondo-se aos programas prescritivos, verticais das campanhas de prevenção característicos da Saúde Pública. Chama atenção para o fato que a "teoria odontológica" fundamentada no elemento dental,

> não dá conta de recuperar o homem por inteiro. Tendo por base o órgão dentário isolado, nele encontra espaço suficiente para sustentar sua etiopatogenia restrita e, a partir dela, suas noções sobre o homem em sociedade, seus modos de ser, seus conflitos, sua relação com o próprio corpo (e a própria boca). É neste momento que a odontologia se desvela como biopolítica, com suas regras de limpeza e suas prescrições pastorianas (controle da bucalidade na criança, para ter *bons dentes*) (BOTAZZO, 2006, p.15).

Para esta elaboração, o autor buscou em Michel Foucault alguns referenciais,

> Foucault fez emergir certa cavidade bucal, um palato ou *um palácio*, em ato de produção e consumo. Primeiro, vem sua natureza amorosa, languidamente considerada Vênus: por ela passam os beijos e as palavras de amor. Mas se agora ela beija e fala, se agora, como dizem Abraham & Torok, (1995) ela se enche de palavras (e de dentes), antes ela estava simplesmente cheia de seio, no gozo inescrupuloso do corpo do outro pois, edêntula, é puramente *mammalia*. Esta boca sedutora, todavia, não permanecerá o tempo todo em erótica produção. Logo revelará outras habilidades. Foucault encontrará seres de viscosidade e podridão, dirá ele, sob os dentes e a saliva de Eustenes, que antes pusera em ato de mastigação: ele se havia alimentado e já não estavam em jejum.(Ibidem, p.13)

Com este trecho inspirado no prefácio de “As palavras e as coisas” o autor delineia os trabalhos bucais, do território visceral *Boca*, quais sejam:

> a manducação, a linguagem e a erótica, e que são o funcionamento dela, sua fisiologia própria e permanentemente encoberta. Pode-se dizer que estes três trabalhos se dão como consumo e produção, num movimento que envolve o sujeito em permanente elaboração na fronteira entre razão e desejo (Ibidem).

SOUZA, (2006, p.26) propõe a Bucalidade como um conceito–ferramenta com potencialidade “para ampliação das concepções sobre o adoecer bucal e, consequentemente, das práticas de Saúde Bucal”. Para a autora, quando Botazzo propõe a introdução do “conceito de *bucalidade* na discussão da clínica odontológica, coloca em evidência o caráter restritivo desta clínica (...), convocando-a para necessidade de uma clínica em saúde bucal e mais que isto: de rejuntar saberes desta clínica ampliada com os da saúde bucal coletiva”.

Diante disto, acredito que existe a necessidade de questionar, retomar, desconstruir esta racionalidade, para possibilitar construir, (re)construir outros arranjos, outro modo de agir e de pensar a Saúde Bucal (Coletiva), a fim de construir uma outra clínica. Uma clínica que diminua a dívida social historicamente existente, fruto de uma odontologia desumanizada, que naturalizou a perda dentária e valorizou seu aspecto técnico-mutilador. Ao discutir esta problemática, SOUZA, (2003, p. 254) coloca que se faz necessário pensar,

> uma clínica em que, ao tomar o bucal como objeto de conhecimento e de produção tecnológica, tome para si também seus efeitos produzidos na 'bucalidade' dos homens. Esta como nos lembra Botazzo, em que se realiza a manducação, a linguagem e o erotismo articulados diretamente à cultura, ao trabalho e à comunicação humana.

Este questionamento também foi foco de análise e discussão da oficina “Subjetividade e Prática Odontológica” realizada dia 21 de agosto de 2006, no período

pré-congresso do 11º Congresso Mundial de Saúde Pública e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em que a discussão dos grupos foi orientada pelo enunciado: "É na anamnese que se constitui o caso clínico, é na anamnese que aparece o doente com sua doença". No relatório final dessa Oficina, Botazzo um dos organizadores da oficina ponderou:

> Se é possível afirmar que há uma clínica odontológica, como seria essa clínica? Se fosse uma clínica de doenças da boca, numa perspectiva odontocentrada, tira-se a boca dos dentes. É possível falar em boca sem dentes? Ou dentes sem boca? Nosso olhar clínico até hoje foi guiado pelo olhar da dentística. Por que esse privilégio? Por que não olhamos com o olhar da periodontia, por exemplo? Ou então o da prótese ou o da endodontia ou o da ortodontia? Na verdade, olhamos com esses olhares parcelares e fazemos a contabilidade do número de restaurações ou de procedimentos, mas não "totalizamos" a cavidade bucal por inteiro nem mesmo o paciente por inteiro. E se nós mudássemos o olhar? A ruptura se daria na anamnese? (...)
> O problema é com a fragmentação da prática odontológica em especialidades, a redução do sujeito e do objeto pela academia. A pessoa com problemas temporo-mandibulares "cai" aonde? Como se aproximar da integralidade? O SUS que se vire, a academia não resolve isso. Não conseguimos acolher as pessoas em suas necessidades buco-dentárias nem resolver seus problemas. Aí, sim, está o encolhimento clínico da odontologia no SUS. Se boca e dente não são problemas sociais, então estamos num processo de autofagia. É preciso haver esse resgate do sujeito já que suas partes não conseguem representá-lo por si só. Clínica curiosa essa que não faz diagnóstico, não é? (BOTAZZO et al, 2006, p.14-17).

Como possibilidade de construção de uma outra Clínica SOUZA, (2004) propõe:

> ousarmos construir uma nova prática em saúde na qual Clínica Ampliada e Promoção da Saúde se articulem numa ação dialógica, de conflito e complementaridade, para que possamos construir o diálogo permanente entre ensino - gestão - atenção/cuidado/cura - controle social. [...]. Desta forma, a atenção integral também exige mudanças nos processos de trabalho: novas práticas e nova cultura de produção de saúde que defina linhas de cuidado e de cura centrados no usuário; um novo modelo produtor de cuidado-atenção-cura*, e* profissionais com competência técnica, postura política, ética e estética.

Para isso, será preciso pensar, pesquisar, buscar, arriscar, produzir, enfim, construir uma relação que vá além dos territórios historicamente pré-estabelecidos dos saberes e práticas da Odontologia. Quem sabe assim ampliaremos as possibilidades para a produção de uma Clínica do Desvio na Saúde Bucal Coletiva.

1.3. Minhas pretensões

O objetivo geral desta pesquisa ação-intervenção foi analisar os efeitos e os sentidos que uma proposta instituinte provocou nos modos de agir e pensar de diferentes sujeitos atuantes na Saúde Bucal dos serviços de saúde na atenção básica do SUS Campinas/SP.

Os objetivos específicos foram:

- Problematizar a "clínica odontológica" existente no SUS Campinas;
- Identificar e compreender os movimentos que foram mobilizados pelo Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal;
- Trazer a tona os processos microssociais e micropolíticos presentes nos serviços de Saúde Bucal, a partir da reflexão dos saberes da prática cotidiana dos sujeitos envolvidos com e nesta pesquisa;
- Compreender as relações que se estabeleceram entre as instituições e os sujeitos que se fizeram presentes neste processo;
- Analisar quais as potencialidades da técnica do Diário enquanto ferramenta de pesquisa ação-intervenção;
- Entender a potência do conceito de bucalidade na clínica dos profissionais envolvidos.

CAPÍTULO 2

PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO:

a pesquisa-ação-intervenção

Neste contexto onde se atravessam clínica e política pesquisa e ação, a palavra intervenção se junta à pesquisa não para substituir a ação, mas para produzir outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto.
(PASSOS e BARROS, 2000, p.73).

Na busca de caminhos para atingir as finalidades propostas por esta pesquisa, optei por um desenho investigativo que me permitisse problematizar as relações existentes entre os campos de conhecimentos e saberes envolvidos, assim como, entre a pesquisadora e o ato de pesquisar, revelando também as subjetividades presentes nesta relação, nos micro-espaços, na micropolítica do cotidiano da clínica Saúde Bucal Coletiva.

Neste percurso deparei-me com dois referenciais teórico-metodológicos que acolheram algumas das questões colocadas por esta pesquisa, porém nenhum em sua totalidade. Um deles é o referencial teórico da pesquisa-intervenção proposta pelos Analistas Institucionais: LOURAU (1975, 1979, 1993 e 2004), HESS & SAVOYE, (1993), ARDOINO & LOURAU (2003), PASSOS & BARROS (2000), L'ABBATE (2003, 2004, 2005 e 2005a), BARROS (2007); e o outro é a pesquisa-ação proposto por Kurt Lewin apresentado e discutido por diferentes autores, dentre eles: BARBIER (2002), ELLIOTT (1998), EL ANDALOUSSI (2004) e THIOLLENT (1985, 2005).

Neste momento, não é minha pretensão descrever todo o percurso histórico dos grandes debates entre os pensadores das ciências a fim de "inaugurar uma outra possibilidade de articulação entre teoria e prática, sujeito e objeto nas investigações sociológicas, psicológicas, educacionais, organizacionais" (ROCHA & AGUIAR, 2003. p.2). Este arcabouço teórico-metodológico precisou percorrer um longo caminho para constituir-se enquanto "pensamento científico", articulando pesquisador e campo de pesquisa, não separando sujeito e objeto. (ibidem, p.2).

Outros autores já se propuseram a refletir sobre e com as aproximações e distanciamentos da pesquisa-ação e da pesquisa-intervenção, PASSOS & BARROS (2000); ROCHA & AGUIAR (2003), MONCEAU (2005); PAULON (2005); AGUIAR & ROCHA (2007), SPAGNOL (2006); BARROS (2007). Desta maneira, não farei uma revisão exaustiva destas reflexões, o que proponho fazer é um diálogo com estes autores e trazer algumas características próprias da pesquisa-ação e da pesquisa-intervenção, buscando possibilidades de articular reflexão, ação, teoria, prática, pesquisa, intervenção, clínica, política, desejos, aproximando o leitor das propostas do percurso metodológico desta investigação, que, no meu entender, constitui-se num "entre" pesquisa-ação e pesquisa-intervenção, não sendo propriamente uma nem outra, mas também podendo ser um pouco de ambas: uma "pesquisa-ação-intervenção".

Sendo assim, implicada com estas escolhas, optei pela técnica do Diário Institucional, do Diário de Pesquisa e do Diário de Momentos, como ferramentas de intervenção para analisar as implicações dos sujeitos desta pesquisa, incluindo as da

pesquisadora. Deste modo, torna-se inoportuno qualquer referência acerca de uma possível neutralidade desta e nesta pesquisa, uma vez que estou situando/compreendendo este processo no campo da Análise Institucional.

Para tanto, o percurso teórico-metodológico aqui apresentado foi produzido/exercitado ao longo do caminho percorrido no processo de pesquisar desta investigação, onde a pesquisa-ação foi entrando e se (entre)cruzando com/na pesquisa-intervenção, que já estava pré-definida desde o início da mesma, configurando este percurso e não outro.

2.1. Sobre a Pesquisa-ação

Segundo BARBIER (2002), a pesquisa-ação tem pelo menos três origens. Para uns, ela foi criada por Kurt Lewin nos EUA na década de 50; para outros, o movimento da Escola Nova após a 1ª Guerra Mundial juntamente com John Dewey[32], constituíram um primeiro tipo de pesquisa-ação, e uma terceira origem é dada por Lapassade, que atribui a criação do termo pesquisa-ação ao antropólogo John Collier, também nos EUA, com descobertas etnológicas realizadas com indígenas.

TRIPP (2005, p.445) parte do pressuposto de que "não há certeza sobre quem inventou a pesquisa-ação", pois as pessoas sempre procuraram entender, investigar, conhecer a própria prática com o objetivo de melhorá-la. O autor cita os trabalhos "interraciais" de John Collier na Índia, refere o conceito de reflexão utilizado por John Dewey, publicado em 1933, e reporta-se, inclusive, aos antigos empiristas gregos, que provavelmente pesquisavam suas próprias ações. Mas, atribui a Lewin o mérito de ter sido o primeiro a publicar um trabalho empregando o termo.

EL ANDALOUSSI (2004, p. 74) afirma que se pode encontrar "outros pesquisadores que tentaram, antes de Lewin, refletir sobre suas práticas em diversos domínios". Todavia, o autor considera que "Lewin só seria, então, o representante de uma segunda geração. Não obstante, todo mundo lhe reconhece a paternidade da formulação e da sistematização da *action research* no quadro da psicologia social".

Na literatura existem vários autores que se dedicaram a teorizar sobre a pesquisa-ação, apresentando representações e tipologias "singulares", o que, de acordo com EL

[32] John Dewey pensador norte-americano que foi um dos fundadores da escola experimental de Chicago (1929), em que buscou tomar como base em seus projetos a ação em detrimento da teoria. (EL ANDALOUSSI, 2004).

ANDALOUSSI (2004, p.94), “revela a multiplicidade das representações em torno do conceito, de sua riqueza e de seu caráter promissor. As definições são diferentes, variam segundo o ponto de vista epistemológico, ideológico e metodológico”.

Na década de 60 surgiram vários movimentos de pesquisa-ação com diferentes tendências, tanto no campo da sociologia como no da educação.

PEREIRA (1998, p.154) refere-se às contribuições de John Elliott relacionadas à pesquisa-ação. Este educador inglês, desde a década de 60, publica seus estudos sobre o professor pesquisador e dedica-se a pesquisar a prática docente “como meio de produzir conhecimento sobre os problemas vividos pelo profissional, com vistas a atingir uma melhora da situação, de si mesmo e da coletividade”.

> Tanto para Elliott (1993), como para outros autores que tomam a pesquisa-ação como base para a melhora da ação prática, a característica mais marcante dessa abordagem é a de ser um processo que se modifica continuamente em espirais de reflexão e ação, onde cada espiral inclui: aclarar e diagnosticar uma situação prática ou um problema prático que se quer melhorar; formular estratégias de ação; desenvolver essas estratégias e avaliar sua eficiência; ampliar a compreensão da nova situação (situação resultante); proceder os mesmos passos para a nova situação prática. (ibidem, p. 162).

A autora vincula as idéias de John Elliott às de Lawrence Stenhouse e Kurt Lewin, afirmando que ambas possuem suas “raízes históricas na tradição aristotélica de ciência moral,”. Pois, para Elliott, *“*Aristóteles, em sua Ética, destaca uma forma de filosofia prática ou ciência moral que solicita a reflexão sistemática dos práticos sociais sobre as melhores formas de trabalhar os valores na prática” (ibidem, p. 163).

De acordo com BARROS (2007, p. 228), a pesquisa-ação criada por Kurt Lewin,

> foi um importante instrumento na tentativa de articular teoria e prática, teoria e ação. [...] Visava Lewin, em suas pesquisas, ao alívio das preocupações das pessoas em situação problemática, mas, simultaneamente, ao desenvolvimento das ciências sociais. Foi assim que a pesquisa-ação ganhou o terreno da sociologia, bem como o da psicologia social, da educação, do trabalho, aplicando ao campo microssocial modelos derivados das ciências fisioquímicas.

Com o intuito de demarcar os avanços gerados pela pesquisa-ação no campo da investigação, trago um paralelo entre os passos de uma pesquisa clássica e os da abordagem de uma pesquisa-ação elaborado por BARBIER (2002, p.54-57). Do ponto de vista deste autor esta “distingue-se com vantagens em cada uma dos itens”.

1) **Formulação do problema**: na pesquisa clássica, o problema era formulado pelos pesquisadores *a priori,* enquanto na pesquisa-ação “(...) o problema nasce, num

contexto preciso, de um grupo em crise. O pesquisador não o provoca, mas constata-o, e seu papel consiste em ajudar a coletividade a determinar todos os detalhes mais cruciais ligados ao problema, por uma tomada de consciência dos atores numa ação coletiva";

2) **Coleta de dados**: na pesquisa clássica, este passo é, em geral realizado a partir da seleção de uma amostra; já na pesquisa-ação, "as questões são da coletividade inteira e não as de uma amostra representativa".

3) **Avaliação dos resultados**: na abordagem clássica, os dados são coletados e analisados na tentativa de "reduzir toda influência externa sobre as variáveis selecionadas para o estudo" e os mesmos são de interesse apenas do pesquisador. Na pesquisa-ação, "os dados são retransmitidos à coletividade, a fim de conhecer sua percepção da realidade e de orientá-la de modo a permitir uma avaliação mais apropriada dos problemas detectados.";

4) **Análise e interpretação dos dados**: na pesquisa clássica, utiliza-se da estatística para verificar correlações entre as variáveis; na pesquisa-ação "são o produto de discussões de grupo. [...] O traço principal da pesquisa ação – a *opinião* – impõe a comunicação dos resultados da investigação aos membros nela envolvidos, objetivando análise de suas reações." E com relação à apresentação dos resultados "previamente negociados dia-a-dia entre pesquisador e os participantes da pesquisa [...] mas de qualquer modo, há sempre discussão sobre os resultados e uma proposta de novas estratégias de ação."

Com relação às Metodologias e os instrumentos de pesquisa, o autor afirma que a "pesquisa-ação utiliza os instrumentos tradicionais da pesquisa em Ciências Sociais, mas adota ou inventa novos". E, o papel do sociólogo nesse processo é de um simples mediador, porém "torna-se mais político" na medida em que cria situações que possibilitam "uma análise de conjunto do problema em questão e uma tomada de consciência" destas situações (ibidem, p.57).

Lewin apresentava, portanto, uma abordagem específica das ciências sociais, buscando transformar a realidade e produzir conhecimentos relativos a essas transformações (ibidem).

Contudo, BARBIER (2002) faz uma crítica à pesquisa-ação lewiniana com relação ao lugar ocupado pelo pesquisador. Reconhece as diferenças marcantes que apresenta em relação às pesquisas sociológicas clássicas, que pressupunham um pesquisador neutro, externo ao campo de investigação; porém, vale ressaltar que o pesquisador,

mesmo incluído no campo que investiga, continua sendo um "entrevistador", um sujeito não implicado no processo, portanto distante do "objeto" em análise.

Assim não há como negar a contribuição de Lewin, seus colaboradores e discípulos para com o desenvolvimento das ciências humanas, ainda que seus trabalhos tenham sido alvo de muitas críticas (EL ANDALOUSSI, 2004).

BARBIER (2002, p.57), referindo-se a estas críticas, as quais considera precedentes, fala de uma "nova pesquisa-ação" que se abre para uma "psicossociologia clínica e para uma etnografia de campo", em que destaca os educadores australianos Wilfred Carr e Stephen Kemmis. Trata-se de uma pesquisa-ação libertadora e crítica. Carr e Kemmis vinculam-se às teorias da escola de Frankfurt e desenvolvem uma linha de pensamento no campo da educação que articula a investigação-ação com os processos de formação docentes. (MIRANDA & RESENDE, 2006)

Uma outra "tipologia" muito utilizada, que segue um ponto de vista sociológico, seria a pesquisa-ação proposta por THIOLLENT, (2005, p.17)[33], cuja ênfase recai sobre análises dos aspectos estruturais da realidade, afirmando ser imprescindível sua vinculação a projetos de ação social com vistas à solução de problemas coletivos. Sustenta, ainda, que "uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação". O autor continua referindo-se à necessidade de haver uma ação "não-trivial" que mereça uma investigação "elaborada e conduzida".

Observa-se, portanto, que existem vários autores, cada qual com seus referenciais, que, na verdade, possuem abordagens próprias, conceitos, justificativas, explicações metodológicas, a partir de diferentes vinculações teórico-metodológicas.

De acordo com MIRANDA & RESENDE (2006, p. 514)

> À pesquisa-ação são atribuídas leituras que adotam uma perspectiva mais explicativa (experimental) ou mais compreensiva (fenomenológica ou dialética). Em princípio, as abordagens da pesquisa-ação constituem-se como crítica ao positivismo, ainda que se possa entender que nem todas logrem afastar-se inteiramente dessa concepção.

Longe de pretender fazer uma exaustiva discussão sobre as características e possibilidades dessa importante modalidade de investigação, mesmo diante de diferentes *démarches* que a pesquisa-ação possa assumir, concordo com EL ANDALOUSSI, (2004,

[33] No Brasil, no campo das Ciências Sociais, Michael Thiollent é um dos autores mais citados quando se refere à pesquisa-ação. Em 1985 lançou o livro "Metodologia da pesquisa-ação" que se encontra em sua 14ª. edição.

p.94) quando reforça que “é importante lembrar que a pesquisa-ação é obra comum do pesquisador e dos profissionais que agem com uma *démarche* peculiar e que têm, em conjunto, um projeto de mudança social e de produção de conhecimento. ”.

Segundo BARBIER (2002, p. 117),

> o espírito mesmo da pesquisa-ação consiste em uma *abordagem em espiral* que a todas utiliza. Significa que todo avanço em pesquisa-ação implica o efeito recursivo em função de uma reflexão permanente sobre a ação. [...] Nada de pesquisa sem ação, nada de ação sem pesquisa, como dizia Lewin. [...] Assim, na ação, o pesquisador passa e repassa seu olhar sobre o “objeto”, isto é, sobre o que vai em direção ao fim de um processo realizando uma ação de mudança permanente. Seu objeto constantemente lhe escapa, arrastado pelo fluxo da vida.

Tendo em vista, o objeto desta investigação na área da Saúde Bucal Coletiva, não se trata de optar por uma ou outra tipologia de pesquisa-ação, se de Elliott, de Barbier, de Thiollent, de Carr e Kemmis, ou outra, mas apresentar as características que demarcam um campo de pesquisa denominado pesquisa-ação, para poder traçar alguns pontos/elementos que se aproximam e/ou que se distanciam da proposta de pesquisa-intervenção que surgiu junto ao movimento institucionalista francês durante as décadas de 1960/70.

2.2. Sobre a pesquisa-intervenção

A década de 1960, na França, foi marcada por fortes movimentos que questionavam o modo como vinham funcionando as instituições da Educação, do Trabalho, da Política, da Psiquiatria, e foi neste cenário que a Análise Institucional teve seu maior desenvolvimento. De acordo com BARROS (2007, p.230),

> É neste âmbito que a palavra intervenção se junta à pesquisa, não para substituir a ação, mas para produzir outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto. É com o movimento institucionalista, incrementado a partir de meados de 60, que a corrente psicossociológica americana será criticada. Isto se deu tanto no âmbito da sociologia, que ao recusar sua vertente abstrata, se fez intervenção, como no da psicologia em seus vários âmbitos (educativos, terapêuticos, do trabalho), que passou a recusar a psicologização dos conflitos.

No Brasil esta corrente foi introduzida na década de 1970, período em que o país vivia um momento político de ditadura militar, que durou 21 anos, de 1964 a 1985 (L’ABBATE, 2005a).

Segundo L'ABBATE (2005a, p. 237),

> A análise institucional nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática. Tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos. Para tanto, utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, (...) tendo como base um conceito dialético de instituição.

L'ABBATE (2003, p. 266) esclarece que a expressão análise institucional não possui um sentido único, "pois na realidade, ela se constitui a partir de um conjunto de disciplinas e movimentos que ocorreram na sociedade francesa, a partir dos anos 40 e 50." Sendo que se pode considerar a existência de dois campos: a "análise institucional" e a "socioanálise" originadas, sobretudo das obras de René Lourau e Georges Lapassade com uma perspectiva dialética, e a "esquizoanálise" inspirada na filosofia da diferença, relacionada à Felix Guattari e Gilles Deleuze. No Brasil, os limites entre esses campos não são precisos, dado *a* "migração de conceitos entre eles".

De acordo com LOURAU (1975), a intervenção socioanalítica é a aplicação da análise institucional na prática dos grupos. Dizendo de outra maneira, a socioanálise é um método de intervenção determinado pela teoria da análise institucional. "Trata-se, enfim, de nomes diferentes para um mesmo projeto" (LOURAU, 1993, p.65).

A análise institucional pode ainda ser denominada "análise de papel" quando se dá sobre um "material empírico constituído por documentos, observações e entrevistas". (L'ABBATE, 2005. p. 237). Porém, LOURAU (1975) afirma que somente a intervenção em uma situação permite a verdadeira socioanálise.

Lapassade e Lourau são os autores do primeiro conjunto de obras que apresentam uma nova concepção para a socioanálise, que antes se centrava no grupo, e depois de novas elaborações teóricas oriundas de práticas intervencionistas dos autores, estes se propõem a "pensar a articulação entre o grupal, o organizacional e o institucional". Tais autores consideram que para ocorrer uma intervenção socioanalítica, faz-se necessário um conjunto de regras: análise da encomenda e da demanda, autogestão da intervenção, regra do "tudo dizer" (ou da livre expressão), elucidação da transversalidade, análise das implicações do pesquisador, elucidação dos analisadores. (HESS e SAVOYE, 1993).

Procurando definir a Intervenção Socioanalítica, HESS & SAVOYE (1993, p.97) propõem:

> Intervenção: método pelo qual um grupo de analistas sob a encomenda de uma organização social, institui nesta organização um processo coletivo de auto-análise, tal é a definição proposta em 1967, por Georges Lapassade, em *Grupo,*

> *organização, instituição*. Herdeira da psicossociologia, esta definição é retomada pela Análise Institucional que a re-elabora e aí introduz seus conceitos próprios. Nasce a intervenção socioanalítica.

Para LOURAU (1993, p.13-14), a análise institucional pretende trabalhar com a contradição, seguindo uma lógica dialética. "A Análise Institucional não esconde que é política, porém tampouco oculta que em sua 'política' está, como princípio, o conceito de autogestão. Ressalto ainda que este conceito é um dos mais contraditórios."

De acordo com LOURAU (1975), a análise institucional buscou inspirações, em termos conceituais, em diversas correntes do pensamento: na psicoterapia institucional, para elaborar o conceito de analisador e transversalidade; na pedagogia institucional, o conceito de autogestão; na psicossociologia, os conceitos de demanda, encomenda e implicação; e, em Castoriadis, o conceito de instituição.

Existem inúmeras possibilidades de conceituar instituição, estas são originárias de diferentes ciências. ARDOINO & LOURAU (2003:17-18) conceituam instituição enquanto "(...) um objeto virtual, produzido pela análise, que a elabora ao mesmo tempo em que a interpreta, muito mais do que um objeto real". Continuam o texto afirmando que:

> A instituição é imaterial. Jamais é diretamente apreensível. Só se pode apreendê-la por intermédio da materialidade da organização. Ainda assim, é necessário que um instrumental analítico apropriado permita reconhecê-la em sua especificidade, descolando-a da organização com a qual, de outra forma, ela se confundiria.

LOURAU (1975), seguindo a lógica hegeliana[34], definiu instituição enquanto um movimento dinâmico e dialético, resultado entre três momentos; o instituído, o instituinte e a institucionalização. O momento do instituído, do que está posto, estabelecido, as normas, as leis, o que o autor chamou de universal. O momento do instituinte, que, por seu turno, exprime a particularidade, a negação do instituído, do universal, "a contestação, colocação em questão do instituído pelo projeto do que ainda não é" (ARDOINO & LOURAU, 2003. p.25).

O resultado da relação entre estes dois momentos – instituído e instituinte - é a institucionalização, a singularidade, "o equilíbrio metaestável, em perpétuo devir, e não, 'síntese' definitiva..." (Ibidem).

[34] "A lógica hegeliana distingue, na análise de qualquer conceito, três momentos que, articulando-se, definem a dialética: momentos da universalidade, da singularidade e da particularidade. A dialética obriga a que não nos contentemos com a oposição dualista entre interesses particulares e interesse geral." (LOURAU, 2004, p.49)

Como se pode perceber, não é nada fácil definir instituição, por esse motivo LOURAU (1975) afirma que instituição é um "conceito polissêmico", pois possui diferentes sentidos, é um "conceito equivocado", designando sucessiva e simultaneamente instituído e instituinte, e é um "conceito problemático" na medida em que a instituição não se apresenta imediatamente à observação do observador/pesquisador na análise. Por não se revelar imediatamente ao observador/pesquisador, a instituição possui "uma face escondida. Esta face, que a análise institucional se propõe a descobrir, revelar-se no não dito". Para revelar essa "face escondida", a análise institucional constituiu-se lançando mão de alguns conceitos, sendo que os mais relevantes são: analisador, implicação, encomenda e demanda, auto-gestão e transversalidade.

Todavia, para o autor, as condições práticas de uma intervenção socioanalítica serão determinadas pelo "lugar do analista (individual ou coletivo) na situação de intervenção, o estudo do posto de trabalho analítico, e, de outro lado, a técnica de pesquisa, isto é, a aplicação concreta dos dados teóricos contidos no método." Deste modo, a intervenção e a análise estarão acontecendo ao mesmo tempo, uma vez que "o sistema de referência da análise institucional é estreitamente determinado pela presença física dos analistas enquanto atores sociais em uma situação social, e a presença material de todo o contexto institucional" (ibidem, p. 266-267).

A análise institucional, assim como outras disciplinas, também, critica a idéia da objetividade das ciências, interroga-se sobre a posição do pesquisador frente à sua produção e propõe a "multi-referencialidade".

> Esta não é sinônimo de pluridisciplinaridade, não é uma mera coleção de disciplinas justapostas. Refere-se ao apelo à diferença de métodos e ao uso de certos conceitos já existentes, a fim de construir um novo campo de coerência. (...) A análise institucional pretende trabalhar a contradição, seguir uma lógica dialética em oposição à lógica identitária característica das demais ciências – à exceção da Psicanálise. (LOURAU, 1993, p. 10).

É na implicação do pesquisador/analisador com sua pesquisa/produção que estará demarcada a posição frente à neutralidade dos pesquisadores em ciências sociais (LOURAU, 2004d).

Para LOURAU (1993, p.9), "todas as ciências estão baseadas na noção de implicação ou desimplicação". É o conjunto de condições de uma pesquisa que possibilitará a implicação ou não do pesquisador com a pesquisa, determinando assim, a qual ciência estamos nos referindo. Todavia, o autor assinala que "a Análise Institucional

tenta, timidamente, ser um pouco mais científica. Quer dizer, tenta não fazer um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento" (ibidem, p.16).

A palavra implicação para LOURAU (2004d, p.247-249) representa uma problemática, pois possui forte conotação jurídica, e fora escolhida como elemento indispensável de um projeto teórico da análise institucional, "mais por suas ressonâncias abstratas, matemáticas, do que por suas conotações jurídicas". Entretanto, para o autor, a palavra implicação fora escolhida por possuir um potencial que pode

> favorecer a articulação entre os dados subjetivos e os dados objetivos, sociológicos, em uma perspectiva não mais sociologista [...], e sim da sociologia aberta [...] da qual Henri Lefebvre propunha [...] com seu programa de descrição e análise de todos os aspectos da vida cotidiana.

Inspirado por H. Lefebvre, LOURAU (2004d, p.255-256) distingue, de forma esquemática, cinco dimensões que a implicação pode apresentar num processo de pesquisa intervenção:

> Implicações primárias: 1) implicação do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção; 2) implicação na instituição de pesquisa ou outra instituição de pertencimento e, antes de tudo, na equipe de pesquisa/intervenção; 3) implicação na encomenda social e nas demandas sociais. Implicações secundárias: 4) implicações sociais históricas, dos modelos utilizados (implicações epistemológicas); 5) implicações na escritura ou qualquer meio que sirva à exposição da pesquisa.

Estas dimensões da implicação no processo de pesquisa-intervenção colaboram na compreensão do quanto os sujeitos envolvidos implicaram-se pessoal e profissionalmente com e na proposta desta pesquisa.

Segundo L'ABBATE, (2005b) é possível destacar, na obra de Lourau, dois momentos básicos da construção e da aplicação desta ferramenta de intervenção - IMPLICAÇÂO: "1º em relação à posição de analista institucional em situação de intervenção; 2º em relação aos estudiosos e intelectuais dos mais diferentes tipos e matizes ao longo de suas obras, e também, em relação a si próprio como intelectual"

Para LOURAU (1981 apud L'ABBATE, 2007), a noção de implicação constitui-se de um conjunto de relações,

> que o intelectual recusa, conscientemente ou não de analisar na sua prática, quer se trate de relações com seus objetos de estudo, com a instituição cultural, com

> seu meio familiar, bem como a outras dimensões, como o dinheiro, o poder, a libido, e em geral com a sociedade da qual ele faz parte.

O conceito de implicação está intimamente relacionado com o conceito psicanalítico de contratransferência, ou seja, a reação consciente e inconsciente que o material do paciente produz no analista, ou em nosso caso, na relação entre os participantes da pesquisa. Porém, de acordo com BAREMBLITT (2002, p.153)

> no institucionalismo a implicação não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa e sobredeterminada. Ao mesmo tempo, um processo político, econômico, social etnológico, etc., heterogêneo e que deve ser examinado em todas as suas dimensões. Por outra parte, não é apenas uma reação da equipe interventora ao contato com o objeto de análise. Ela pode até ser prévia a qualquer contato. Não começa no 'cliente' e é, isso sim, uma interinfluência recíproca, simultânea, que faz parte integrante do processo de análise da organização.

A teoria da implicação ganhou força com o lançamento ou reedição de diários de campo que trazem "ao primeiro plano uma questão e, melhor dizendo, a problematologia da implicação (...): o estatuto de *extratexto* (ET) da escritura diarística," (ibidem). Nessas circunstâncias, o que antes era designado às notas de rodapé, sem o devido valor teórico, passa a valer como procedimento de trabalho e situar-se no corpo do texto.

> A implicação é concebida em ligação com o *implícito* do texto, o que não designa necessariamente o inconsciente ou o escondido, mas, sobretudo, segundo meu ponto de vista, os níveis ou modos de escritura recomendada, autorizados ou proibidos pela instituição. O implícito é, por exemplo, o intertexto ronronante das relações da pesquisa sociológica sob contrato, esse jargão, essa citação infinita, esse sistema de referência fechado como uma ostra; em suma, um certo tom, uma certa maneira de dar o nó na gravata da escritura, uma musiquinha sem palavras... Analisar tal intertexto já é compreender o implícito das relações, com a encomenda social, com a instituição. (LOURAU, 2004d, p. 252).

No terreno das contradições, encontra-se outro instrumento de análise muito importante da análise institucional, a "autogestão". Para LOURAU (1993), ela sempre é uma primeira opção no processo socioanalítico. As pessoas vivem no mundo da heterogestão em todos os lugares, ou seja, somos "geridos por outrem", e tal fato é encarado como algo natural. Esta naturalização da heterogestão não apenas nos aliena como nos priva da autonomia, da liberdade. Como dizia LOURAU (1993, p. 14), "É muito doloroso a análise de nossas implicações; ou melhor, a análise dos 'lugares' que ocupamos, ativamente, neste mundo". É mais cômodo deixar que pensem, decidam por

nós, pois deste modo “parece” que tiramos de nós o peso da responsabilidade, como se nada disso refletisse, em algum momento, de alguma maneira, em nossas vidas.

A análise institucional possui alguns conceitos operatórios que compõem o processo da intervenção. Estes conceitos operatórios, segundo LOURAU (1993, p.28), não possuem “uma ordem lógica, estando sempre em relação dialética uns com os outros”.

Antes de adentrar na apresentação destes conceitos operatórios, é preciso deixar claro de que “intervenção” se trata, pois, na França, esta palavra é utilizada para várias coisas, o que a banaliza. Assim, LOURAU (1993) nos apresenta a seguinte definição: “Intervenção significa, aqui, que o pesquisador é, ao mesmo tempo, técnico e praticante” (p.28).

> O sentido do termo intervenção quando circunscrito à realidade dos grupos é o que chamamos de campo de intervenção. A intervenção socioanalítica se caracteriza pela consideração de um campo de análise e um campo de intervenção que não se confundem. [...] Nosso método de intervenção consiste em criar um dispositivo de análise social coletiva. Pontuamos o sentido do termo socioanálise no dispositivo de intervenção. O que é, então, esse dispositivo? Consiste em analisar coletivamente uma situação coletiva. [...]. Quando falo do trabalho socioanalítico, refiro-me à necessidade, à tentativa de se colocar em cena o dispositivo.”(ibidem, p.29-30)

Para BARROS (2007. p.268) o dispositivo é, portanto, um instrumento de análise extraordinário para a socioanálise, pois é a partir dele que se promove a fala, o encontro entre os integrantes do grupo. Para os socioanalistas, o dispositivo-de-intervenção são as Assembléias Gerais, em que se reúne “o pessoal analítico e o pessoal responsável pela fase de negociação do trabalho”. Para os demais institucionalistas, o dispositivo *grupo* é um instrumento de trabalho, que faz do grupo um “dispositivo criado que põe algo em funcionamento. Neste sentido, o grupo não seria nem bom nem mau, resgatando, deste modo, um sentido diferente daquele naturalmente dado aos grupos, não mais como técnica, mas como dispositivo de intervenção.

LOURAU (1993, p. 30) afirma que há um “dispositivo em triângulo” numa Assembléia Geral socioanalítica, ou seja, estarão fazendo parte de um “coletivo em situação de análise”: os participantes, a equipe organizadora e a equipe de interventores. Será a relação entre este grupo que estará colocada em análise, “sob a forma de uma discussão coletiva”.

Outro conceito operatório que compõe o método é a Encomenda. A encomenda é o pedido oficial feito por parte de um grupo ou organização para que a intervenção ocorra. Esta encomenda deve tomar como princípio o conjunto de Demandas. Sendo assim, a encomenda tem origem em demandas. Por sua vez, as demandas são as solicitações feitas pelos integrantes do grupo ou organização que está em processo de intervenção (L'ABBATE, 2005a). Elas podem, surgir não somente durante o processo socioanalítico como também antes dele:

> Há demandas que preexistem ao trabalho socioanalítico. Como muitas vezes são as demandas que geram uma encomenda, [...] ao pensar uma encomenda de intervenção, devemos considerar as demandas como "modificadas", pois influenciadas por essa nova situação; ou seja, elas têm, agora, relação como o projeto de convidar certa equipe de interventores. (LOURAU, 1993, p. 33).

De acordo com BAREMBLITT (2002, p.106), a intervenção deve se iniciar pela análise da produção da demanda, ou seja, o grupo interventor deve analisar cuidadosamente como ele, grupo interventor, ofereceu seus serviços, ou seja, "o estudo da forma como ele produziu a demanda que lhe é feita." Para o autor

> Não existe demanda espontânea, toda demanda é produzida, é gerada, e existe um cruzamento na natureza da demanda, de tal maneira que não é necessariamente a organização que oferece um serviço a única responsável pela produção de demanda desse serviço. Muitas vezes, a produção da demanda de um serviço, por exemplo, um serviço de saúde, é 'naturalmente', em princípio, produzida pelos estabelecimentos de saúde que oferecem seus serviços. Mas ela é produzida, igualmente, pela falência, por exemplo, de outras ofertas de outras organizações e dos serviços dessas organizações que são incompletos, [...] e que geram demanda de serviços de saúde porque não resolvem bem os problemas da sua especificidade. [...] o mínimo que podemos saber sobre isso é que não existe demanda espontânea e natural, nem universal, nem eterna, mas, pelo contrário, ela é produzida pela oferta.

Deste modo, a oferta ou produção da demanda deverá ser analisada, pois este processo irá gerar o início da análise da implicação do grupo interventor, ou seja, irá gerar uma compreensão da interação da interpenetração das implicações do grupo interventor com a organização em análise. BAREMBLITT (2002) define a análise da implicação como sendo "a análise do compromisso sócio-econômico-político-libidinal que a equipe analítica interventora, consciente ou não, tem com sua tarefa, ela começa pela análise da implicação existente na oferta, ou seja, na produção da demanda." (p. 107).

Para LOURAU (1993, p. 36), “a análise da implicação é o cerne do trabalho socioanalítico, e não consiste somente em analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo o momento, inclusive no momento da própria intervenção”.

Uma efetiva análise das implicações pode ser disparada a partir da utilização de um outro conceito operatório: a Restituição. Esta “consiste em se centrar numa tarefa – a análise coletiva da situação presente, no presente – em função das diversas implicações de cada um com e na situação” (LOURAU, 1993, p. 64).

O processo de intervenção, quando disparado, gera acontecimentos, ou seja, permite o surgimento de acontecimentos reveladores da natureza do instituído, até então, “invisíveis”. Este movimento de desnaturalização produzido é denominado Analisadores.

> Os analisadores seriam acontecimentos - no sentido daquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe. Eles assinalam as múltiplas relações que compõem o campo tanto em seu nível de intervenção quanto em seu nível de análise. (PASSOS & BARROS, 2000, p. 73),

Os analisadores são manifestações contrárias ao instituído que revelam o oculto da instituição. De acordo com L’ABBATE, (2006) o conceito de analisador foi criado por Félix Guattari, para quem: “o papel do analisador parece consistir em trazer à luz certas situações e levar o conjunto do grupo a não poder safar-se demasiado facilmente de sua verdade.”

L’ABBATE, (2004: 82) afirma que

> o conceito de analisador e sua aplicação constituem uma verdadeira inversão epistemológica, pois produzem uma união entre a análise a o fenômeno que a engendra, provocando assim uma inversão da relação entre o objeto real e o objeto de conhecimento, na medida em que eles não são mais considerados como entidades separadas.

A intervenção está associada à construção e/ou utilização de analisadores que produzem um processo que BARROS (2007, p. 231) define como “desnaturalização permanente da instituição, incluindo a própria instituição da análise e a da pesquisa.”

Este processo de desnaturalização é produzido por estratégias de intervenção de acordo com o modo como os analisadores colocam “em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas”. (ROCHA & AGUIAR, 2003, p. 72)

Portanto, como indica a célebre frase de Lapassade (1973, apud L'ABBATE, 2004, p. 82), "é o analisador que realiza a análise".

Outro conceito, elaborado por Félix Guattari e que também compõe o conjunto de regras da Socioanálise, é a elucidação da transversalidade, ou seja,

> do papel dos vínculos/pertencimentos e referências positivas ou negativas dos membros do coletivo em análise, distintos do pertencimento comum à unidade social socioanalisada. As particularidades de vinculação e de referência atravessam a unidade social e, por conseguinte, o coletivo que aí é incluso. (HESS & SAVOYE, 1993, p.05).

A transversalidade traz diferentes referenciais. De maneira sintética, são "os diversos pertencimentos sociais e institucionais de cada um", como afirma LOURAU (1979, p.39)

> Não estamos absolutamente determinados, não estamos absolutamente indeterminados: porque há uma História, somos seres sobredeterminados-sobredeterminantes. Nas situações-limites intensas, agônicas, [...] compreendemos subitamente que forças sociais nos atravessam e aprendemos ao mesmo tempo controlá-las a inflecti-las.

É, portanto, aquilo que atravessa o grupo que está em análise, que faz aparecer a multiplicidade, as diferenças. "se é certo que toda instituição é atravessada por todos os 'níveis' de uma formação social, a instituição deve ser definida necessariamente pela transversalidade." (LOURAU, 2004a, p76).

LOURAU (1975, p.189), apresentando o conceito de transversalidade, diz que:

> Guattari distingue primeiramente dois tipos de grupo, o grupo sujeito e o grupo submetido. O primeiro efetua o desprendimento de uma hierarquização das estruturas que lhe permitirá abrir-se para um além dos interesses do grupo, a ter êxito numa assunção pela palavra. O segundo sofre sua hierarquização por ocasião de seu ajuste aos outros grupos. [...] e todo grupo oscila entre estas duas posições. [...] a transversalidade se define por oposição à "verticalidade" (estrutura piramidal do organograma) e à "horizontalidade" (sociograma de relações mais ou menos informais, mais ou menos institucionais nos diversos degraus da pirâmide). "A transversalidade, diz Guattari, vence estes dois impasses (o da verticalidade 'oficial' e o da horizontalidade 'informal')".

Neste sentido, a questão é perceber, numa instituição, "como, quanto e com qual intensidade eles se articulam, por isso Guattari fala em coeficiente de transversalidade, ou

seja, o grau de cegueira de cada membro de uma equipe ou de uma instituição" (L'ABBATE, 2005b). Quanto mais os vínculos existentes forem explicitados (vínculos políticos, profissionais, religiosos, etc.), tanto maior será o coeficiente de transversalidade, portanto, mais o grupo será um grupo sujeito, em "que sua prática será no sentido de atuar de acordo com o seu próprio desejo, de suas próprias regras, sempre em discussão e de poder encarar sua própria finitude" (ibidem). Para LOURAU (1975, p 270), na prática do grupo sujeito, a transversalidade é o fundamento da ação instituinte dos grupamentos.

Deste modo, ampliar o coeficiente de transversalidade implica na potencialização de espaços de diálogo e discussão.

O grupo submetido, ou grupo sujeitado, opera no sentido oposto, ou seja, "possui uma estrutura rígida e hierarquizada, feita para impedir qualquer corte criativo" (L'ABBATE, 2005b). Reconhecem apenas o que lhes é conferido dentro da instituição ou grupamento, "que são os produtos das normas, indispensáveis ao funcionamento do grupo-objeto. Neste caso, estão os grupamentos constituídos pela divisão do trabalho e pelas hierarquias de poder". Mas a missão de qualquer trabalho de grupo é contribuir para que o grupo (ou a instituição) em análise seja cada vez mais sujeito de suas ações e de seu destino (ibidem).

Sendo assim, a pesquisa intervenção visa:

> interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições. Trata-se de produzir evidências que visibilizem o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação. Sua metodologia está baseada, portanto, numa argüição que possibilita desmanchar os territórios constituídos e convoca a criação de outras instituições. É claro que a própria noção de instituição é modificada, já que, ao não ser identificada à de estabelecimento, remete ao processo de produção constante de modos de legitimação das práticas sociais. (PASSOS & BARROS, 2000. p. 73).

2.3. Pesquisa-ação e/ou Pesquisa-intervenção?

MONCEAU (2005, p.469) elaborou uma seqüência argumentativa, traçando um paralelo entre pesquisa-ação e pesquisa-intervenção com a finalidade de demonstrar que a "designação pesquisa-ação não passa de uma possibilidade entre outras de qualificar, na instituição científica, um gênero que possui especificidades que é importante precisar", e propõe outro campo de pesquisa em elaboração, a Socioclínica. Para apresentar esta "nova modalidade" de pesquisa, o autor afirma que "as práticas de intervenção e as práticas de pesquisa-ação participam de uma mesma dinâmica em que se integram

psicologia social, psicossociologia, sociologia e análise institucional", e continua sua reflexão, dialogando com outros autores:

> Pesquisa-ação e intervenção não se excluem (Dubost & Levy, 2002), elas qualificam a maneira pela qual se constrói e se põe em movimento o dispositivo de trabalho por meio do qual colaboram o(s) pesquisador(es) e os demais que, conforme o caso e o quadro teórico, chamamos de práticos, clientes, parceiros, atores, sujeitos, indivíduos ou pessoas. (...). Hoje em dia, pesquisa-ação e pesquisa-intervenção são o mais das vezes apresentadas como semelhantes e até mesmo confundidas. (ibidem, p. 469).

O autor traz como referência obrigatória, a pesquisa-ação de Kurt Lewin, que acompanha as idéias propostas por George Lapassade, afirmando que

> Elas enfrentam desafios semelhantes. As maneiras pelas quais seus protagonistas pensam sobre elas freqüentemente se cruzam e suas origens se mesclam. Assim, sempre encontramos, em inúmeras genealogias da pesquisa-ação e das práticas de intervenção psicossociológica e sociológica, os nomes de Lewin, Lippit, Moreno, Mayo, Alinsky, Bion, mas também, na França, referências às publicações dos movimentos leplaysiano, fourierista, prudoniano e marxista. (ibidem, p. 471).

Concordo em parte com estas afirmações, porém, procurarei mostrar que pesquisa-ação e pesquisa-intervenção possuem bases epistemológicas que se aproximam e outras que demarcam posições distintas.

AGUIAR & ROCHA (2007), buscando um aprofundamento dos referenciais da pesquisa-intervenção, encontram uma heterogeneidade de tendências de pesquisas denominadas participativas e, entendem que a pesquisa-ação e a pesquisa-intervenção estão incluídas neste grupo, pois em ambas,

> o sujeito do conhecimento se produz em meio às práticas sócio-históricas, ou seja, o conhecimento enquanto produção e o sujeito inscrito nesse processo se fazem em condições determinadas, o que torna imprópria qualquer alusão acerca de uma possível neutralidade que norteia as práticas de pesquisa. (p.650).

Porém, as autoras enfatizam que a pesquisa-intervenção, "enquanto proposta de atuação (trans)formadora, ela aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas". (ibidem, p.655)

As autoras afirmam, ainda, que o pensamento institucionalista (francês e argentino) vem re-significando a proposta clássica de pesquisa-ação de Kurt Lewin, em que a gênese social precede a gênese teórica e metodológica.

> trata-se, agora, não de uma metodologia com justificativas epistemológicas, e sim, de um dispositivo de intervenção no qual se afirme o ato político que toda investigação constitui. Isso porque, na pesquisa-intervenção, acentua-se todo o tempo o vínculo entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos. (ibidem, p. 655).

Assim, a produção do conhecimento e de práticas na pesquisa-intervenção se dão num mesmo movimento.

PAULON (2005, p. 21), fazendo referência à pesquisa-ação proposta por Thiollent (1985), afirma que o objetivo primeiro desta metodologia de investigação é uma mudança de comportamento, uma transformação no objeto que está sendo pesquisado, impulsionando para uma maior consciência social, e o pesquisador, ator social homogêneo, direciona para a elucidação dos diversos interesses envolvidos na situação investigada, atuando como agente de mudança. Contrapondo-se a esta finalidade, a pesquisa-intervenção "ao operar no plano dos acontecimentos, deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela", ele não se pretende agente de mudança, mas sim produtor de novos sentidos, novas intercessões.

> Na pesquisa intervenção, não visamos à mudança imediata da ação instituída, pois a mudança é conseqüência da produção de uma outra relação entre teoria e prática, assim como entre sujeito e objeto. No âmbito da Sociologia, a questão se vincula à afirmação de uma micropolítica do cotidiano, construindo uma trajetória concreta de movimentos; da Psicologia, envolve a recusa da individualização e da psicologização dos conflitos. (ROCHA e AGUIAR, 2003. p. 70)

Para BARROS (2007, p. 232), "A pesquisa-intervenção, ou apenas a intervenção, como procedimento de aproximação com o campo, mostra-nos que ambos – pesquisador e pesquisado, ou seja, sujeito e objeto de conhecimento – se constituem no mesmo momento, no mesmo processo."

Neste sentido, a pesquisa-intervenção aproxima-se muito da pesquisa-ação em educação que se fundamenta nos estudos de Elliott e Zeichnner, como apresentado por GERALDI (2000), que, buscando superar algumas concepções frequentemente utilizadas de pesquisa-ação nas ciências sociais, posiciona-se criticamente à abordagem de pesquisa-ação proposta por Thiollent, afirmando que:

> diferentemente do que explicita Thiollent, as professoras pesquisadoras não são "participantes representativos da situação", mas são as pesquisadoras, sem estarem em posição hierárquica inferior aos pesquisadores externos [...] trata-se de

> tomar as professoras como pesquisadoras e não como participantes de uma pesquisa cujo controle está fora do seu domínio, seja na Universidade, seja nas Secretarias de Educação [...]. A pesquisa-ação proposta e trabalhada por Zeichnner com professoras dos diferentes graus de ensino e alunos e alunas de graduação, considera a professora como sujeito do processo de produção de conhecimento. São pesquisadoras, tem voz, mantém a propriedade de sua pesquisa, o controle e, portanto, a autoria dos seus resultados e os seus saberes são respeitados (p. 90).

Está em causa, portanto, a natureza da relação entre sujeito e objeto nas ciências humanas e sociais, e é neste terreno que o conceito de implicação se insere e demarca sua vinculação teórica.

LOURAU (2004c, p.190-191), analisando a gênese teórica do conceito de implicação, afirma que:

> O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências, participações e não participações, sobre motivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... – mas a análise dessa implicação. [...] a implicação, por sua vez, deve ser analisada individualmente e coletivamente, o que supõe atividade intensa e, muitas vezes, penosa. [...], é que a implicação se encontra camuflada pela sobreimplicação, mantida à sombra da última.

Para este autor, é com a sobreimplicação que "apreende-se o vínculo entre subjetivismo e instrumentalismo" (ibidem, p.197).

MONCEAU (2008, p.23), partindo do referencial de Lourau e Lapassade, diz que é o conceito de sobreimplicação que possibilita uma melhor apreensão do conceito de implicação e define a sobreimplicação como "uma impossibilidade de analisar a implicação". Exemplificando: é muito comum, quando um pesquisador que possui um vínculo muito forte com a instituição na qual a pesquisa irá se realizar, influenciar-se no momento de análise, e essa sobreimplicação impedi-lo de ver algumas coisas.

Numa outra abordagem, BARBIER (1985) apresenta de forma didática três dimensões da implicação. Elas dizem respeito, na realidade, às formas básicas das pessoas atuarem nas várias esferas da vida (desde a vida privada, a pública e a profissional). De maneira breve segue uma noção dessas dimensões: 1ª. dimensão – a Afetivo-libidinal, que traz a dimensão do desejo, dos afetos; 2ª. dimensão - Histórico-existencial que está articulada a anterior, porém está marcada pelos nossos valores e hábitos, bem como por nossa visão de mundo; e uma 3ª. dimensão - Estruturo-

profissional, ou seja, a forma como estruturamos nossa vida profissional em todos os aspectos, econômicos, científicos e políticos. (ibidem, 1985).

Porém, considerando a implicação um conceito polissêmico, EL ANDALOUSSI (2004, p. 94) irá determinar a representação que se poderá ter da pesquisa-ação, ou seja, "a posição ocupada pelo pesquisador e/ou atores no dispositivo de pesquisa-ação que serão determinantes".

Seguindo este raciocínio, BARROS, (2007), analisando o conceito de implicação de ambas as propostas, demarca a distinção dos territórios teóricos destas duas concepções de pesquisa: pesquisa-ação e pesquisa-intervenção.

> O que Lewin apontava, então, era para a presença dos aspectos afetivo/libidinais do pesquisador na investigação. A noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, refere-se não a uma redução do impacto que uma determinada situação tem sobre a história do pesquisador, nem ao fato de não se considerar exterior ao processo em curso (isto é, saber-se incluído no campo de pesquisa). Menos ainda algo que sirva para simplesmente satisfazer a vaidade pessoal com o pretexto de reconhecer o direito daqueles que o ouvem de saberem com quem falam. A implicação não é uma questão de vontade, de decisão consciente. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa, que busca ocupar e do que lhe é designado ocupar com os riscos que isto implica. Melhor seria dizer, de fato, análise das implicações posto que implicado sempre se está. (ibidem, p.231)

Para LOURAU (1993, p. 36-37),

> A análise das implicações é o cerne do trabalho socioanalítico, e não consiste somente em analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo o momento, inclusive no momento da própria intervenção. [...] O importante é a análise se tornar o mais pública e coletiva possível. E nem tudo é possível...Há resistências a se revelar e a se coletivizar alguns "segredos", mesmo estes não sendo com relação a pertencer à máfia.

Há, ainda, mais um ponto de divergência entre estas duas abordagens, pois em BARBIER (2002), a pesquisa-ação utiliza-se de "técnicas de implicação" como os diários, registros audiovisuais e análise de conteúdo, e, na pesquisa-intervenção, a implicação não é uma técnica, mas sim um conceito chave capaz de provocar "revoluções", como diria LOURAU (1993).

Pesquisa-ação e/ou pesquisa intervenção? Entendo que ambas são modos de abordagem da micropolítica presente no/do cotidiano dos serviços de saúde e que o debate em torno da necessidade de demarcar, ou não, os espaços/territórios de cada

uma delas encontra-se aberto. Cabe ao pesquisador, interessado em abordagens da micropolítica, capturar o que está em consonância com os propósitos da investigação que pretende produzir. Nesta investigação, procurando colocar em análise práticas do cotidiano em Saúde Bucal Coletiva, fazendo uso de alguns aportes teórico-metodológicos da pesquisa-intervenção, é que um encontro entre pesquisa-intervenção e pesquisa-ação aconteceu, produzindo uma pesquisa-ação-intervenção.

2.4. Pesquisa-ação-intervenção: aberturas/brechas que possibilitaram análises das implicações

> Pesquisar é, antes de mais nada, uma atitude que interroga os homens e os fatos em seus processos de constituição, trazendo para o campo de análise as histórias, o caráter transitório e parcial, os recortes que a investigação imprime nas práticas e a forma como produz seus próprios objetos-efeitos. (AGUIAR & ROCHA, 2007)

A forma como os "objetos-efeitos"[35] foram surgindo no percurso desta investigação é que gerou aberturas/brechas que possibilitaram o encontro entre a pesquisa-intervenção e a pesquisa-ação, produzindo este desenho de pesquisa que estou denominando pesquisa-ação-intervenção.

Fazendo uma rememoração desde o início deste percurso, percebo que houve alguns encontros, algumas capturas de "acontecimentos" que configuraram um caminho percorrido até chegar aqui, e este caminhar produziu um sentido para esses acontecimentos.

A palavra acontecimento está impregnada de sentidos. Para BAREMBLITT (2002, p.134), "acontecimento" é um,

> ato, processo e resultado da atividade afirmativa do acaso. É o momento da aparição do novo absoluto, da diferença e da singularidade. Estes atos, processos e resultados, conseqüências de conexões insólitas que escapam das construções do instituído – organizado, estabelecido, são substrato de transformações de pequeno ou grande porte que revolucionam a História em todos os seus níveis e âmbitos. O acontecimento atualiza as virtualidades, cuja essência não coincide com as possibilidades. O virtual não existe, mas faz parte da realidade.

[35] Estou entendendo "objetos-efeitos" como acontecimentos únicos, irrepetíveis que, quando produzidos, potencializam fenômenos - "efeitos" – circunstanciais, naquilo que está em movimento, naquilo que está sendo processado.

BARROS (2004, p. 68), referindo-se ao *maio de 68 francês*, associa-o a este fenômeno de "acontecimento" porque:

> porta exatamente o sentido de ruptura, daquilo que não pode ser representado, que interrompe uma sucessão de fatos. Por isso, afirmamos que seria algo que não faz parte da história, algo que lhe escapa. [...] outra característica: [...] a fratura que produz pode irradiar-se, encontrar ressonância em uma multiplicidade de outros acontecimentos ainda invisíveis.

Numa certa analogia, no caso deste trabalho, o primeiro "acontecimento" deu-se em meados de 2003, quando quatro cirurgiões dentistas que cursavam a Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica de Campinas me fizeram uma **encomenda** para orientar a monografia que iriam construir para conclusão da especialização. A idéia inicial era a de refletir sobre os serviços odontológicos da rede municipal de saúde de Campinas, pois três deles estavam na função de Apoiadores, em três Distritos de Saúde/SMS de Campinas. O resultado deste estudo foi a construção de uma proposta, ainda que teórica, que buscou repensar o modo de organização do cuidado em Saúde Bucal nos serviços de saúde, denominada: Alta Pactuada em Saúde Bucal.

PEREIRA (1998, p.167), fazendo referência à Elliott, afirma que "a condição necessária antecedente da pesquisa-ação, é que os práticos sintam a necessidade de iniciar mudanças, de inovar." Pois, nesta abordagem de pesquisa-ação, o pesquisador não é externo à pesquisa, mas é o educador pesquisando seu cotidiano, sua sala de aula, sua relação com a comunidade, enfim sua própria prática. Trazendo para nosso caso, seria o profissional de Saúde Bucal incomodado com seu cotidiano, procurando alguma maneira de modificá-lo, de refletir sobre e com sua própria prática.

Em setembro de 2004, houve uma 1ª **demanda** (minha e de dois autores da monografia), para organizar um grupo de estudos na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (futuramente o Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal) a fim de estudar a proposta da Alta Pactuada e construir um projeto de intervenção – **instituinte** – numa **instituição**, a clínica odontológica em algumas Unidades de Saúde do município. Portanto, havia um projeto "coletivo" cujos propositores, incluindo-me como pesquisadora, estavam implicados.

A partir de então, iniciamos os encontros[36] do GAP-Saúde Bucal, cujos sujeitos participantes estão referidos no Anexo 4. Foi um total de 21 encontros[37], no período de novembro de 2004 a setembro de 2008, sendo dois em 2004, sete em 2005, sete em 2006 (de agosto/06 a fev/07, eu estava de licença maternidade), quatro em 2007, e um em 2008 (Restituição). A proposta era que os encontros fossem mensais, mas nem sempre conseguíamos manter tal regularidade, ainda que fizéssemos o possível. Tivemos um período em que 12 (doze) cirurgiões dentistas estavam envolvidos com o grupo, distribuídos da seguinte maneira: cinco apoiadores distritais, dois representantes do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde e quatro cirurgiões dentistas das Unidades de Saúde interessados em (re)pensar o seu processo de trabalho, e eu própria, que participei como pesquisadora. Portanto, tínhamos a representação de diferentes instâncias: gestão, área meio, área fim e universidade. Contudo, em nenhum encontro pudemos contar com a participação dos doze integrantes, tivemos no máximo dez pessoas em dois destes 21 encontros. Sei que não é o aspecto quantitativo que importa, mas como era este nosso "dispositivo de intervenção", as discussões coletivas eram cruciais, elas traziam os desejos, as angústias, demarcavam-se as relações de poder, de lugares ocupados e não ocupados por cada. Parecia que estávamos todos mergulhados num outro "espaço-tempo" naquelas horas que durava cada encontro, por isso estar ou não estar num encontro faz diferença. Além disso, o registro de cada encontro era enviado para todo o grupo, mesmo para os ausentes, via internet.

Para agendar os encontros, fazíamos uma "pesquisa" por *e-mail*, geralmente era esta autora que tomava a iniciativa, e, às vezes, Sol[38] e eu mandávamos as mensagens. Nem sempre obtínhamos resposta de todos, eram sempre uns quatro ou cinco que respondiam. Poucos integrantes do grupo tinham o hábito de consultar *e-mail* diariamente.

O movimento interno do grupo é sempre muito complexo, por isso procuramos, sinto que era geral esse pressuposto, manter a autonomia do espaço de cada um dos participantes, procurando, assim, instaurar uma **autogestão** do grupo. Todavia, não tivemos muito êxito nesta empreitada. Como LOURAU (1993, p.14) afirmou em sua palestra na UFRJ, referindo-se às contradições existentes na Análise Institucional, especialmente ao conceito de autogestão e a noção de implicação:

[36] Estou utilizando a palavra encontro em lugar de reunião por entender que no(s) encontro(s) com o(s) outro(s), "o encontro intercultural", podemos produzir ou reproduzir "momentos" de duas ou mais sociedades em suas dimensões etnográfica, etnológica ou antropológica (HESS, 2006).

[37] No Anexo 5 consta um detalhamento com datas, temas geradores de análise e relação dos participantes em cada um dos encontros do GAP-Sáude Bucal.

[38] Sol é um pseudônimo de um dos sujeitos desta pesquisa. Consulte o Anexo 4.

> A autogestão que existe, a que tem podido existir, acontece dentro de uma contradição total, já que a vida cotidiana, a minha e também a de vocês, se passa no terreno da heterogestão. [...] Cotidianamente preferimos não nos colocar muitos problemas e, "permitimos" que se dê a heterogestão, "confiamos" a "autogestão" a outras pessoas. [...] Amamos nossa "alienação".

Isso também aconteceu no GAP-Saúde Bucal, os integrantes confiaram a "autogestão" do grupo à mim. Pelo conjunto de condições estabelecidas entre a profissional Luciane, meu papel de pesquisadora, o objeto da minha pesquisa e o grupo fui assumindo esta função. Porém, não se instalou uma heterogestão, uma alienação real, conforme definida por CAMPOS (2005, p.27) como "separação, concreta e cotidiana, dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado do seu próprio trabalho", pois estávamos construindo um espaço coletivo em busca do fortalecimento de cada um dos sujeitos envolvidos.

Aliás, meu papel no GAP-Saúde Bucal não foi exatamente de analista institucional ou socioanalista, pois não segui as regras da socioanálise clássica descrita por Lourau e Lapassade, uma vez que não havia encomenda e demanda neste sentido.

Mesmo com algumas "alienações", cada participante foi agregando outros saberes aos já existentes e às suas experiências, de forma a construir um projeto coletivo e individual, todos com um caráter instituinte.

Com a finalidade de acompanhar o processo de construção deste projeto instituinte que estava em pauta no grupo, pactuamos - nós integrantes do GAP-Saúde Bucal - de fazer o registro de cada encontro, trazendo discussões, propostas, dúvidas, enfim, os acontecimentos do grupo. Após a aprovação do projeto de pesquisa de doutorado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FCM/Unicamp, procurando seguir os preceitos éticos da pesquisa, entreguei, individualmente para cada um dos integrantes do grupo, um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), e, somente após a anuência dos mesmos, passei a gravar os encontros em fita cassete.

Como ferramenta de intervenção-ação, trouxe para o grupo a proposta do Diário Institucional (HESS, 1988), como um instrumento de acompanhamento do trabalho dos componentes do GAP-Saúde Bucal, ou seja, cada um dos integrantes do grupo faria o registro dos acontecimentos mais marcantes ao longo do período em que estivesse envolvido com a construção do seu projeto de intervenção.

O Diário Institucional – DI concebido por HESS (1988, p. 4) é uma técnica,

> é uma tentativa pedagógica para conduzir as pessoas do nível da escrita intima ao nível da escrita pública. [...] O objetivo deste trabalho é primeiramente - para

> aquele que o tem - clarear sua relação com o seu trabalho, sua relação com o estabelecimento ou instituição tomada como alvo da pesquisa. Quando este trabalho for difundido internamente no estabelecimento, o diário tornar-se-á ferramenta de intervenção, método de análise e, talvez, de mudança no lugar onde ele é também discutido, visto, contestado [...] consiste da descrição diária, como em um diário íntimo, dos fatos organizados em torno de uma vivência em uma instituição (seu trabalho, ..., sua relação com uma pesquisa, etc.) .Trata-se, não de contar tudo o que nos acontece em um dia, mas a cada dia (ou ao menos 3 ou 4 vezes por semana) de anotar um fato marcante [...] tendo uma relação com o objetivo que se está dando para este diário.

Não sabia como o DI seria utilizado pelo grupo, ou mesmo na pesquisa, quais integrantes iriam assumi-lo e realmente utilizá-lo. Já conhecia o DI antes mesmo de ingressar no doutorado, porém só havia utilizado esta ferramenta uma vez num curso de pós-graduação para estimular a elaboração individual e coletiva de um conceito teórico-prático.

Nesta proposta de introduzir a discussão do DI no grupo, escrevi no meu Diário de Pesquisa - DP:

> Estou preocupada com o andamento do grupo, porque não quero que meu projeto seja o objetivo central do grupo e sim que o grupo encontre seu próprio objetivo. [...] Acho que seria importante propor alguns textos para aquecer as discussões no grupo e fundamentar a proposta da Alta Pactuada. Será que o Diário Institucional não seria uma proposta para apoiar as reflexões que estão fazendo? Mas, como irei introduzir a proposta do Diário Institucional? Será para o grupo todo? Será para os profissionais que irão implementar a proposta na ponta? Ou será para ambos? (DP - Luciane, 13/12/04)[39]

Conforme combinado no 3º encontro, enviei o texto intitulado: "Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional" de autoria de Hess (1988), para todo o grupo, o qual deveria ser lido e discutido no 4º encontro (DM, 17/03/2005)[40], mas como nem sempre as pautas eram cumpridas, essa discussão geral nunca ocorreu, cada um foi se interessando e se apropriando dessa ferramenta individualmente, sendo que, em julho de 2006, tínhamos quatro integrantes realizando seus registros individualmente de maneira mais sistemática.

A proposta era que o DI trouxesse à tona reflexões geradas em cada um dos diaristas, possibilitando analisar o que cada um destes profissionais, implicados com seus

[39] Esta é a forma que estarei me referindo, ao longo do texto, a trechos retirados do meu Diário de Pesquisa-DP seguido da data em que foi escrito.
[40] Esta é a forma que estarei me referindo, ao longo do texto, aos encontros do GAP-Saúde Bucal que compõem o Diário de Momentos-DM, conforme constam relacionados no Anexo 5, com as respectivas datas e demais detalhamentos.

cotidianos, estava refletindo da sua própria prática-ação-intervenção em seu cotidiano de trabalho, caracterizando-os, também, pesquisadores, trazendo para o debate seus conhecimentos e saberes produzidos.

Os sujeitos possuíam um objetivo comum, motivados pelo desejo de repensar sua ação-intervenção. Participavam do grupo procurando encontrar respostas, pistas para potencializar sua ação-intervenção e consequentemente modificar a realidade do seu cotidiano. Com isso, no decorrer dos encontros, os sujeitos traziam suas propostas, suas ações, suas angústias, seus desejos, seus avanços, suas dificuldades, possibilitando/produzindo/construindo um espaço de reflexão.

Cada uma das "falas" se juntava as outras "falas" que iam adquirindo forma, conformando/deformando/re-conformando os saberes pré-existentes em cada um dos presentes naquele encontro. Este movimento gerava uma **reflexão permanente sobre suas ações-intervenções**, pois, quando voltavam para seus "lugares" após os encontros, voltavam "tocados" pelos conteúdos/saberes destas discussões, as "falas" ecoavam em seus pensamentos.

> O dia seguinte é puro entusiasmo. Eu saio com muita vontade de fazer acontecer o projeto, falo bastante com os pacientes e com o passar dos dias, até a próxima reunião, parece que vai esfriando, acabando a lenha. Até a próxima dose de vitamina que é no próximo encontro mensal. (DI de Flora[41], 10/02/2006)

Deste modo, eu, enquanto pesquisadora, e o campo da pesquisa foram construídos/constituídos ao mesmo tempo, sendo o momento da pesquisa o momento da produção teórica, o momento da intervenção, num processo mediatizado pelos saberes e pelos não-saberes sobre o que foi possível produzir ou pensar (LOURAU, 1975). Neste sentido as **implicações** se deram de várias formas, em vários lugares, produzindo diferentes arranjos possíveis nos cotidianos dos sujeitos implicados nesta pesquisa-ação-intervenção. Não apresentamos um projeto fechado *a priori,* os acontecimentos foram se processando em consonância com as reflexões-ações-intervenções geradas no cotidiano de cada um, em seus espaços-territórios de atuação, o que possibilitou nos surpreender com cada um desses acontecimentos.

Certos acontecimentos surgiram, também, quando fui realizar algumas visitas às Unidades de Saúde como um recurso utilizado com intuito de conhecer a realidade dos

[41] Flora é o pseudônimo de um dos sujeitos desta pesquisa. Consulte o Anexo 4

dentistas que integravam o grupo, agregando assim novos elementos à análise proposta. Porém, o agendamento destas visitas com os respectivos dentistas e apoiadores só ocorreu no 11º encontro (16/03/2006). Como eram quatro dentistas de Unidades de Saúde no grupo, agendamos quatro visitas: uma no CS de Flora, do Distrito de Saúde Metal; uma no CS de Leão, no Distrito de Saúde Água; uma no módulo do PSF de Marina, do Distrito de Saúde Fogo, e uma no Módulo do PSF de CD4 do Distrito de Saúde Madeira.

Porém ainda não sabia dizer ao certo o que estava fazendo, mas sabia que estava introduzindo algo mais do que "observar", como se eu estivesse de fora, conforme ficou registrado em meu DP, (28/04/06):

> Descentrar a análise. Essa idéia ficou me incomodando dias e dias porque elas "diziam coisas" que me faziam pensar na visitas que estava fazendo e aí eu percebi que o que eu estava fazendo era olhar para tudo aquilo que estavam me mostrando, mas não simplesmente para descrever o que via, mas para decompor, analisar o que também não estava sendo mostrado ali, o que não estava no *script*, não reconhecendo apenas o que estava instituído, mas o que não estava. Preciso encontrar uma significação que demonstre o que estou fazendo nas visitas e que não é "observação participante" porque estou implicada o tempo todo no processo, não estou apenas "observando", estou me colocando e recolocando o tempo todo. Então pensei em "olhar implicado e atento".

Durante o olhar implicado, atento, busquei inspiração na expressão de Lapassade, "o olho pensa". Esta expressão, para o autor, caracteriza o termo *analisador*, ou seja, "o caminho para o analisador é um caminho analisador: decompõe o discurso científico, introduz nele o inesperado". (RODRIGUES et al, 2002, p. 11).

Lanço mão de um poema de Manuel de Barros [42] para "transver" e "desformar" o caminho do analisador.

> A arte não tem pensa
> O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.
> É preciso transver o mundo
> Isto seja:
> Deus deu a forma. Os artistas desformam
> É preciso desformar o mundo:
> Tirar da natureza as naturalidades.

[42] Trecho do poema: As lições de R.Q. – Livro Sobre o Nada, 2000.

Os sentidos que dei ao que se colocou diante dos meus olhos nas visitas que fiz,foram produto das possíveis compreensões construídas em mim daquilo que vi e transvi naqueles determinados momentos.

A idéia era que o/a apoiador/a acompanhasse as visitas para podermos compor os diferentes olhares. Durante as visitas, fui percebendo o quanto este espaço revelava a realidade vivida individualmente pelos quatro dentistas. Todas foram singulares e fundamentais diante das escolhas teórico-metodológicas. Após cada visita, fiz um registro em meu Diário de Pesquisa-DP, trazendo minhas percepções e sentimentos produzidos.

Em setembro de 2007, foi nosso último encontro. Isto aconteceu justamente quando percebemos que o GAP-Saúde Bucal estava em outro momento, e havia uma proposta de mudança no percurso do grupo no sentido de ampliar sua atuação no Distrito de Saúde Fogo, uma vez que a única apoiadora que vinha participando do grupo neste último ano era Sol. Porém, por uma série de acontecimentos, isto não se confirmou, conforme ficou registrado em meu DP, (14/09/07):

> Hoje falei com Sol pelo telefone porque não estamos conseguindo manter o combinado. Em agosto ninguém estava de licença prêmio nem de férias, mas em setembro.... Para ajudar, a Marina recebeu o convite para coordenar uma Unidade e aceitou, e o coordenador do Distrito tirou férias. Um assunto da rede veio como prioridade para um encontro de caráter emergencial com os coordenadores e nossa pauta ficou para depois..... Com tudo isso, deixamos nossa proposta para o ano que vem, quem sabe!!

Paralelamente, encontrava-me num momento crucial de delimitação do meu objeto de análise e intervenção e, como não conseguíamos acertar uma data para nos encontrar, acompanhei o movimento do grupo, deixando de me pronunciar após várias tentativas. Nenhum *e-mail* mais foi escrito para agendar um encontro até setembro de 2008, um ano depois. Neste período, qualifiquei minha tese e enviei uma carta convite (Anexo 6) para todos os integrantes do GAP-Saúde Bucal, propondo agendarmos um encontro para que eu pudesse dar uma devolutiva sobre como estava organizado o material que produzimos durantes os encontros, e a leitura que estava fazendo daqueles registros. Dizendo de outro modo, propus fazer uma **restituição** "pessoal, implicada e posta" das análises produzidas até aquele momento, antes de terminar a pesquisa, "como um procedimento real e necessário do ato de pesquisar (intervir)". (LOURAU, 1993. p.55). Sobre este momento da pesquisa, reservei um capítulo apenas para ele.

Este modo de produzir/pesquisar favoreceu a articulação entre os dados subjetivos e os dados objetivos, analisando as implicações enquanto pesquisadora com os sujeitos e dos sujeitos envolvidos/implicados com/na pesquisa. Elucidando estas implicações estarei, também, analisando-as.

Porém, qual instrumento seria mais adequado para o registro deste processo e que permitisse a análise das implicações?

2.4.1 Os diferentes Diários como ferramenta da ação-intervenção

"Escrever no diário institucional é muito legal,
porque quando você escreve você reflete" (Leão[43]
– DM - 09/06/2005)[44]

Diários de viajantes, missionários, escritores sempre foram publicados, é um gênero literário que se encontra em qualquer livraria. Todavia, os diários de pesquisa sempre foram clandestinos, "ainda que produzidos por pessoas com notório status de cientista", como os diários de Malinowski, Margareth Mead, Ferenczi e outros. (LOURAU. 1993. p. 71).

Escrever um diário é uma prática que vem de longa data, que existe e se conserva por muito tempo. Segundo HESS (2006, p.90), a tradição do diário de pesquisa começou em 1808, com um livro de Marc-Antoine Jullien, numa época em que "a escola não era acessível para todos e o diário aparecia como um tipo de formação total do ser".

Por exemplo, o diário de campo de Bronislaw Malinowski, que serviu de base para a produção da obra "Os Argonautas do Pacífico Ocidental", publicada em 1922, trouxe contribuições relevantes para o desenvolvimento da antropologia social no início do século XX. Com a utilização desta ferramenta de pesquisa, o Diário de Campo, o autor introduziu um novo método, intensivo e sofisticado de pesquisa de campo até então pouco utilizado na área das Ciências Humanas.

Segundo LOURAU[45] (2004e), o Diário de Campo de Malinowski apresenta um método funcionalista e instrumental da pesquisa etnográfica, utilizando-se da observação

[43] Leão é o pseudônimo de um dos sujeitos desta pesquisa. Consulte o Anexo 4

[44] Esta é a forma com que estarei me referindo, ao longo do texto, do Diário de Momentos-DM, com o respectivo pseudônimo do responsável pela frase escolhida, seguido da data do encontro. Consultar Anexo 5..

[45] Lourau fez um longo estudo sobre Diários de pesquisa, a partir principalmente de diários de antropólogos, sociólogos e psicanalistas que foi publicado em: LOURAU, R. Le journal de recherche. Paris, Méridiens Klincksieck, 1988.

participante[46] e do Diário de Campo, ou Diário de "bordo" como técnicas do trabalho de campo. Nesta "linha de pesquisa", o pesquisador deve estabelecer uma distância quanto ao objeto a ser observado, demarcando a posição que o pesquisador deve assumir em seu campo de pesquisa e a relação frente ao objeto a ser pesquisado, neutralizando assim o papel do pesquisador. O etnólogo, ou antropólogo deverá, então, produzir uma "metáfora da realidade na qual terá talvez estado, por algum tempo, imerso". (p. 265).

Quarenta e cinco anos depois, em 1967, foi publicado, postumamente, o Diário pessoal de Malinowski com o título: "Um diário no sentido estrito do termo", em que o autor constrói uma narrativa "íntima" escrita durante seu mais importante trabalho de campo nas ilhas oceânicas e que foi mantido em segredo pelo autor. Segundo os editores, neste Diário, Malinowski assume "o que significa ser um antropólogo, alguém que trabalha com material humano, que não simplesmente observa e anota o que vê, mas passa a fazer parte do objeto de seu estudo, influenciando-o e sendo por ele influenciado". Esta publicação, na época, foi muito mal recebida pela comunidade acadêmica por se tratar de um texto pouco ortodoxo (MALINOWSKI, 1997[47]).

LOURAU (2004e, p.273), faz uma verdadeira "autópsia" nestes dois textos de Malinowski, no sentido de aperfeiçoar uma técnica de análise de implicações. Afirma que entre o Diário de campo e o Diário íntimo,

> Não é possível traçar verdadeiramente a linha de demarcação entre os dois tipos de diário. Não há um dentro e um fora do relato etnográfico. Não existe um dentro e um fora da ciência, salvo em função de uma linha de demarcação imaginária, que jamais é dada, mas pode ser eventualmente construída pelo autor, pelo leitor ou pelo grupo-editor implicado na instituição científica.

Lourau sugere a elaboração de um terceiro diário dentro do Diário, o diário de pesquisa, que seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa e que reflete sobre e com sua atividade de diarista.

Para LOURAU (1993, p. 51), a técnica do Diário de pesquisa "não se refere especificamente à pesquisa, mas ao processo de pesquisar". É uma maneira de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando "produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa", aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir numa dada pesquisa, evitando interpretações "ilusórias", "fantasiosas"

[46] LOURAU (2004, p. 264) atribui a paternidade da técnica de observação participante das pesquisas etnográfica à B. Malinowski.
[47] Esta citação foi retirada da orelha do livro referido.

da produção científica. Neste sentido, o diário de pesquisa para Lourau "permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o 'como fazer' das normas, mas o 'como foi feito' da prática)" (ibidem, p. 77).

Esta restituição escrita propõe um "tipo de reflexão própria do escrever", o que possibilita desnaturalizar a "neutralidade" do pesquisador, expondo suas experiências vividas no cotidiano, deparando-se com as fragilidades institucionais concretas (ibidem, p.79).

Para HESS (2006, p. 91-92) "O diário é um excelente instrumento de análise da vida institucional". Ele é uma escrita do presente, "uma escrita para si (individual ou coletivo)", uma escrita transversal, uma escrita de fragmentos, pois o vivido é praticamente impossível ser de redigido, dada a sua complexidade. Sua abordagem pode ser temática – multirreferencial, permitindo ser lido sob diferentes ângulos: individual, interindividual, grupal, institucional, organizacional. O Diário opera sobre dois eixos: duração e intensidade, e, com o tempo, o diário pode adquirir uma dimensão histórica. Num Diário se aceita "a espontaneidade e eventualmente a força do sentimento, a parcialidade de um julgamento, enfim, a falta de distanciamento" (ibidem, p.92). Hess propõe algumas formas particulares de Diários: Diário Íntimo ou Pessoal, Diário de Viagem, Diário Filosófico, Diário de Pesquisa, Diário de Formação, Diário Institucional e o Diário de Momentos.

A pesquisa-ação, numa abordagem mais crítica, também se utiliza do diário como técnica de registro do trabalho de campo, porém, de acordo com BARBIER (2002), é uma técnica importada da Etnologia e refere-se, também, à outros "especialistas" como Lourau (1988) e Hess (1988) que o tomam como objeto de estudo. O autor propõe, ainda, uma outra tipologia de diário, que denominou diário de itinerância, que segue referenciais teóricos fundamentados em sua proposta de pesquisa-ação existencial que vai "em direção a Castoriadis e à exploração do imaginário social" (LOURAU, 2004. p.64). O diário de itinerância "fala da *itinerância* de um sujeito (indivíduo, grupo ou comunidade) mais do que de uma trajetória." (BARBIER, 2002. p. 133).

Porém, faz-se necessário contextualizar que quando propus o DI (HESS, 1988) no projeto apresentado para seleção do doutorado, em outubro de 2005, não havia realizado um estudo mais detalhado sobre os Diários, no âmbito do institucionalismo, ou mesmo da pesquisa-ação. Durante o processo de apropriação do referencial teórico-metodológico proposto, é que fui me aproximando desta ferramenta e, conhecendo outras tipologias de

Diários. Diante desta constatação, qual seria então a melhor denominação para os tipos de Diários presentes nesta pesquisa?

Continuarei denominando **Diário Institucional-DI** (HESS, 1988) os diários escritos pelos quatro sujeitos integrantes do GAP-Saúde Bucal que, implicados com as propostas do grupo e desta pesquisa, propuseram-se a: exercitar a linguagem escrita, se expor em suas fragilidades profissionais-sociais-culturais-políticas-libidinais, parar para pensar, refletir sobre e com o "fazer procedimentos" ditos odontológicos, analisar seu momento neste processo de fazer os procedimentos no seu cotidiano, permitindo trabalhar suas implicações.

Isto porque, de acordo com (HESS, 1988):

> Tornar-se sujeito do processo de escrita, é primeiramente entrar progressivamente numa elaboração, numa construção do sujeito e do objeto que passa por um trabalho sobre o que nos constitui tanto ao nível do imaginário quanto do real. A escrita de um diário é também uma forma de analisar a articulação de dimensões também diferentes como as do individual, do interindividual, do grupal, do organizacional, do institucional.(p.02)

Denominei **Diário de Pesquisa-DP** os registros produzidos por mim durante todo o tempo que durou esta pesquisa, pois segundo LOURAU, (1993, p.51) "tal técnica não se refere especificamente à pesquisa, mas ao processo do pesquisar". Neste diário trago minhas impressões dos encontros do GAP-Saúde Bucal, das visitas que realizei nas Unidades dos quatro sujeitos que se colocaram como "diaristas-implicados" no grupo e na pesquisa, implicações profissionais-sociais-culturais-políticas-libidinais da autora, inclusive anteriores à pesquisa, fragilidades teóricas, metodológicas, enfim, posso considerar este diário um analisador construído na situação de pesquisa, reconstituindo a história subjetiva da pesquisadora. Para LOURAU (1993), o diário de pesquisa faz a restituição da pesquisa de campo. Acredita, ainda, que o diário de pesquisa, assim como

> outros dispositivos inventados ou a inventar, possa auxiliar a produzir outro tipo de intelectual: não mais o orgânico [...], de Gramsci; nem o engajado, de Sartre [...]; mas o IMPLICADO (cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises). Talvez, se pudermos tornar tais estratégias cada vez mais populares, possamos sentir um pouco os resultados dessa utopia. É uma aposta e, como tal, apresenta seus riscos. (ibidem, p.85)

E, denominei **Diário de Momentos-DM** (HESS, 2006) ao conjunto de "acontecimentos" gerados nesta pesquisa ação-intervenção, procurando trazer a

singularidade dos encontros do GAP-Saúde Bucal, bem como, de um conjunto de situações que emergiram na e da pesquisa no âmbito individual e coletivo.

Partindo da idéia de "momento como singularização antropológica de um sujeito ou de um grupo social", já proposta por Hegel e, inspirando-se em Henri Lefebvre que diversificou essa teorização, HESS (2006, p. 100) propõe o momento enquanto:

> tomada de consciência de um vivido, numa situação em condições semelhantes, permite nomear e estruturar o momento (momento de trabalho, momento de criação) e o identificar de novo, a partir de seus critérios conhecidos, ligados aos elementos constitutivos de sua situação. [...] nós não temos meios de agir sobre o instante nem sobre as situações (imprevisíveis) a não ser desenvolvendo um sentido de improvisação que permite fazer em face de este imprevisto. Ao contrário, a condição de ser "conscientizado, refletido, desejado", o momento, porque ele vem, porque ele se torna conhecido cada vez melhor acaba por "se instituir", se deixa desenvolver de novo, despregar em uma história pessoal ou coletiva. Seu autor lhe dá forma e ele por sua vez da forma a seu autor. (ibidem, p. 101)

Compartilhando com esta idéia, organizei o material empírico da seguinte maneira:

- **Diário de pesquisa da pesquisadora - DP,** contendo meus registros escritos durante o tempo que durou esta pesquisa, inclusive minhas percepções das visitas realizadas às Unidades de Saúde.
- **Diário Institucional - DI dos quatro integrantes do GAP-Saúde Bucal,** que registraram seu cotidiano individualmente em um período delimitado de tempo.
- **Diário de Momentos - DM dos encontros do GAP-Saúde Bucal**, onde apresento o registro dos 21 encontros do grupo, sendo que oito deles foram gravados em fita cassete e transcritos, respeitando os aspectos éticos necessários para o desenvolvimento da pesquisa com anuência dos participantes.
- **Diários de Momentos Singulares - DMS**: são os registros de dois momentos em que o encontro do GAP-Saúde Bucal foi transferido conforme pactuação prévia com o grupo. Um deles foi em 11/12/05, quando apresentei meu projeto de doutorado desta pesquisa na disciplina de pós-graduação da Profa. Solange L'Abbate, e o outro momento foi em 10/07/07, quando a temática da Saúde Bucal foi discutida numa reunião do Conselho Distrital do Distrito de Saúde Fogo. Ambos foram gravados em fita cassete e transcritos.

Com intuito de facilitar a compreensão do leitor, organizei uma tabela com datas, temas geradores de análise e relação dos participantes em cada um dos encontros dos Diários de Momentos - DM e dos Diários de Momentos Singulares do GAP-Saúde Bucal, que constam no Anexo 5.

Para o tratamento deste material empírico, partirei de dispositivos analisadores que emergiram dos processos de subjetivação dos sujeitos nos encontros do grupo, registrados nos diferentes tipos de Diários e da análise de implicação dos mesmos. O processo de intervenção disparou acontecimentos, permitindo o surgimento de analisadores que desnaturalizaram as dimensões do instituído, de seu cotidiano dificilmente exploradas. A análise de implicação é a permanente análise do impacto que as cenas vividas têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído. O encontro de restituição, ocorrido após a "auto-dissolução" do GAP-Saúde Bucal, produziu uma análise coletiva do vivido, no presente, fundamentado nas múltiplas implicações de cada um com a proposta da Alta Pactuada e com o grupo.

A fim de cumprir com os aspectos éticos do Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, solicitei para cada um dos integrantes do GAP-Saúde Bucal que escolhessem um pseudônimo para resguardar sua identidade, porém, apenas cinco deles o fizeram: Azul, Flora, Leão, Marina e Sol. Para os que não se manifestaram, utilizei a sigla CD e um número que corresponderá à seqüência cronológica da entrada de cada um no grupo: CD1, CD2, CD3 , CD4, CD5, CD6. Neste sentido, alterei, também, o nome dos cinco Distritos de Saúde: Norte, Sul, Leste, Sudoeste, Noroeste para o nome dos cinco elementos da astrologia chinesa[48]: Água, Fogo, Terra, Madeira e Metal. (Anexo 4).

[48] A escolha do nome de cada um dos cindo elementos para cada um dos cinco Distritos de Saúde foi aleatória, não pretendendo relacionar nenhum tipo de referência com o significado de cada um destes elementos na astrologia chinesa.

CAPÍTULO 3

O ANALISADOR ALTA PACTUADA

Daremos o nome de analisador
àquilo que permite revelar a estrutura da
organização, provocá-la, forçá-la a falar
(LOURAU, 1975. p. 284)

Alta Pactuada é o nome dado a uma proposta, elaborada inicialmente por quatro cirurgiões dentistas, que foi oferecida a um grupo de profissionais da Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP com o intuito de estudá-la, e, possivelmente transformá-la em um projeto de intervenção na instituição – clínica odontológica - em algumas Unidades de Saúde deste município.

Foram quatro os autores da referida monografia (Sol, Leão, CD1 e Nakachima)[49], porém apenas três deles trabalhavam na Prefeitura Municipal de Campinas e eram, naquele momento, apoiadores (Sol, Leão e CD1). O quarto integrante – Nakachima - não fazia parte do quadro de funcionários da rede, era um colega que cursava a especialização, porém, devido à disposição em ordem alfabética na autoria da referida monografia, este trabalho será citado sempre como NAKACHIMA et al. (2004).

Tal proposta tinha como objetivo a construção de um modo de intervir no processo de trabalho da Saúde Bucal a fim de produzir uma outra clínica, contrapondo-se à clínica odontológica tradicional vigente. Uma clínica ampliada, acolhedora, inclusiva, em que todos os sujeitos envolvidos no trabalho em Saúde Bucal – profissionais de saúde e usuários - participassem nas diferentes instâncias de gestão da sua Unidade, ou seja, municipal, distrital e local.

Esta proposta foi debatida, modificada, aplicada, debatida novamente, re-elaborada, repensada, enfim, gerou algumas análises reveladoras do/no modo de organizar, gerir, intervir e pensar o cuidado em Saúde Bucal no cotidiano de onze cirurgiões dentistas do serviço de Saúde Bucal do SUS - Campinas. Sendo que, para cada um deles, a intensidade de sua inserção se deu de forma singular.

Conforme consta no capítulo anterior, o “analisador é aquilo que produz a análise”, deste modo, este “acontecimento” permitirá o surgimento de singularidades reveladoras da natureza do instituído, desnaturalizando a instituição, decompondo-a.

Segundo AGUIAR & ROCHA (2007, p.656), os analisadores “funcionam como catalisadores de sentido, expõem o saber e o não saber de uma sociedade sobre si mesma e, poderíamos dizer, desnaturalizam o existente, suas condições, e, ao realizar análise, desestabilizam a cena natural de um cotidiano que nos parece estático”.

Tomarei, portanto, a Alta Pactuada como um analisador, ou seja, um acontecimento, “aquele que vêm inesperadamente ao encontro da situação, condensando forças dispersas até então” (LOURAU, 1975). Este acontecimento fez fluir uma série de movimentos instituintes na forma “tradicional” de fazer a clínica odontológica em algumas

[49] Sol, Leão e CD1 são pseudônimos de três sujeitos desta pesquisa. Consulte o Anexo 4

Unidades de Saúde do município de Campinas, colocando em análise concepções, saberes, relações estabelecidas entre o profissional, o usuário, o gestor, os conselhos e os colegas de trabalho. Provocou rupturas no instituído, naquilo que estava "consolidado" - seja nas ações específicas, seja nas ações "menos odontológicas" –, naquilo que estava historicamente posto para o cirurgião-dentista com relação à Saúde Coletiva.

Quando esta proposta foi pensada e escrita, durante o andamento do curso de especialização (2003/2004), trazia em si um desejo muito grande de acompanhar o movimento de mudança que estava acontecendo na rede, revelar a "face oculta" desta instituição, fazendo emergir, também, o "não dito" da inserção da Saúde Bucal nas diretrizes do novo modelo que estava em processo de implantação na época, o Projeto Paidéia de Saúde da Família. Segundo LOURAU (2004a, p.68) toda instituição tem uma "face oculta", e os analisadores ajudam a revelar e analisar este "não dito".

3.1. "Quando começou o Paidéia, as tragédias eram tantas que nossos problemas ficaram pequeninos diante do mundo que você descobre lá fora. Até então, o profissional tava enclausurado nas quatro paredes". (CD1 – DM, 25/05/06)

Em 2001, no município de Campinas, teve início uma nova gestão, e junto às propostas da mesma, um novo modelo de atenção foi implantado - o Projeto Paidéia de Saúde da Família. Este modelo estava imbuído do propósito de modificar o modo de produzir saúde no município de Campinas, operando com menores custos, de maneira mais eficaz, aumentando a capacidade dos gestores e das equipes, produzindo menos danos possíveis, buscando um aumento no coeficiente de autonomia e de auto cuidado das pessoas e comunidade – o efeito Paidéia (CAMPOS[50], 2003).

Este projeto trouxe algumas características singulares ao Programa Saúde da Família proposto pelo Ministério da Saúde, ajustando-o ao contexto sanitário local. Apresentou um conjunto de conceitos que buscavam superar alguns limites da clínica e dos modos de organizar a produção da saúde, reorientando "as práticas de saúde, voltando-as para ampliar a capacidade de análise e co-gestão dos Sujeitos" (ibidem, p. 16). Adotou como diretriz metodológica,

[50] Foi o Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, à época Secretário Municipal de Saúde de Campinas, que implantou o Projeto Paidéia Saúde da Família.

> a instalação deliberada de processos que objetivem a construção de Espaços Coletivos. Entendendo-se por espaços coletivos arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações. (CAMPOS, 2005, p.42).

De acordo com NASCIMENTO & CORREA (2008, p. 1305),

> A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) utilizou como estratégia para o fortalecimento do SUS o PSF-Paidéia, iniciando em toda a rede, discussões sobre os pressupostos deste projeto que apresentava como desafio a mudança de modelo de atenção, em uma cidade de grande porte com um sistema instalado e funcionando. [...] O PSF-Paidéia apresentava, em relação ao programa proposto pelo Ministério da Saúde, uma forma alternativa na organização das equipes de referência das unidades básicas de saúde, dando-lhes um formato em que todos os trabalhadores dos serviços de atenção básica eram incorporados ao novo modelo assistencial.

Para a implantação e implementação deste projeto, CAMPOS (2005) sistematizou um método que denominou Método da Roda ou Paidéia, cujo pressuposto era aumentar a capacidade de análise e de intervenção dos agrupamentos humanos em geral. Para isto, traçou algumas sugestões metodológicas:

> 1) Construção de vínculo e de um contrato de trabalho entre equipe, grupos de usuários e organizações; 2) Emergência dos temas: o tema é um assunto que incomoda, um problema, uma situação que provoca riscos à saúde. [...] O tema deve emergir, ser construído por algum coletivo. 3) Construir projetos de intervenção com o envolvimento da equipe técnica, dos grupos vulneráveis e de organizações; e, 4) Considerações sobre o papel da equipe (poder público) e o da comunidade, sobre a intersetorialidade e a educação em saúde (CAMPOS, 2003, p. 26-35).

Portanto, “o Método da Roda (ou o Paidéia) é um método de apoio à co-gestão” (CAMPOS, 2005, p. 185). Operando como um dispositivo para a co-gestão, o “Apoio institucional” veio somar-se à metodologia proposta pelo Paidéia a fim de “reformular os tradicionais mecanismos de gestão”, no sentido de investir em mudanças estruturais, possibilitando produzir outra cultura institucional (CAMPOS, 2003, p.85).

Segundo CAMPOS (2005, p.187), “o Apoio institucional desempenha funções nas equipes, ajudando-as na gestão e organização de processos de trabalho. [...] com a construção de Espaços Coletivos. Espaços onde o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de intervenção.” Trabalhando com o conceito ampliado de gestão, o Apoiador possui função gerencial, política, pedagógica e “terapêutica”.

Sendo assim, nos cinco Distritos de Saúde que compunham a rede municipal de Campinas, existia um coordenador e uma equipe técnica, incluindo apoiadores de diferentes campos de conhecimentos, que acompanham o funcionamento dos serviços de saúde instalados em cada região.

Em 2001, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, Campinas contava com cerca de um milhão de habitantes, sendo 70% dependentes dos serviços do SUS. Possuía quarenta e quatro Unidades de Saúde, oferecendo, na área da Saúde Bucal, além das ações básicas, serviços especializados em endodontia, prótese, semiologia e cirurgia buco maxilo facial, ainda que de maneira insuficiente diante da demanda. Seu quadro de profissionais da Saúde Bucal era composto por 263 cirurgiões dentistas, 138 auxiliares de consultório dentário e 14 Técnicos em Higiene Dental (CAMPINAS, 2001). Sendo que, "para 7.212 horas de jornada semanal de dentistas, havia 5.364 horas de jornada equivalente de ACD e THD, o que correspondia a uma relação de 1 hora/CD para 0,74 hora/pessoal auxiliar" (MANFREDINI, 2008), o que leva a concluir que havia insuficiência de profissional auxiliar na rede. É importante destacar que esses profissionais possuem uma carga horária semanal de 36 horas, enquanto que os cirurgiões dentistas possuem várias possibilidades de cargas horárias: 20, 30 e 36 horas, sendo que, para os de 30 e 36 horas, é possível também cumpri-las em mais de um local de trabalho, como por exemplo 10 horas em um Centro de Saúde e o restante em outro, inclusive, que seu trabalho não seja necessariamente no atendimento direto à população.

Segundo MANFREDINI (2008, p.116), a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, buscando organizar as ações da Saúde Bucal neste projeto,

> constituiu um colegiado técnico, composto pelo coordenador de nível central, vinculado ao Núcleo de Apoio às Ações de Saúde do Departamento de Saúde, pelos apoiadores de saúde bucal dos cinco Distritos Sanitários (instâncias regionais de direção) e pela consultoria externa. [...] Em abril de 2001, realizou-se o Seminário de Saúde Bucal no Paidéia, com representantes dos níveis central, distrital e de direções de serviços da SMS. Como produto deste Seminário, formulou-se o "Documento base para a política de saúde bucal da gestão 2001-2004". Neste texto, assume-se o pressuposto de que a rede deva ser organizada a partir dos interesses da população e não apenas os interesses particulares dos profissionais. [...] A assistência odontológica e as ações preventivas são organizadas e nucleadas a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de seus territórios. O maior desafio apontado seria o de planejar, implantar e desenvolver ações de saúde bucal no contexto da saúde da família.

O autor descreve as condições gerais existentes nos serviços de Saúde Bucal naquele momento, onde "conviviam modelos centrados no trabalho individual do cirurgião-

dentista em gabinetes escolares, em clínicas transportáveis, no trabalho individual do dentista na UBS e nas equipes de prevenção" (ibidem, p. 116). Analisando a implantação do Programa Saúde da Família e as práticas de Saúde Bucal em Campinas, o autor afirmou que em 2001 o município encontrava-se com a seguinte realidade: "A estruturação das ações de Saúde Bucal seguia uma lógica verticalizada. O trabalho nas unidades básicas de saúde e nas escolas era, na maioria das vezes, isolado das outras práticas de saúde" (ibidem, p.114). Modelo este que, além de descumprir com as diretrizes do SUS, mostrava-se totalmente isolado do movimento sanitário historicamente presente no município.

Trago a seguir um diálogo que ocorreu no 19º encontro do GAP-Sáude Bucal (DM, 28/08/07)[51], recuperando alguns acontecimentos do início da implantação do Paidéia relacionado aos serviços da Saúde Bucal:

> Sol: eu tava na ponta quando começou e hoje eu fico vendo, [...] Eu lembro da primeira reunião que teve o "negócio" do acolhimento, foi o pessoal do Distrito na Unidade, [...]. Mas eu lembro que o quê ficou pra equipe foi muito a coisa de abrir as portas. Tem que atender o tempo todo, [...] Mas o processo como foi feito foi muito atropelado, sabe, acho que as unidades, as equipes não conseguiram se apropriar do que eles estavam querendo falar. E aí é o que você (Luciane) fala, acho que nem pra eles estava claro porque estava em construção. Aí quando um outro assessor da bucal foi na Unidade, eu estava atendendo, ele esperou eu acabar, [...] ele primeiro perguntou como que eu fazia o atendimento, como que era o acompanhamento, como que eram os retornos, pediu para fazer um diagnóstico de como que estava sendo feito. [...] e daí ele falou, "então, essa coisa de fazer restauração..., [...] agora é proibido, não é mais pra fazer restauração, é só pra fazer adequação de meio. [...] É pra ampliar o acesso, é pra atender todo mundo que vem, mas assim, precisa estar com aquela necessidade e atender aquilo". [...] E nada de TC - tratamento completado. Era como assim, é proibido fazer tratamento completado! O que ficou, assim, a essência, eu não sei se era a forma como eles colocaram.
> Leão: Como eles tinham um vasto material das outras áreas, acho que é isso, não tinha nada na odontologia, na verdade, né. Quando apresentava, qualquer coisa relacionada ao Paidéia, dizia-se, do processo de trabalho do médico, da enfermagem...
> Sol: É, mas é difícil adequar pra Saúde Bucal
> Azul: Específico!
> Leão: Não tinha material, não tinha o que você ler, é complicado isso.
> Sol: Hoje eu fico vendo que até tinha alguma coisa, mas, você vê, não foi nem explicitado, nem dito ali na hora. Mas assim, provavelmente, alguma coisa do que

[51] Como disse no capítulo anterior, esta é a forma que estou me referindo aos encontros do GAP-Saúde Bucal que compõe o Diário de Momentos-DM, conforme constam relacionados no Anexo 5, com as respectivas datas e demais detalhamentos.

> eu falei de como eu atendia, [...] deve ter despertado, porque eu só lembro que depois disso, em uma reunião de representantes aqui, uma antiga supervisora da bucal do meu distrito pediu pra eu contar como que eu fazia, qual que era a proposta de organização na minha Unidade, mas assim, parece que a coisa não era aberta, não sei, ou eu que não entendia...
> Luciane: Mas eu acho que é verdade, no começo foi muito assim, trocar o pneu com o carro andando mesmo. Eu tava no CETS na época, que foi bem quando eu entrei, em 2001, [...] Mesmo assim, com estas dificuldades, existia um projeto da Secretaria de Saúde que, mesmo com os percalços, apontava diretrizes com proposta de mudança de uma maneira geral. Só que foi uma coisa meio, assim, polêmica, digamos, né? Já em outras Secretarias, que não tinham proposta nenhuma, na mesma administração, as coisas não aconteceram, não virou! Então tem um lado, quando traz proposta é porque trouxe, se não traz, é porque não trouxe! Não deve ser fácil ser gestor!
> Leão: É a resistência à mudança das pessoas! Tem a questão que tem um tempo político também, né?
> Luciane: Tem o tempo político, que infelizmente foram só quatro anos. Então tem isso tudo, mas eu acho assim, dependeu muito também da postura da gestão, dos apoiadores, e coordenadores que levavam a proposta para as equipes, né. Eu acho que teve alguns lugares que a coisa foi muito mais tranqüila, que na hora de colocar se ouviu também. E teve lugares que não, que a coisa foi imposta! O papel da gestão era fundamental neste processo!

Algumas destas questões/dificuldades apontadas e sublinhadas em um dos encontros do GAP-Saúde Bucal, também foram elencadas pelos apoiadores e gestores da Secretaria Municipal de Campinas que participaram do processo de intervenção encomendado[52] pela gestão municipal "para dar suporte às equipes para lidar com o processo de mudança iniciado com a nova gestão". Muitos destes itens serviram como disparadores das discussões no âmbito geral do serviços de saúde nos cinco Distritos e no Hospital Municipal Mario Gatti. Os autores deram destaque para:

- as dificuldades de lidar com a mudança, traduzidas no dilema entre o "velho e o novo" [...], renegando-se, em alguns momentos, tudo que vinha sendo feito anteriormente;
- as contradições entre o ser governo e ser apoio às equipes locais que resistiam à miudanças;
- o mal-estar advindo dos conflitos na relação com as equipes locais e a coordenação dos serviços;
- a pressão para promover as mudanças em curto espaço de tempo;
- as dificuldades das equipes em construírem sua grupalidade e assumirem sua condição de sujeitos no processo;
- as divergências internas (às equipes) quanto à condução do processo;
- a construção de novas definições no processo de trabalho;

[52] Sobre este processo de intervenção, consultar: MOURA et. al., (2003).

- as condições/características necessárias a serem desenvolvidas para lidar com a função de apoiadores ou gerentes. (MOURA et al., 2003, p.180).

Portanto, não eram questões/dificuldades associadas somente aos serviços de Saúde Bucal, mas, também, gerais à implantação do novo modelo. Porém, isso não justifica a falta de subsídios teóricos apontadas para orientar os apoiadores, os coordenadores e as equipes na organização do processo de trabalho da Saúde Bucal.

O Projeto Paidéia gerou em cada Unidade movimentos de institucionalização, ou seja, o instituído de cada campo de saberes e práticas presentes nos contratos estabelecidos entre os profissionais e a gestão para conformar um modo de organizar, a implicação de cada profissional com o SUS e com o serviço local, tudo isso foi capturado pelo momento instituinte do Projeto. Depois de instituído, o Paidéia foi se (con)formando na rede para os profissionais, para as equipes, enfim, moldando-se e remodelando as práticas em saúde à sua maneira, e criando outras práticas instituintes, mas onde as suas diretrizes ecoaram, a dinâmica organizacional da oferta e demanda por esses serviços foi alterada, produzindo outras ofertas e demandas que até então não ocorriam na Saúde Bucal, conforme contou Leão:

> Por exemplo, essa questão dos temas, quando a gente fala de saúde bucal, todos têm o que falar. Na reunião de equipe, por exemplo, eu fiz questão de falar: "O que é saúde bucal?' E a gente percebe que as pessoas têm dúvidas. Acabam tendo dúvidas, se interessam, porque você oferta, né? No conselho local de saúde eu consegui incluir esse tema também, sabe? Porque surgiu um ganchinho de: "Como é que funciona a fila da urgência? Como que é a urgência". Aí, sabe, consegui colocar esse tema dentro. Foi até interessante que eles mesmos tomaram a iniciativa de pedir alguns equipamentos que estavam em falta, instrumentais, fizeram um documento pra Secretaria.
>
> Uma outra coisa que a gente fez: bom, teve um dia, uma terça-feira de manhã, eu peguei um dos agentes e fui andar pela área adiscrita por este sistema de habitação. São 12.000 pessoas, é um condomínio. Dá uns dois PSFs. Só que tem um só. Andar no território. Isso também é interessante, pelo seguinte: você percebe que as pessoas passam a conhecer um ao outro. O dentista, junto com o agente comunitário. Isso daí, simbolicamente, eu acho que é bastante interessante. Você acompanhar. São blocos de apartamento bem parecidos, só que eles colocam coisas, procurando marcar algumas diferenças. Existe uma divisão por renda. Então você nota, por exemplo, que no bloco 1 tem grade, já mora um pessoal mais diferenciado. Já na quadra Z, por exemplo, não tem, onde

> rola o tráfico, lá não tem grade. Quando o cara vem da quadra Z, você sabe quem é. Então dentro da quadra 1, você sabe quem é... (DMS, 11/11/2005)[53].

Neste relato Leão deixou clara sua sensibilidade e interesse em conhecer mais de perto os usuários e constatar a importância de ampliar a clínica da Saúde Bucal, mudando seu foco de prática e, ao mesmo tempo, mostrando a associação deste descentramento com o fazer da clínica assistencial, demonstrando abertura e liberdade para incorporar novos elementos à sua "clínica odontológica".

Com este novo modelo tecno-assistencial, implantado/implementado nas Unidades de Saúde no início de 2001, sugiram outros conceitos, novas ferramentas entraram em pauta, capacitações, diretrizes organizacionais, tudo isto gerando um conjunto de possibilidades pouco vivenciadas até então na rede. Porém, especificamente na Saúde Bucal, a repercussão foi lenta e a Alta Pactuada veio para agregar forças que se encontravam isoladas e difusas, sem potência para produzir algum efeito.

Porém, este movimento gerado pelo Paidéia trouxe alguns elementos novos, instituíntes para a "clínica" dos dentistas, conforme foi apontado por Leão:

> Uma prática que você não era acostumado a fazer [...] Essa inversão, [...] a gente não fazia reunião com a equipe multidisciplinar, você não discutia casos, você nem sabia como fazer isso! [...]. Pois é, mas na verdade, assim, complica, porque você tem que incorporar uma coisa que você não era acostumado, que sua clínica não tinha. Isso não acontece de uma hora para outra. Então, você tem uma tendência, controlável... Tem que ter um período de transição. (DM, 28/08/07).

A resistência à mudança é fato, mas quando está associada a uma super valorização do fazer em detrimento do pensar e refletir, dicotomizando o trabalho manual do trabalho intelectual, como é o caso da odontologia hegemônica, imersa no "mundo dos procedimentos dentais", confinado num gabinete dentário, muitas vezes sozinho, numa "zona de conforto", potencializa-se a não abertura para o novo, o não protocolado, a necessidade de usar a criatividade, a possibilidade de ser livre, de ousar, enfim transitar em outros campos de saberes e práticas, o campo da subjetividade, conforme apontou Carlos Botazzo no relatório da "Oficina Subjetividades e Práticas Odontológicas", que ocorreu no 8º Congresso da ABRASCO em 2006,

[53]Esta é a forma como estarei me referindo, ao longo do texto, aos encontros do GAP-Saúde Bucal que compõem o Diário de Momentos Singulares-DMS, conforme constam relacionados no Anexo 5, com as respectivas datas e demais detalhamentos.

> O trabalho do pensamento pertence à subjetividade. Esta esfera é usualmente desprezada pelos sujeitos práticos. Tal procedimento ocorre pelo efeito da divisão do trabalho geral, distribuído na sociedade em dois grandes compartimentos ou vertentes: o trabalho manual e o intelectual. Considera-se na primeira categoria um conjunto expressivo de atividades de transformação que exigem dos seus agentes pouca ou (quase) nenhuma reflexão. Na verdade, é impossível impedir que um homem pense, donde este efeito só pode ocorrer nas situações em que a tarefa do sujeito não é "pensar" e sim "fazer". Assim, pensar é tarefa de que se ocupam determinados sujeitos ou agentes sociais, especificamente qualificados para o desempenho de funções que exigem conhecimento teórico e habilidade com abstrações. Esta simplificação é, todavia, útil, pois permite situar com precisão o artificialismo de tal divisão. Importa saber que muitas profissões "liberais" são reconhecidas como manuais, dentre as quais a Odontologia. O trabalho do cirurgião é manual, no sentido em que o radical grego *keyr* quer dizer exatamente "mão" (BOTAZZO et al., 2006, p.3-4)

No entanto, quando ocorre um investimento do profissional em inovar, em ampliar seu campo de ação, incorporando novas ferramentas, muitas vezes não se consegue respaldo institucional ou mesmo apoio da gestão local. No 14º encontro, houve um debate em torno da questão se havia ou não experiências inovadoras em Saúde Bucal na rede antes do Paidéia, e ainda que não tenha sido um consenso, a maioria afirmou que, mesmo antes da implantação do Paidéia, algumas experiências já vinham acontecendo na bucal, porém, eram experiências isoladas, sem visibilidade, que com esse novo modelo foram valorizadas, mas continuaram pontuais. É importante apontar que muitas dessas propostas *instituintes* só aconteciam pela postura do dentista local, pelo seu protagonismo e não necessariamente pela atuação da gestão (DM, 15/08/06).

Dois estudos que tomaram o Projeto Paidéia como foco de avaliação das práticas de Saúde Bucal, apontaram para a problemática do papel da gestão neste processo.

Um destes estudos foi de NASCIMENTO (2007, p.8) [54], que selecionou o Paidéia como um dos modelos de atenção à Saúde da Família para realizar uma avaliação das práticas de Saúde Bucal Coletiva. Os autores mostraram que "em Campinas, o principal achado foi a redução das barreiras de acesso aos usuários", apresentando, "importantes avanços na qualificação do acesso e na humanização do cuidado em saúde", porém, no que se refere ao acesso aos serviços e na atuação políticas da gestão local e municipal, propuseram a seguinte análise:

> Não obstante, o direito universal ao acesso à saúde bucal, em todos os níveis de complexidade, mostrou-se deficiente [...]. Os gestores locais dos serviços de saúde especialmente os coordenadores municipais de saúde bucal devem atuar com

[54] Esta dissertação em formato de artigo foi publicada na língua Inglesa: NASCIMENTO, A.C., et al. "Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism". ***Rev. Saúde Pública*** [online]. ahead of print Epub20-Mar-2009. pp. 0-0.I

> maior peso político na arena que define prioridades em políticas públicas de saúde local. (ibidem, p.27).

O outro estudo de caráter avaliativo foi realizado por GUIDICE (2007, p.49), que analisou o processo de trabalho de uma Equipe de Referência de um Centro de Saúde do município de Campinas/SP, durante a implantação do Paidéia. A autora afirma que "o Paidéia foi um dos pilares de sustentação para a inserção de novas práticas desenvolvidas por profissionais", como: o acolhimento, a criação de vínculo, a assistência em moldes de Clínica Ampliada e a potencialidade dos grupos; porém estas ferramentas foram incorporadas de forma singular pelos diversos profissionais das equipes, e conclui apontando que "havia necessidade de uma melhor organização, condução e monitoramento das equipes de trabalho por parte da gestão. Aqui se inclui a análise permanente das estratégias de intervenção que deveriam, o tempo todo, ser renegociadas para dar garantia à continuidade do processo" (ibidem).

O fato é que havia, na rede municipal de Campinas, um movimento instituinte, um contexto de mudanças acontecendo, e a Saúde Bucal estava pouco inserida neste processo.

Associado a isto, os dados epidemiológicos da Saúde Bucal apresentados pelo último levantamento epidemiológico nacional em Saúde Bucal[55], do qual Campinas participou como uma das cidades escolhidas - Relatório do SB-Brasil, mostraram que havia uma dificuldade de acesso à assistência à Saúde Bucal e uma grande demanda encontrava-se nas faixas etárias de pré-escolares e de adultos, sendo que, neste último, apresentou alto índice de perda dentária, o que demonstrou os limites da organização tradicional dos serviços públicos de Saúde Bucal centrada basicamente na cárie dental, em escolares da faixa etária de sete a 14 anos - o modelo sespiano da década de 70 e na mutilação. (MANFREDINI, 2008). Na faixa etária dos seis aos doze anos de idade, no que se refere ao CPOD, ou seja, à prevalência da cárie dentária, Campinas possuía um dos melhores indicadores do Brasil (BRASIL, 2004a). Com isso, podemos concluir que as necessidades acumuladas nesse grupo de pré-escolares e adultos são de tal monta que demandariam alguns anos de trabalho para serem controladas e, quiçá, sanadas, caso o modo de organizar a assistência individual do dentista, trabalhando muitas vezes sozinho, continuasse centrada em procedimentos, sem ampliação da oferta de procedimentos na atenção básica e nos TCs, isolada das demais clínicas da Unidade de Saúde, e ainda,

[55] O SB 2000 foi um Levantamento Epidemiológico em saúde bucal, nacional, iniciado no ano de 2000 e concluído em 2004. Mais informações consultar: BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório Final SB 2000, Brasília, 2004a.

sem serem pautadas nas discussões dos Conselhos de Saúde, como ficou comprovado numa pesquisa realizada por SERRA[56] (1998, p.1000) no município de Campinas: "De acordo com a pesquisa documental e através das entrevistas ficou demonstrado que, em nenhum momento, as políticas de Saúde Bucal foram discutidas pelos Conselhos de Saúde".

Nesse modo de organizar o trabalho, o acesso[57] aos serviços públicos odontológicos no município de Campinas estava garantido apenas para quatro por cento (4%) da população SUS-dependente, ficando todo o restante excluído da atenção em Saúde Bucal (CAMPINAS, 2003).

Diante de tal constatação e das dificuldades postas pelos limites históricos de uma prática hegemônica, não só da Saúde Bucal, mas também da Saúde Bucal, como fazer para inserí-la?

Três apoiadores da Saúde Bucal (Sol, Leão e CD1), que participaram da intervenção institucional já mencionada (MOURA et al., 2003), implicados com o processo de mudança proposto pelo Paidéia, associaram os dados apresentados em 2003 pelo Relatório Final do SB-200 e propuseram-se a construir uma proposta que alterasse o instituído nos serviços da Saúde Bucal do município, denominando-a Alta Pactuada em Saúde Bucal, que, de acordo com a reflexão desse trabalho, assumiu o papel de analisador.

A idéia central era pensar num modo de mudar essa realidade, no sentido principalmente de ampliação do acesso aos serviços de Saúde Bucal no município em questão, indo ao encontro dos princípios do SUS de universalidade, integralidade, eqüidade e controle social. A proposta da Alta Pactuada pressupõe um pacto construído entre trabalhadores e usuários sobre o modo de organizar a atenção à Saúde Bucal, bem como as ações específicas do seu cuidado. Propõe, portanto, que todos os sujeitos envolvidos (usuários, equipe de trabalhadores e gestores), discutam, negociem e construam pactos em diferentes instâncias (no atendimento, na unidade de saúde, nos conselhos locais, distritais e municipais) (NAKACHIMA et al., 2004).

A construção do conceito de Alta Pactuada nos serviços públicos de Saúde Bucal foi um dos objetivos específicos da referida monografia, cujo objetivo principal foi: "apresentar uma proposta de organização das ações de Saúde Bucal para ser construída

[56] Serra, C. G. (1998) realizou uma dissertação na qual analisou a organização dos serviços e a reorientação das políticas de Saúde Bucal no sentido da Saúde Coletiva em 3 municípios: Curitiba (PR), Campinas (SP) e Niterói (RJ), pioneiros em propostas de saúde que visam à reorientação do sistema municipal de saúde e a reorganização dos seus serviços, além de terem, em comum, uma continuidade administrativa.

[57] Durante nossos encontros estes dados de acesso aos serviços de Saúde Bucal do município e o conjunto de questões advindas desta problemática foram muito discutidas, o que não será aprofundado neste trabalho.

com a participação dos trabalhadores e usuários do SUS, com otimização de recursos, promoção da equidade e ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde bucal". Para isso, os autores/as fizeram uma revisão bibliográfica, trazendo para o debate autores do campo da Saúde Coletiva e da educação popular em saúde, articulando-os ao campo da Saúde Bucal Coletiva. (NAKACHIMA et al., 2004).

> não temos mesmo uma literatura cientificamente comprovada sobre alta pactuada em saúde bucal, isso a gente ainda não tem, mas ela foi construída, proposta baseada em artigos publicados, em livros, em registros de pessoas que pensam e refletem sobre e com a sua prática. Eu tenho certeza que tem um monte de gente pensando que também deve ter um outro jeito de fazer, [...].eles foram buscar fora da odontologia alguns autores que ajudassem a pensar um outro modo. Eu acho que a gente precisa mostrar que, se não estivermos abertos, se não formos buscar literatura em outros campos do conhecimento para ampliar a nossa clínica, a gente vai ficar "congelado" naquela odontologia que a gente foi formada há tantos anos atrás e que já mostrou sua ineficiência, sua ineficácia, enfim. (Luciane – DM, 16/03/06).

Para compreender melhor a proposta Alta Pactuada, faz-se necessário recuperar seu percurso na monografia e no grupo, inclusive para compreender melhor o porque dessa proposta estar sendo considerada um Analisador.

3.2. A Alta Pactuada em Saúde Bucal na monografia...

O "conceito" da estratégia da Alta Pactuada pressupunha "a existência do vínculo entre os usuários e os trabalhadores do SUS". Propunha um tratamento em duas fases: Numa primeira fase, realiza-se o controle da doença com a remoção dos focos residuais, selamento das cavidades; numa segunda fase, realizam-se os procedimentos restauradores, sendo que estes devem ser pactuados não apenas com o usuário como também nos Conselhos Locais, pois, dessa maneira, estaria sendo introduzida a temática da Saúde Bucal nos espaços de co-gestão. Na verdade, a Alta Pactuada é um movimento contra-hegemônico quando considera toda a tradição na forma de olhar a boca e tratar os dentes. Propunha desta forma, introduzir "na Saúde Coletiva uma nova proposta de se trabalhar na assistência individual, com a construção de prioridades com cada indivíduo, cada comunidade, de maneira singular" (NAKACHIMA et al., 2004).

Os/as autores/as destacam, porém, que esta estratégia,

> vai além de se negociar com o usuário sobre realizar uma determinada etapa do tratamento odontológico, ficando o restante para ser feito numa segunda fase. Este pacto necessita ser construído não só com o usuário, mas também com a comunidade, através de processos educativos, fazendo com que compreendam mais sobre as tecnologias usadas, o processo saúde doença em saúde bucal e com a garantia do atendimento às intercorrências, quando houverem. Esse modo de operar gerará tensionamento na relação entre usuário e o profissional responsável pelo seu cuidado, devido a prática hegemônica do atendimento presente nos serviços públicos de saúde bucal que predomina até o momento. (ibidem, p.22).

Vale destacar que a proposta da Alta Pactuada apresenta uma mudança no enfoque da tradicional "Alta" com Tratamento Completado – TC. Da maneira como foi construída, a Alta Pactuada busca, também, diminuir o número de consultas necessárias para se obter "Alta", considerando a demanda por este serviço e a pactuação firmada com o usuário e Conselhos Locais em relação às suas necessidades de cuidado em Saúde Bucal, e o que o serviço pode oferecer naquele momento. Nesta proposta, a "alta" é dada, também, pelo sujeito/usuário e não apenas pelo profissional de saúde, pois nela está incluída sua responsabilização pelo seu autocuidado, sua autonomia enquanto sujeito, sua necessidade sentida.

> porque, às vezes, é só uma coisa mesmo que o paciente quer fazer e, esse negócio da revisão [...] é um tal da revisão daqui a seis meses, da revisão daqui a um ano. Nesse TC que a Sol fala, que aquilo não existe mesmo, na hora que eu me libertei disso, falei a terapia foi boa. Porque é isso, às vezes você vai resolver o problema dele agora, sei lá, ele vai voltar mais pra frente quando ele achar que precisa. Eu acho que isso faz a diferença. (Flora - DM, 25/05/06).

A proposta da Alta Pactuada procurou sistematizar alguns pressupostos que, articulados entre si, configuram um modo de operar, buscando o enfrentamento de alguns desafios que hoje se apresentam aos serviços públicos de Saúde Bucal para a efetiva implementação do SUS: a ampliação do acesso, a promoção da equidade, a apropriação dos temas da Saúde Bucal pelos espaços do controle social, a integralidade da atenção, a socialização dos saberes dessa clínica, a responsabilização do usuário no seu cuidado, bem como o controle das doenças. Consideram, de maneira singular, as diferentes necessidades entre as pessoas na alocação dos recursos terapêuticos, produzindo modos de operar centrados em novas linhas de atenção baseadas no modelo "cuidado/atenção/cura". (NAKACHIMA et al., 2004).

Definir com os usuários suas prioridades de saúde de maneira singular, ou ainda, pactuar com os usuários suas demandas, suas necessidades de saúde é uma

problemática que vem sendo objeto de estudos e discussão de pesquisadores do campo da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2003; CAMPOS, 2005; CECÍLIO, 2001, CECÍLIO & LIMA, 2000)

Porém, para que esses pactos ocorram, CAMPOS (2003, p.105) afirma que se faz necessário buscar:

> uma articulação entre os vários níveis do governo e de diferentes segmentos sociais. [...] Para isso é necessário que essas mudanças ocorram em sistema de co-gestão, ou seja, acolhendo DEMANDAS de usuários, trabalhadores de saúde, intelectuais, especialistas, prestadores, municípios, estados, e lhes OFERECENDO diretrizes; e submetendo-as (demandas e ofertas) a processos de discussão, negociação e pactuação, construindo projetos de mudança do modo o mais interativo possível.

Para RODRIGUES & ASSIS, (2005, p. 274)

> Oferta e demanda são compreendidas não só como parte de uma relação restrita entre prestador e usuários, mas, de acordo com Pinheiro (2001), como ações que se dão no dia-a-dia dos serviços de saúde, influenciadas por questões econômicas, políticas e culturais. Extrapola, portanto, o trabalho nas unidades de saúde, que se constitui um marcador contínuo, permitindo identificar limites, possibilidades e desafios para que sejam garantidas a integralidade e a resolutividade nos serviços de saúde. A oferta de serviços está relacionada à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção à saúde; e demanda é a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido.

Segundo CECÍLIO, (2001, p. 114)

> A demanda é o pedido explícito, a "tradução" de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. [...] As necessidades de saúde, [...] podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar a vida.

FRANCO & MERHY (2005, p.181), analisando a construção da demanda produzida pelos usuários dos serviços de saúde, pressupõe que a mesma é "socialmente construída e está, de uma maneira ou outra, relacionada ao perfil do serviço e à forma como se processa a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela"

Uma solução proposta por ONOKO CAMPOS (2005, p.580) para romper este "círculo vicioso" produzido historicamente pelos serviços de saúde, em que a oferta gera cada vez mais demandas, é "operarmos desvios nas formas de produzir saúde", sustentando que "a gestão tem um compromisso em dar um certo suporte, em criar instância de análise para as equipes".

Neste sentido, acolher as demandas dos usuários em suas mais variadas singularidades apresentou-se como um grande desafio na construção da proposta da Alta Pactuada, uma vez que as demandas em Saúde Bucal no cotidiano dos serviços encontram muitas barreiras, seja nas ofertas de serviços da atenção básica, seja no acesso às especialidades, seja, ainda, na escuta do sujeito doente que traz com ele toda sua história, suas experiências, sua realidade, suas necessidades de saúde e, também, bucais.

Os autores do "conceito" da Alta Pactuada, sabendo das limitações do mesmo, ao apresentarem as considerações finais do trabalho, deixaram claro que, enquanto proposta, esta se colocava aberta para ser analisada, discutida e implementada junto às equipes de saúde e usuários. (NAKACHIMA et al., 2004).

Após a conclusão da monografia os autores e esta autora, à época orientadora, propuseram-se a organizar um grupo de estudo, convidando outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas para analisar, aprofundar, estudar e discutir a proposta da Alta Pactuada, a fim de construir um projeto de intervenção em algumas Unidades de Saúde da rede Municipal de Saúde de Campinas-SP.

Ainda não sabíamos qual nome daríamos para o grupo, quem iria participar, se conseguiríamos nos tornar um grupo realmente, enfim, estávamos no início de um projeto, com muitas perguntas, dúvidas, incertezas, muito desejos. Provisoriamente, denominamos o grupo de Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal – GAP-Saúde Bucal, nome que acabou se tornando definitivo. (DM, 22/11/2004).

3.3. O grupo/o grupo e a pesquisa/a pesquisadora no grupo/ o GAP-Saúde Bucal na pesquisa: os agenciamentos

"Tomar o próprio grupo como instituição a ser posta em análise" (LOURAU, 2004b)

Para LOURAU (2004b, p.176), a “análise institucional nasceu de uma crítica aos métodos de grupo centrados no grupo. [...] A análise institucional, contudo, herdou algo do campo de intervenção microssocial da psicossociologia.”

BARROS (2004) faz uma análise do grupo enquanto dispositivo e enquanto instituição, e ao mesmo tempo, propõe um olhar sobre este dispositivo, considerando sua dimensão institucional, ou seja, as instituições que atravessam esta mesma instituição. Em outro texto, a autora define o grupo-dispositivo enquanto “máquina aberta à diferença” que, tomado como um dispositivo, “faz desencadear um processo de entrecruzamento, composição e decomposição, de redes sempre coletivas (múltiplas) e singulares.” (BARROS, 2001. p. 82).

Partindo do conceito de transversalidade, BARROS (2007) propõe um deslocamento na direção de outros modos de significação dos grupos:

> A noção de transversalidade implica uma quebra das dimensões horizontais e verticais, tão freqüentemente sinalizadas nos grupos. Ultrapassá-las pela transversalidade implicaria, certamente, uma ampliação do campo de análise [...] na direção da desnaturalização, ou seja, a da inclusão, no campo da análise, da própria instituição da análise e de seus dispositivos. Melhor diríamos, então, trabalhar na transversalidade. Isto significaria não tomá-la apenas como mais um eixo para o grupo ser pensado, mas enquanto algo que o configuraria de outra maneira – como processualidade. (ibidem, p. 276)

Nesta perspectiva, estar no e com o grupo instaurou um campo de possibilidades para que os sujeitos integrantes/implicados com e no GAP-Saúde Bucal construíssem o seu projeto de intervenção. Pois, assumindo o GAP-Saúde Bucal enquanto um dispositivo e não mais como grupo que se organiza como instrumento a ser utilizado na rede, permitiu a colocação e discussão de alguns conceitos ferramentas da Análise Institucional no sentido dos participantes GAP-Saúde Bucal se apropriarem deste referencial (BARROS, 2007).

Para BAREMBLITT (2002, p.135), um dispositivo é um agenciamento, “uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical.” Assim, o GAP-Saúde Bucal disparou na rede, em mim e nesta pesquisa alguns acontecimentos, instaurando um campo de possibilidades geradoras do novo, um disparador de acontecimentos e objetos/efeitos. Ou seja, a oferta da Alta Pactuada gerou a demanda por movimentos instituintes na rede de Campinas, demandas que passavam necessariamente pelos participantes do grupo.

A idéia inicial do GAP-Saúde Bucal era a de construir um projeto de intervenção denominado: Projeto Alta Pactuada em Saúde Bucal. Este projeto seria implementado em

algumas Unidades de Saúde do SUS Campinas que estivessem representadas no grupo por um de seus cirurgiões dentistas[58].

A partir de março de 2005, após iniciar oficialmente o doutorado, minhas implicações **no** e **com** o grupo incorporaram fortemente o viés de pesquisadora. Com isso, meu projeto de pesquisa trouxe uma série de tarefas para o grupo: selecionar os dentistas das Unidades para participar do grupo; fazer um Diário Institucional; ler alguns textos relacionados às discussões do grupo e ao interesse de cada um; e sistematizar o modo de operar o cotidiano de cada dentista na Unidade à qual pertencia para levá-los a discutir nos encontros do grupo, agendar uma visita nas Unidades para que eu pudesse conhecê-las, ou seja, tarefas que nem sempre faziam parte do cotidiano dos dentistas, pois foge do seu saber/fazer odontológico rotineiro, ao qual estão habituados e dos quais são cobrados pelos gestores e usuários nos serviços de saúde.

Destas tarefas, praticamente todas foram "cumpridas", ou seja: alguns textos foram lidos e/ou discutidos durante o percurso dos 20 encontros, dois apoiadores (Leão e Sol) selecionaram um CD (CD4 e Marina) de Unidade de Saúde para participar do grupo; quatro (Flora, Leão, Marina e Sol) fizeram um Diário Institucional; cinco (CD4, Flora, Leão, Marina e Sol) apresentaram no grupo o modo de organizar seu cotidiano, incorporando ou não alguns pressupostos da Alta Pactuada em Saúde Bucal, e quatro visitas foram agendadas: uma no CS de Flora, no Distrito de Saúde Metal; uma no CS de Leão, no Distrito de Saúde Água; uma no módulo do PSF de Marina, no Distrito de Saúde Fogo, e uma no Módulo do PSF de CD4, no Distrito de Saúde Madeira.

Conforme ficou registrado no Diário de Momentos (DM, 22/11/2004) do nosso primeiro encontro, uma das principais preocupações era com a permanência do grupo após a mudança de governo, com o momento político do município, pois uma nova administração municipal iria assumir em jan/2005.

Foi um encontro muito importante porque nele cada apoiador/a deveria indicar um dentista da assistência para compor o grupo. A idéia era que o apoiador identificasse, resgatasse processos que já vinham acontecendo em algumas Unidades do seu distrito, ainda que de maneira incipiente, porém marcada pela mudança na postura dos sujeitos envolvidos.

Como a intenção não era propor um modelo de atenção municipal, mas sim que cada Equipe de Saúde Bucal-ESB analisasse seus recursos, seu arsenal tecnológico pessoal e institucional para compor um modo de operar que desse mais respostas às

[58] Consta, no anexo 4, a lista com o pseudônimo de cada um dos integrantes do GAP-Saúde Bucal e suas respectivas inserções institucionais.

reais necessidades da sua população, iniciamos apenas com um CD de cada distrito. Depois pretendíamos ampliar, mas não sabíamos como nem quando. A intenção inicial era incluir a ESB, não só o dentista, porque entendíamos, enquanto grupo, que o dentista não atua sozinho, mas sabíamos também que íamos esbarrar em questões operacionais/organizacionais da instituição para liberação do ACD ou do THD. Posso dizer que a não possibilidade de participação de ACD e THD foi uma das barreiras institucionais encontradas.

O GAP-Saúde Bucal não era um grupo formalmente institucionalizado. Em nosso terceiro encontro, o primeiro após a entrada oficial do novo governo, Sol contou que nosso grupo foi mencionado no relatório de gestão do governo 2001-2004 como: A estratégia da Alta Pactuada como possibilidade de ampliação de acesso. “Pelo que percebemos foi o “sinal verde” para continuarmos.” (Luciane - DM, 15/01/05).

Foi no segundo encontro do grupo que dei a notícia que meu projeto de doutorado havia sido aprovado. Eu nem me cabia!!!! (DP, 13/12/04). Ofertei, então, a proposta de acompanhamento do grupo e de seu projeto instituinte/projeto de intervenção.

O grupo ainda não estava constituído enquanto grupo, estava em fase de organização, e as idéias em pauta ainda não estavam claras para ninguém, nem para mim mesma. Será que a oferta da minha pesquisa veio somar às necessidades/demandas do grupo para se organizar e se legitimar? Ou é pretensão minha, pensar que minha pesquisa era tudo de que o grupo precisava, desejava, mas entendo que foi “alguma coisa” que num primeiro momento ecoou. Havia uma demanda do GAP-Saúde Bucal em se legitimar enquanto grupo para dar sustentação à proposta da Alta Pactuada na rede, e havia uma demanda minha colocada pelo meu projeto de doutorado em acompanhar o andamento do grupo, buscando compreender os efeitos desta proposta na rede. Como eu não era estranha ao grupo, dos onze participantes, apenas quatro não me conheciam, pressuponho que tal fato pode ter ajudado. Ou não, conforme relatei em meu Diário de Pesquisa.

> Hoje me senti um pouco confusa, acho que será importante definir algumas coisas com a posição do grupo no meu projeto. Eu faço parte do grupo, mas será que o grupo fará parte do projeto? Ou irei analisar a implementação do projeto dos dentistas que irão levar esta proposta para a ponta?
> Estou preocupada com o andamento do grupo, porque não quero que meu projeto seja o objetivo central do grupo e sim que o grupo se fortaleça como grupo construa seu/s próprio/s projeto/s. (DP, 13/12/04).

3.4. Um diagnóstico da realidade organizacional da sáude bucal na rede de Campinas no final da implantação do Paidéia

No 2º encontro do grupo, final da gestão 2001-2004, discutimos o fato de haver algumas experiências na rede que bucavam um modo de organizar o cuidado em Saúde Bucal "menos odontológico"; porém ainda não existia uma política de Saúde Bucal com diretrizes mínimamente discutidas e definidas para o Município. O que existia na prática era o que a maioria dos dentistas ainda fazia, ou seja:

> Duas consultas de emergência e seis agendados; Cada dentista define o que é o Tratamento Concluído – TC; Ainda é priorizado a gestante, a criança até 14 anos e para adulto a exodontia; Não existe um controle, tem CD que marca no prontuário procedimentos que não realizou; O dentista só quer sentar no mocho e executar, não tem idéia do que nem como fazer outra coisa senão o trabalho técnico odontológico; Não existe um posicionamento da SB com as outras áreas; A agenda da maioria dos dentistas fica dentro do consultório e não junto com as outras agendas do CS; Um problema muito grave é com a manutenção e nº dos equipamentos, pois a estrutura física das Unidades são precárias; E, o ponto nevrálgico nisso tudo é que a gestão local tem pouca governabilidade com a Equipe de Saúde Bucal (DM, 13/12/04)

Este conjunto de características foram relatadas por dois dentistas e três apoiadores/as presentes no encontro, sendo que três distritos estavam representados pelos seus "gestores da bucal" do final da gestão que implementou o Paidéia Saúde da Família; mesmo sendo esta uma análise "sem fundamentação científica", o que estava sendo colocado em questão, o que estava em jogo, não podia deixar de ser questionado. Mostrou uma realidade inaceitável nos dias de hoje sendo produzida por alguns dentistas na rede de Campinas, realizando uma clínica degradada, excludente e mutiladora, na qual o dentista cerca-se do aparato técnico específico, isolando-se dos demais profissionais da Unidade, inclusive da gestão local, refletindo, assim, conforme apontado por RODRIGUES & ASSIS (2005, p. 280), "o caráter individual da profissão, que controla o seu processo de trabalho, sendo ao mesmo tempo planejador e executor de suas atividades, definindo todo tipo de cuidado que vai ser prestado ao usuário".

De acordo com CAMPOS (2003), a "clínica degradada" é marcada por interesses de qualquer natureza, sejam eles econômicos, políticos ou ideológicos numa perspectiva mercadológica, capitalista, que não considera a necessidade de saúde em sua práxis. Cria em seu entorno um espaço autoritário de saberes e de poderes, em que o usuário fica sujeitado.

Tal constatação revelou contradiações que mereceriam uma análise mais aprofundada[59], uma vez que Campinas possui uma forte tradição em investimentos na atenção básica, desde o final da década de 70, quando foram criados os primeiros Centros de Saúde na perspectiva da Medicina Comunitária, em que se faziam presentes ações dos movimentos populares no município (SMEKE, 1989; L'ABBATE, 1990), sendo considerada referência em gestão de sua rede de saúde (AMORIM, 2008), e os serviços de Saúde Bucal permaneciam descontextualizados do movimento da Saúde Coletiva do município.

Provavelmente esta realidade deve estar associada à forma como foram introduzidas as diretrizes deste novo modelo na Saúde Bucal, nos espaços ocupados por alguns dos sujeitos desta investigação, conforme relatado anteriormente, associando-se, também, à característica, construída socialmente, pela profissão, de se manter isolada dos demais serviços de saúde, assim como com relação as outras áreas e vice-versa.

Tais características já demonstraram um modelo de atenção de Saúde Bucal baseado numa lógica que vem sendo questionada desde a década de 60. Por exemplo, o Tratamento Completado – TC[60], proposto pelo modelo incremental[61], já deveria ter sido superado nos dias atuais. Podemos nos perguntar: com que parâmetros podemos definir um TC em Saúde Bucal, sendo tão limitadas as ações oferecidas na atenção básica?

Mesmo assim, o TC é uma ferramenta utilizada na Ficha D-Saúde Bucal[62] objetivando quantificar o número total de pessoas que saem da atenção básica, ou seja, completaram seu tratamento na AB, com a seguinte definição:

> As consultas que encerram um *período de tratamento* (ingresso ou manutenção) são consideradas **consultas com alta** e correspondem ao denominado "Tratamento Completado" (ou seja, o programa realizou todas as ações que se propôs a realizar). Esses tratamentos completados (TC) são identificados como TCI (Tratamento Completado de Ingressante) quando a consulta com alta encerra um período de tratamento de um ingressante no programa, e TCM (Tratamento

[59] Esta análise sistemática não será tema desta pesquisa que poderá ser realizada em outra ocasião.
[60] O Tratamento Completado-TC, 'unidade de produção de serviços', têm sua origem no sistema incremental, foi e continua sendo no Brasil, o objeto preferencial de programação clínica para atenção individual na maioria dos serviços públicos odontológicos (Moysés, S. J.; Simão, M. G.; Pedotti, M. A., 2002).
[61] O Sistema incremental foi o primeiro modelo assistencial em saúde bucal implantado no Brasil na década de 50, que veio somar-se à forma de atendimento por livre demanda. Sua origem encontra-se junto à Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública – FSESP, financiada pelo governo Norte Americano. Fundamenta-se em ações programáticas curativas em escolares, sendo que sua principal contribuição à saúde bucal brasileira foi a introdução da fluoretação das águas de abastecimento público em alguns municípios, utilização de soluções fluoradas e de pessoal auxiliar no trabalho odontológico.
[62] Não é proposta desta pesquisa se alongar nesta discussão, mas a Ficha D-Saúde Bucal faz parte do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB que integra o Sistema de Informação em Saúde -SIS do Ministério da Saúde. Suas informações são baseadas praticamente em procedimentos, refletindo uma lógica administrativa, muitas vezes para caracterizar práticas assistenciais. Consultar: BARROS, S.G.; CHAVES, S.C.L. "A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal". **Epidemiol Serv Saude** , vol. 12, no, 01, Jan/mar de 2003. p. 41-51.

> Completado de Manutenção) quando a consulta com alta encerra um período de tratamento de uma pessoa que continua no programa. Assim, a "alta" diz respeito ao encerramento de um determinado "período de tratamento", tanto de ingressante quanto de manutenção. As consultas realizadas durante os períodos de tratamento, tanto do ingressante quanto daquele que está tendo continuidade no programa, e que não são as consultas iniciais (tratamento iniciado - TI) nem as consultas com alta (tratamento completado - TC) são identificadas como **consulta sem alta**. É útil registrar tais consultas sem alta, pois, somadas às consultas de início de tratamento e às consultas com alta, possibilitam utilizar o indicador "concentração", que se refere ao número de consultas por TC. (BRASIL, 2007b) (grifo no original).

Sol, em seu Diário Institucional, reflete sobre a necessidade de registrar algumas ações de prevenção em Saúde Bucal no sistema de informação e a proposta da Alta Pactuada:

> Hoje tivemos reunião do colegiado de saúde bucal para definirmos como faremos as orientações para registro no SIAB dos Procedimentos Coletivos, de acordo com a publicação da portaria 95.
> Ainda temos muitas dúvidas e, durante a discussão de como iríamos registrar o "tipo de tratamento" (iniciado, completado...), fiquei pensando como o conceito da alta pactuada teria coerência nesta discussão, afinal através de que avaliação seria o TC, na lógica do que se propõe para o TC, após as aplicações de flúor o PC está concluído? E quanto à assistência, ainda faltaria a parte curativa das lesões de cárie... e daí, poderia ser uma alta pactuada? Poderíamos concluir com ART[63]? Tudo isto passou pela minha cabeça, mas não tive "ânimo" para falar sobre isto, afinal nesta reunião aconteceu tanta coisa desagradável que fiquei desanimada. (D.I. – Sol – 27/04/2006).

Na minha opinião, dar ou não o TC após as aplicações de flúor irá depender das condições dentais do indivíduo. Não é intenção entrar na questão das indicações e contra indicações deste procedimento, mas em muitos casos, o indivíduo irá precisar de uma atenção curativa restauradora das cavidades instaladas caso existam, que pode ser o ART ou não. Mas, com certeza, deve ser analisado caso a caso e estabelecido um pacto em cada um deles. Nestes espaços de gestão burocratizados, endurecidos pela característica verticalizada de gerir, nem sempre existe espaço para posicionamentos reflexivos, de discussão da temática colocada, e com isso Sol não socializou, naquele momento, sua reflexão neste espaço de gestão colegiada do nível central da SMS, mas o fez posteriormente em seu DI. Tal acontecimento nos leva a questionar o espaço

[63] O ART – Tratamento Restaurador Atraumático - tem sido recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1994, tendo também o apoio da Federação Dentária Internacional (FDI), como parte de programas mais amplos de promoção de saúde bucal em países em desenvolvimento. A descrição detalhada da técnica encontra-se no manual produzido pela OMS em diversas línguas. (FRENCKEN, J.E.; HOLMGREN, C.J. Tratamento restaurador atraumático (ART) para a cárie dentária. Livraria Editora Santos, 2001).

existente no colegiado gestor da bucal para os apoiadores se colocarem frente às normativas e portarias, levarem para discussão suas dificuldades cotidianas do papel de apoio, bem como alguns subsídios teóricos que os auxiliem nestas dificuldades e em outras. Teria se tornado um espaço meramente deliberativo?

Será que somente Sol estava "tocada" com a proposta da Alta Pactuada? Como será que CD1, CD3, CD6 e CD5, que representavam a gestão no GAP-Saúde Bucal, relacionavam seu papel de gestor/apoiador com a proposta da Alta Pactuada?

3.5. A construção da proposta Alta Pactuada no GAP-Saúde Bucal: um novo contexto político

Com o propósito de situar politicamente a construção da Alta Pactuada no GAP-Saúde Bucal, vale lembrar que esta se deu num contexto pós-Paidéia, mas a construção da monografia foi anterior, ocorrendo durante a implantação do Paidéia. Tal fato trouxe algumas conseqüências, pois só tivemos dois encontros durante a gestão 2001-2004. (Anexo 5)

> Ficamos de fazer um texto básico sobre a proposta do grupo e divulgar para os centros de saúde. Será que ainda não é cedo para isso? Preocupo-me em ampliar e depois a gente se perder, porque isso não é uma proposta de governo, é apenas uma proposta de um grupo sem nada muito definido, entrando numa nova gestão. (DP, 13/12/04)

Portanto, um dado de realidade relevante deve ser considerado: esta nova gestão traria outras linhas de força que estariam sendo instituídas. Apenas não estava claro quais seriam.

No início, o conceito de Alta Pactuada, que para mim era uma proposta e não propriamente um conceito[64], ainda estava iniciando seu processo de construção no grupo, ele estava um pouco mais claro para Sol e Leão, mas ainda enquanto um modo de organizar o serviço que não havia sido posto em prática.

No terceiro encontro, Sol contou que a atual gestão estava propondo realizar oficinas para a construção de uma política de Saúde Bucal do município de Campinas

[64] Não é intenção desta pesquisa, neste momento, alongar-se no significado do termo conceito, mesmo porque existem múltiplas linhas de pensamento na filosofia que procuram defini-lo. Diante de tal fato, compartilho do entendimento que, para a "Alta Pactuada" ser considerada um conceito, faz-se necessário um aprofundamento teórico-metodológico que não foi apresentado na referida monografia.

para a gestão – 2005-2008. As oficinas seriam realizadas por distrito e depois seria feita uma reunião geral para fechar a proposta. Relatou, ainda, que o atual governo pretendia dar continuidade ao modelo de Paidéia Saúde da Família, para isso, haveria um documento base, considerando o relatório da gestão anterior e o relatório final da 3ª CNSB. Após construído um documento final, seriam realizadas reuniões para propor estratégias de implementação dessa política. (DM, 15/01/2005).

No quarto encontro (DM, 17/03/2005), CD5, apoiador do distrito Água que participava pela primeira vez do grupo, trouxe para o debate um elemento muito provocador para o grupo, relatando o ocorrido durante a oficina do distrito de saúde Madeira para a construção da nova política de Saúde Bucal da atual gestão, na qual ele estava presente. Relatou que a proposta da Alta Pactuada não foi bem aceita, principalmente por uma coordenadora de Unidade, alegando que essa proposta era para "meio tratamento", e que os usuários mereciam o "tratamento inteiro", alegando que era uma proposta de adequação de meio, que esta proposta deveria ser uma ação de cada unidade e não uma diretriz de governo. Levantou, também, a discussão que o nome Alta Pactuada trazia pressupostos amplamente "divulgados" no modelo proposto pela gestão anteiror e sugeriram pensar outro nome para o nosso projeto.

Depois desta colocação, houve uma discussão acalorada no grupo, pois em momento algum foi pensado ou proposto que a Alta Pactuada fosse só adequação de meio, ela vai além da doença e seu tratamento curativo. Provavelmente, nesta oficina não havia nenhum integrante do GAP-Saúde Bucal que houvesse se apropriado da proposta da Alta Pactuada.

Como estávamos iniciando a discussão da monografia no grupo, não havíamos tido tempo de discutir e propor uma definição da Alta Pactuada do GAP-Saúde Bucal para ser levada às Oficinas. Diante disso, o texto utilizado para definir a Alta Pactuada nas Oficinas foi praticamente o mesmo que consta na monografia, porém com algumas modificações feitas pelo grupo no 4º Encontro do GAP-Saúde Bucal:

> Pacto construído com os trabalhadores e usuários sobre o modo de organizar a atenção à saúde bem como as ações específicas do seu cuidado.
> Com base nos conhecimentos sobre o processo saúde-doença, da epidemiologia e com o uso de tecnologias inovadoras é possível se criar uma proposta de abordagem que se realiza o controle da doença, definindo as prioridades com cada indivíduo de maneira singular.
> É imprescindível fazer uma mediação entre a complexidade desses conceitos e sua compreensão não só pelos usuários visando a socialização e democratização desses saberes, como também pelos cirurgiões dentistas das unidades, que em sua maioria encontram-se aprisionados pela clínica odontológica hegemônica.

> Propõe-se que todos os sujeitos envolvidos (usuários, equipe de trabalhadores e gestores) discutam, negociem e construam pactos em diferentes instâncias (no atendimento, nos conselhos locais, distritais e municipais).
> Com este modo de organizar o trabalho, acreditamos na possibilidade de ampliação de acesso com qualidade, uma vez que controlando doenças já instaladas, socializando saberes, efetivando o controle social e integralizando a atenção, estaremos promovendo saúde. (DM - 17/03/05).

Sol, muito tocada pelos comentários trazidos pelo CD5, fez a seguinte colocação:

> Gostaria que ficasse bem claro que a AP não é um modelo que deverá ser seguido por todas as Unidades e sim é uma proposta que pretende apresentar diretrizes que estão sendo discutidas e que serão levadas para as Unidades que se interessarem, e estamos iniciando pelas que aqui se encontram representadas. Inclusive, para iniciar um processo de implementação, estamos propondo que haja uma discussão em diferentes instâncias: com a ESB, ESF, gestão local, reuniões de equipe da Unidade, no Conselho local, distrital e municipal. A proposta é, também, que esses profissionais que tomarem a frente dessa proposta façam parte desse grupo para que possa haver discussão das dificuldades, acertos, etc com os profissionais das outras Unidades que também estão no mesmo processo. Esta discussão vai além das mudanças no plano de tratamento, pois é preciso rever também as estruturas físicas, administrativas, que são da área meio, como manutenção dos equipamentos, disposição física das clínicas, para depois poder pensar e fazer valer um outro modelo de atenção em saúde bucal. (Sol - DM, 17/03/2005)

Este acontecimento demonstrou que a proposta de Alta Pactuada do GAP-Saúde Bucal estava, ainda, muito atrelada à monografia, necessitando de um tempo maior de discussão e análise pelo grupo para que os outros integrantes, tirando os autores da mesma, se apropriassem e trouxessem contribuições. Outra questão que deve ser considerada é que a proposta inicial colocava-se ainda muito teórica e não havia sido experienciada na prática cotidiana de nenhum deles, o que demarcava seu limite, bem como suas possibilidades no campo da ação.

3.5.1. O cotidiano e a re-elaboração da proposta da Alta Pactuada

Como ficou evidenciado, o ritmo da nova política de saúde do município foi se infiltrando no cotidiano das Unidades de Saúde, interferindo no saber e fazer da produção do cuidado em Saúde Bucal de cada um dos dentistas dos serviços de saúde.

Associado a esta realidade, os efeitos da cotidianidade presente em cada serviço, em cada sujeito, produziram, também, acontecimentos que alteraram cada projeto, cada implicação, cada instituição.

> O cotidiano assusta, dá medo, intriga, fascina. Há quem se assuste, há quem fique intrigado, há quem morra de medo e há também os afortunados, [...], que ficam absolutamente fascinados com o misterioso cotidiano, que vive a nos revelar em suas dobras que, ao se desdobrar, deixa aparecer o que estava escondido e que à primeira vista não aparecia. O problema é que o cotidiano é a hora da verdade. É ali que os grandes projetos, as grandes explicações, as grandes sínteses, as grandes narrativas e as grandes certezas são confirmadas ou negadas, e o que complica ainda mais é que às vezes a mesma certeza que num momento é confirmada, no momento seguinte, é negada. (GARCIA, 2003. p. 193-195)

O cotidiano não é um "*espaçotempo*" muito valorizado em pesquisas, sejam elas do campo da saúde ou da educação. ESTEBAN (2003, p. 125) faz uma crítica à não valorização das questões do cotidiano, uma vez que, para a autora, nele se expõem "a insuficiência do discurso da igualdade e a urgência de projetos cujo tecido seja flexível o bastante para abrigar a diferença sem moldá-la à dinâmica da produção de desigualdade". Usam como subterfúgio argumentativo o fato de que, nele, encontram-se questões corriqueiras.

> O cotidiano é um *espaçotempo* do desprezível, do irrelevante, do episódico, do fragmento, do repetitivo, da rotina, assim como as classes populares, constituídas por sujeitos sem importância, pequenos, desprezíveis, marginais. Fatos e pessoas que não correspondem às grandes narrativas que constituíram o discurso privilegiado das ciências. (ibidem, p.127)

É neste cotidiano que o vivido ganha significado, que são encontradas as peças do quebra cabeça do dia-a-dia que compõe um serviço de Saúde Bucal, porém ,com a intensidade de movimentos encontrados, nem sempre é possível encontrar todas as peças e encaixá-las de maneira "correta", mas são criadas possibilidades outras para compor significados, recortar fragmentos que, relacionados entre si, podem produzir processos de intervenção coerentes com a realidade destes serviços de saúde.

O cotidiano é heterogêneo (HELLER, 1985), constitui-se como possibilidade e matriz de provocações, solicitando uma constante atribuição de sentido para as práticas e teorias gestadas nos serviços de saúde. Práticas e teorias gestadas nos serviços, porque entendemos o profissional de saúde – cirurgião dentista - não prático, mas um profissional orientado por intenções, finalidades, desejos, questionamentos, expectativas (PRADO; CUNHA, 2008).

Esta cotidianidade atravessou os encontros, as Unidades, os múltiplos espaços ocupados pelos integrantes do grupo, a pesquisa, compondo um possível arranjo na re-elaboração da proposta da Alta Pactuada do GAP-Saúde Bucal.

3.5.2. Um acontecimento provocador

No final de 2005, numa ocasião em que nosso encontro foi transferido para uma aula de pós-graduação na disciplina da Profa. Solange, pelo fato de que eu iria apresentar meu projeto de pesquisa, e o grupo entendeu que seria uma oportunidade de ampliarmos nossa discussão, a proposta da alta pactuada foi provocada a se rever, a ser vista fora da odontologia, numa abordagem multi/interdisciplinar.

Uma das alunas da disciplina da pós-graduação que trabalha num serviço da Secretaria da Assistência Social da Prefeitura de Campinas levantou a seguinte situação:

> Eu tava ouvindo aqui, e sempre tem uns casos que a gente aprende. Eu me lembrei de um rapaz que a gente atendeu. Quando ele chegou no nosso serviço, assim no fundo do poço. Um moço que tinha tido empregos muito bons em multinacionais e por causa da dependência química foi no fundo do poço e acabou no albergue. E aí, a gente atendendo, descobrimos um pai, que ele tem um pai. E aí, assim, na triagem lá na nossa região, a psicóloga resgatou algumas coisas da infância, da madrasta, do atendimento, [...], da educação assim, umas coisas muito traumáticas né? Bom, enfim, a gente começou a atender e inserir na saúde mental. Ficou internado um tempo, depois a gente inseriu na nossa região, e ele está em uma das oficinas, é aquele caso assim, que você tinha que ficar puxando... Chegou uma hora que eu tinha desistido, se não fosse a pedagoga ficar puxando, eu tinha desistido. Porque assim, era muito... Recaída uma em cima da outra, voltava pra rua. Ia numa oficina, na outra faltava, enfim. Foi um moço que, apesar de tudo, teve sucesso porque agora ele prestou uma seleção lá no Cândido e ele já passou pra condição de monitor. E agora ele está lá na administração, e é até emocionante. Mas eu lembro assim, que quando ele tava na melhora, uma das primeiras coisas que ele pediu foi tratamento dentário. Eu sinto, eu sou louca, eu fico emocionada com os casos. E aí, bom, o moço tinha tido emprego bom, salário bom sabe? Agora ele tá fazendo um curso de enfermagem, [...] Então, e aí a gente não conseguia, porque aí, sinceramente, a gente que é de outra secretaria, quando fala que é tratamento dentário dá até um arrepio, dá uma esquiva, porque você sabe que vai demorar não sei quanto pra atender uma consulta pra avaliar o que ele precisa. E eu mando o pedido. Ele falou: Não, mas eu preciso tratar dos meus dentes, eu quero tratar dos meus dentes. Então, agora eu queria entender um pouquinho, a gente, por exemplo, tudo bem se a gente esperasse, acho que tinha, acho que três meses

> pra esperar pela primeira consulta. Como que a gente poderia ... porque nosso centro de saúde de referencia é o CS"P". (aluna 3 – DMS. 11/12/05).

Nesse momento, eu tentei explicar para ela que não dava para dizer com precisão como era feito o agendamento naquele Centro de Saúde, porque existia um padrão na forma de organizar a agenda aqui no município, e ela continuou:

> Mas o que eu queria estar trazendo aqui, por exemplo, no caso de a gente conseguir, como que seria a alta pactuada para este caso? A agenda, o programa que não é da saúde, que é de assistência social, e a gente quer tá junto, [...]. Como que na prática poderia? Eu falei tanto, pra depois... (ibidem)

Eu respondi: "Fazer uma pergunta cabeluda." (ibidem).

Depois da pergunta, houve um certo silêncio, seguido de comentários, e eu tentei elaborar uma possível resposta.

> É ficou bem claro. Porque o que a gente quer é isso mesmo aluna 3, o que você falou. Que exista uma alta pactuada que vá além só do tratamento dentário. Que envolva outros serviços e outros profissionais. Agora, como neste caso, vai acontecer alta pactuada, eu acho que a primeira coisa era vocês do albergue conseguir negociar com o centro de saúde a inclusão dessa pessoa no tratamento ali, como usuário daquele serviço. E aí, eu acho que, dentro disso, vocês poderiam estar fazendo a discussão junto com a equipe do CS pra poder situar essa pessoa também. O ideal né, estou pensando alto, vocês vão me ajudando. O que acontece às vezes? Você faz o encaminhamento de uma pessoa pra encaixar no tratamento do centro de saúde, essa pessoa, de repente consegue encaixar ele no serviço, atende ele, mas não conversa com vocês né? Às vezes acontece muito isso. Ele conseguiu acesso, ele teve acesso, mas assim, a conversa do caso clínico dele, da história dele, do que aconteceu com ele, isso não vai. Entendeu? Então eu acho que tem um pouco disso que a gente busca que aconteça. Que outros profissionais também sejam incluídos na discussão dessa clínica. Só que, para isso, não dá só para preencher um formulário de encaminhamento, precisa haver uma negociação prévia entre os serviços. (ibidem)

A Aluna 3 perguntou: "onde entraria a interdisciplinaridade?"

Luciane e Sol responderam juntas: "Isso, entraria aí!"

Em seguida, lembrei-me de uma das ferramentas propostas pelo Projeto Paidéia Saúde da Família, que é o Projeto Terapêutico Singular que, neste caso, se encaixaria perfeitamente, pois de acordo com OLIVEIRA, (2008, p.285-286)

> O Projeto Terapêutico Singular-PTS é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade. [...] a formulação do PTS pode ser entendida como um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s) em torno da situação de interesse comum.

Sendo assim sugeri a aplicação/utilização deste "movimento" à aluna 3.

Depois desta colocação várias pessoas presentes complementaram:

Solange disse que, para ela, neste caso era "uma questão de cidadania da pessoa. A pessoa passou por etapas seríssimas e percebe que: 'Eu não posso me apresentar com esses dentes'. Se isso não for feito, ele pode regredir. Para mim, nesse caso, o projeto terapêutico não daria pra ser assim, um simples encaminhamento do Albergue pro centro de saúde.

Sol disse que seria interessante:

> Ter uma conversa mesmo, o projeto terapêutico pra esse indivíduo, o que a gente poderia fazer, precisa do envolvimento da equipe do centro de saúde, e talvez não ficasse nem só na Saúde Bucal no centro de saúde. Colocava a equipe toda do centro de saúde desse paciente, talvez lá mesmo ele tivesse também uma avaliação conjunta do médico, sei lá agente comunitário daquela área, têm outras questões, muda o destino dele, pode ser da família. Então eu acho que deveria ser feito assim uma conversa, e não só um encaminhamento. Poderia criar um projeto terapêutico conjunto, intersetorial. Criar um fluxo entre os serviços.

Luciane disse:

> De repente esta pessoa não teria aparentemente nada de risco odontológico, vamos dizer assim, não tinha nenhuma cárie "aberta", gengiva sangrando, sei lá, que para a odontologia não seria prioridade de agendamento, baseado na demanda que está com dor, por exemplo. Mas ele poderia ter restaurações estéticas para trocar e que para ele isso fosse de extrema importância naquele momento de vida que ele estava passando. E ele necessita daquilo, é um olhar bem singular. Infelizmente não acontece muito.

CD2 falou:

> Um paradigma, vamos dizer assim, é esse pacto bem singular. O paciente não tem risco nenhum, mas o fato dele precisar de uma restauração no incisivo central porque se não ele não passa em entrevista nenhuma é uma necessidade

vital. E agora? Então você vai construir o fato com ele: vamos fazer isso que é a sua necessidade, e depois você vai estar monitorando o tratamento. Não é?

Marina trouxe sua experiência em receber alguns encaminhamentos:

Só o encaminhamento não vai dar a resposta que ele precisa. A gente recebe muito encaminhamento de um padre aí, eles querem que você atenda. Mas, nem que você não tenha a vaga. Tem que atender naquele segundo. Só que você atende e quer continuar e eles não aparecem, faltam na entrevista e a gente nem sabe que é o padre que tá mandando.

Alguns risos generalizados

Sol complementou com um exemplo da sua prática relacionando este caso com a Alta Pactuada:

Qual a diferença da alta pactuada? Porque você perguntou o que seria a alta pactuada nesse caso. Vamos supor que esse mesmo indivíduo procurasse espontaneamente o Centro de Saúde, e ele não tivesse cavidades, não tivesse cárie aguda, nada, e ele não manifestasse o desejo dele. Ele foi lá porque ele achou que a restauração tava feia, mas daí na entrevista o dentista poderia estar falando: Olha, você não tem cárie. Mas ele manifestou o desejo dele pro dentista também. Acontece. A alta dele seria, poderia ter sido dada pela alta pactuada porque, assim, o dentista explicou pra ele que ele não tinha nenhuma cavidade pra ser restaurada, poderia até fazer um polimento sei lá, e ficasse por aí, porque ele não avançou mais pra manifestar o desejo dele: Mas eu quero trocar, eu preciso por alguma coisa. E o dentista não ia saber o que vinha por trás dessa necessidade de trocar as restaurações anteriores, sei lá. Então, poderia ter feito um pacto diferente porque vocês, fazendo um contato com a equipe de assistência social, mostrando que era importante que ele fosse avaliado e fosse feita a necessidade da estética pra ele, ia ajudar na auto-estima, ia ajudar no comportamento dele com vocês, no que vocês estavam propondo de projeto pra ele, de procurar emprego, sei lá... Eu estou aqui no CS e eu não sei qual que é o caso dele, né? Então, poderia ter sido feita a troca da restauração entendeu? Então não tem uma regra. A gente não fala assim que a alta pactuada é isso e ponto. Não. A alta pactuada é um pacto ali que você constrói com aquele indivíduo, com aquela comunidade, com aquele...

Luciane falou das possíveis posturas que um dentista pode ter perante um caso como este:

E de repente, também nessa primeira consulta que ele não fala do desejo dele, têm alguns dentistas que podem tentar também tirar alguma coisa. Vai

> depender da postura do dentista. Às vezes o dentista fala assim: Oh, eu tô com a agenda cheia, não tenho muito tempo, ele não tem nada, pronto. Acabou. Agora têm outros que não? Por que você nos procurou? Você está trabalhando, você não está trabalhando? Vai com uma conversa e, de repente, descobre que ele tinha aquele desejo que ele também não externalizou no primeiro momento. Então, vai depender muito desse encontro que vai acontecer. Se vai haver mesmo algum encontro ali, dentro da concepção que eu estou trazendo, ou não, se eles vão conversar, sabe? Não só assim, preencher ficha e pronto. Depende do tipo de consulta que vai ser feita ali.

Diante deste acontecimento que provocou reflexões e discussões fundamentais para a proposta da Alta Pactuada, concordo com o enunciado proposto pela Oficina "Subjetividade e Prática Odontológica" que diz o seguinte: "É na anamnese que se constitui o caso clínico, é na anamnese que aparece o doente com sua doença" (BOTAZZO et al., 2006). Precisamos incorporar este enunciado a nossa clínica, juntamente com o PTS, para que possamos construir junto com o usuário a sua alta pactuada, o seu caso clínico, o seu projeto terapêutico.

3.5.3. Alguns acontecimentos reveladores: "o olho pensa"

No final do primeiro ano de existência do GAP-Saúde Bucal, nos deparamos com alguns "acontecimentos" que apontavam para possíveis rupturas na proposta do Paidéia.

Marina contou que o módulo de Saúde da Família do distrito Fogo, no qual trabalha, estava para ser desativado, e um dos motivos é a falta de auxiliar de enfermagem, e estavam querendo redistribuir os profissionais desse módulo nas outras Unidades mais próximas.

> Estou me sentindo um objeto, porque esse módulo foi referência no início do Paidéia e agora vai ser desmontado, assim, por falta de RH, como podemos nos sentir, na primeira dificuldade desmonta-se tudo? O que vem parecendo é um desmonte das Unidades, que oferece só cesta básica e terceiriza o restante, tá faltando material em todas as áreas. (Marina - DM, 15/12/05).

Leão chamou a atenção para a atual situação de desabastecimento em que a rede se encontrava: "É a primeira vez que estamos nessa situação, em 20 anos de prefeitura, nunca tinha visto isso". (Leão - DM, 15/12/05).

Marina completou: "A prótese parou porque a SMS parou de pagar o laboratório, negociou cinco meses e parou".

Estes "acontecimentos" foram determinantes para a construção do movimento de re-elaboração da proposta da Alta Pactuada. Trarei a seguir alguns dos prolongamentos gerados pelo próprio movimento que foram verbalizados por alguns dos integrantes do grupo em diferentes momentos.

Desde a apresentação do meu projeto na disciplina da profa. Solange em nov/2005, Marina verbalizou uma situação que já apontava para a crise de abastecimento e a falta de ACD que iria envolver os serviços da sáude bucal no ano seguinte, e que ela registrou em seu DI:

> Vem a notícia que o módulo vai fechar. O governo não é a favor de módulo /Paidéia /equipe de referência, etc...
> Todo o trabalho de classificação de risco, vínculo pode cair por terra. Dá um desânimo... Será que somos nós, ínfima minoria, que estamos tentando ver as coisas de "outro modo"? Parece que todo governo quer apenas dar seu nome para um "novo programa". A população precisa de Pronto Socorro, mas também tem direito a tratamento, continuidade.
> Nas "oficinas de avaliação de produtividade", somos cobrados por números. Na ponta, sentimos falta de material básico (flúor, touca, gaze). O governo investiu menos que no ano passado em saúde. O que será de nós! (Marina - DI, 01/12/05).

Eu também registrei em meu diários prolongamentos desde movimento:

> Estamos no 10º encontro e sinto um marasmo no grupo, procuro não coordenar o grupo, deixar fluir livremente a reunião, mas hoje senti muito forte que preciso puxar um pouco senão o grupo pode se perder. Acho que a atual situação da política da SMS, com o desabastecimento, têm desmotivado os integrantes do grupo. (Luciane - DP 15/12/05)

Leão registrou em seu DI (Fev/ 2006), sua indignação relacionada à crise de abastecimento pela qual o município vinha passando, demonstrando grande preocupação com as possíveis conseqüências geradas por ela:

> Senti a necessidade de, neste relato, falar sobre a dificuldade que atravessamos em Campinas, no abastecimento de insumos odontológicos nas UBSs. De onde estou, numa UBS, trabalhando diretamente na assistência, este

> fato ocorre, no exato momento em que, numa reunião de nosso Conselho Local de Saúde, tivemos nosso serviço Odontológico elogiado, pelos usuários, como sendo o que melhor funciona dentro do CS, seguido pelo dos Agentes Comunitários. Ao mesmo tempo em que a equipe se sente estimulada, pelo reconhecimento do trabalho, nos pesa o fato de que na visão da SMS, os insumos odontológicos não são prioritários para compra, neste momento de crise. Fomos obrigados a interromper o agendamento dos pacientes com Alto Risco, ficamos ociosos alguns dias, pela falta de insumos básicos, como agulha e anestésico por exemplo, tivemos a notícia de que nosso serviço de Prótese foi extinto, enfim tivemos grande perda de entusiasmo. A que se deve isto? Sei que em Saúde Pública, os recursos são sempre disputados, há grande dificuldade de compreensão, por parte dos gestores municipais, em reconhecer a Saúde Bucal como direito legítimo da população, de compreender os processos de trabalho e suas necessidades, isto é histórico. Por outro lado, há grande dificuldade dos profissionais da saúde bucal em se articular para mudar esse panorama, e dos usuários em se apropriar deste direito de cidadania, um sorriso saudável. Penso, como ex gestor em Saúde Bucal, que o grande desafio é esse, o da apropriação, por parte dos usuários, do direito à Saúde Bucal, do convencimento e do esclarecimento desse direito. Não é fácil, porém vejo, pelo ineditismo da atual crise, que se não fizermos nada, caminharemos pela ineficácia e ineficiência do serviço, passaremos pelo descrédito da população, da perda de seu valor social, chegando ao sucateamento e extinção dos serviços. Creio que, em Campinas, atravessamos um momento crucial, já se fala em terceirização de serviços, de mão de obra, de precarização de contratos, enfim não devemos menosprezar esses sinais, devemos, isto sim, investir, na estratégia da articulação dos que são comprometidos com o SUS, e com os serviços de Saúde Bucal público e com qualidade.

Leão contou que no seu CS esta crise de abastecimento também prejudicou o andamento do seu modo de organização do cuidado em Saúde Bucal, inclusive em algumas modificações que já havia conseguido introduzir junto aos outros colegas da Saúde Bucal:

> Enfim... Aí chegou a crise de abastecimento, falta de anestésico, quer dizer, houve um desmonte na realidade, por quê? Porque, assim, nós recebemos uma orientação de não trabalhar com agendamento, por quê? Porque a gente nunca sabe quando vai acabar sabe? O material... [...] (risos) Exatamente... Isso daí pegou assim... Em vinte anos de rede, eu nunca vi uma crise como essa! Houve um desmonte. Você se sente realmente desestimulado na realidade. Nós voltamos a atender só urgência, e ela aumentou... Havia diminuído essa fila das urgências, né? Agora voltou a aumentar que é o único acesso que as pessoas têm... sabe? Aquele dia a dia né? A gente não tem condição de agendar pra dali a quinze dias, então a gente não agenda. Pessoal da minha região pega ônibus, é quatro reais, e eles vão sozinhos, pra ir e voltar. Se vier com filho, porque normalmente as

> mulheres não têm como deixar filho são oito, doze reais. Para chegar e dizer que não dá pra atender... Quer dizer, é complicado. Mas uma coisa que nós pudemos observar é que no tempo que nós estávamos aplicando, era uma maneira que dava certo, sabe? É uma maneira que primeiro legitima a odontologia em relação ao restante da equipe. Aquela imagem que o outro tem de que é isolado, trabalha de maneira isolada. A gente conseguiu quebrar isso na realidade, sabe? Você organiza a demanda de uma tal maneira que você trabalha só com risco na realidade, sabe? São pacientes de risco. Na medida que o paciente já vem triado pelos outros membros da equipe são pacientes de risco. (Leão - DM, 16/03/06)

Como esta crise estava generalizada na rede, CD6 também colocou como era a situação nas suas Unidades e disse que, na semana seguinte, provavelmente o anestésico estaria chegando, "agora, touca a gente não recebe desde setembro do ano passado". Lembrando que estávamos em fevereiro, a falta de material havia começado em dezembro. Para tentar contornar esta situação, alguns dentistas chegaram a lavar touca, levar material do seu consultório. Os apoiadores contaram que tentavam remanejar material entre as Unidades, os distrito, mas, mesmo assim, isso tinha um limite.

> Em uma das nossas Unidades, eu tenho certeza que na segunda-feira os dentistas vão mandar pra mim uma cartinha bonitinha dizendo assim, "por falta de touca, estamos deixando de fazer cirurgia, restauração", e o que eu vou fazer? A estratégia agora já não é essa mesmo, porque no início a gente realmente fica tentando contornar, planejar, mas chega uma hora que fica impossível. (CD6 - DM, 16/03/06)

No final do encontro o grupo chegou à conclusão que concordávamos com a paralisação dos dentistas, mas que era preciso mobilizar a população para que entendessem o motivo, e juntos, profissionais e usuários, reivindicassem junto ao conselho local, distrital e municipal melhores condições de trabalho. Uma questão que foi lembrada é que neste processo poderiam aproveitar a oportunidade de explicar a importância do controle de infecção em Saúde Bucal, porque a maioria dos nossos procedimentos são invasivos e poucas pessoas sabem sobre isso. (DM, 16/03/06)

Diante disso, o movimento de re-elaboração da Alta Pactuada passa pelo cotidiano, pela reflexão individual, reflexão coletiva, pelas análises construídas e pela construção cotidiana na prática de cada um em cada serviço de Saúde Bucal.

3.5.4. A Alta Pactuada e os limites da Atenção Básica

Originalmente, o pacto entre profissionais e usuários proposto pela Alta Pactuada foi pensado no âmbito da atenção básica, porém, durante a maioria dos encontros do GAP-Saúde Bucal, nos deparávamos com a problemática existente nos limites deste *lócus* de atenção, especificamente na Saúde Bucal, e, no SUS Campinas.

> Nós estamos falando de atenção básica, que é o que a odontologia no serviço público oferece para a maioria dos usuários. Que não vai dar o TC nunca mesmo, porque ele vai precisar de prótese, vai entrar numa fila da endodontia por alguns anos, aliás de Prótese não sei precisar quantos anos, porque dependendo do tipo de prótese, não faz. (Luciane – DMS 11/12/05).

No 3º encontro, CD4 relatou como vem "aplicando" a proposta da Alta Pactuada para com os usuários que irão necessitar de tratamento endodôntico: "converso com o paciente e explico que pode demorar de 1 a 2 anos para ele ser chamado, então explico que farei apenas uma pulpotomia[65] e se doer é para ele voltar, e se não doer, é para esperar ser chamado para o tratamento endodôntico". (DM - 15/01/2005).

Isso porque, na atenção básica, não se faz tratamento endodôntico, pois a endodontia é uma especialidade. Então, o procedimento mais comum é fazer a abertura coronária, ou seja, a remoção de todo o tecido cariado e de todo o tecido pulpar, e em seguida, é colocado uma medicação intracanal para neutralizar a ação bacteriana e assim aguardar o tratamento indicado, ou seja, um procedimento mais radical.

Porém, aí se instaura um grande nó da Atenção Básica daqui de Campinas, porque muitas vezes o sujeito com esta necessidade chega a perder o dente que necessita de tratamento endodôntico já que ficou aguardando na lista de espera da endodontia, e o dente foi se esfacelando, na medida que o sujeito foi vivendo sua bucalidade. Isto não sendo suficiente, outro problema se instaura nesses casos, pois muitas vezes, após o tratamento endodontico realizado, não resta muito tecido dental para suportar uma restauração e, em muitos casos, é necessário a colocação de uma prótese unitária, envolvendo somente este dente em questão, e este tipo de tratamento não existe disponível na rede pública, não apenas em Campinas, mas arriscaria dizer, no Brasil. Portanto, em alguns casos o que resta fazer é a exodontia mesmo. Isso deixa

[65] Pulpotomia é uma técnica indicada para o tratamento conservador da polpa dental inflamada, objetiva remover a porção mais afetada do tecido pulpar, geralmente a polpa coronária, preservando a vitalidade da polpa radicular. (HOLLAND,; SOUZA E MURATA, 1999).

alguns dentistas numa grande “encruzilhada”, porque eles sabem que existe tecnologia apropriada para recuperar este dente, mas esta não está ao alcance de todos. Resumindo, em alguns casos a indicação é a exodontia para não fazer o sujeito “perder” seu tempo e tudo o que está envolvido neste seu tempo (horas de trabalho, passe de ônibus, ilusão de achar que não perderá o dente), mas não se pode perder de vista que o sujeito precisa estar ciente da situação e das possibilidades, sejam elas públicas ou particulares.

Diante desta problemática, VARGAS e PAIXÃO (2005, p.1019) afirmam que:

> os procedimentos de atenção básica (restaurações plásticas, exodontias, curativos, raspagem e polimentos) são de baixa resolutividade para a necessidade de tratamento dos adultos, que precisam, na maioria das vezes, de tratamentos endodônticos, periodontais, próteses unitárias, parciais removíveis e totais.

A este respeito fiz um registro em meu DP com a seguinte reflexão:

> Uma questão é sobre a atenção básica na bucal, será que AP seria uma opção? Mas o que acho mesmo é que precisamos pensar numa atenção em saúde bucal que dê conta das necessidades da população seja ela qual for a necessidade e/ou a população, e a AP seria uma maneira de organizar o serviço de acordo com essa necessidade, se for preciso endo, prótese, água encanada, etc, deveria ser oferecido, mas como fazer isso? Não sei, mas cada pacto deveria ser singular. Agora vai depender da necessidade da população em questão. Será que a cárie e a doença periodontal ainda são as mais prevalentes em Campinas? Ou nos CSs que estão representados no GAP? O que seria mais importante para a organização de um serviço de Saúde Bucal? A necessidade dos sujeitos? A prevalência das doenças? Os recursos que o serviço dispõe (RH, equipamentos, materiais)?
> Acho que, para esta questão, vejo que teremos um triangulo gestão/sujeito/profissional. Preciso estudar e pensar e refletir mais sobre isso!! (DP, 20/01/2006).

Faz-se necessário travar uma discussão destes limites, pois, se está em pauta a integralidade e a resolutividade da atenção, que negociação está em jogo? Que pacto podemos estabelecer, se o que oferecemos na Saúde Bucal é uma organização hierarquizada em níveis de atenção em que, para se acessar o “segundo nível”, precisamos enfrentar uma fila de espera de dois anos?

> E a gente tinha uma noção, no meu centro de saúde, do tal do TC, Tratamento Completado, que, aliás não existe. Isso é coisa cultural. Então, assim, os colegas

> querem dar o tratamento completado, que tratamento completo é esse que a gente não consegue proporcionar?. (Flora - D.M.S. -11/11/2005)

De acordo com CAMPOS (2003), a discussão da integralidade passa pela ampliação da clínica, ultrapassando os aspectos biológicos em direção às dimensões subjetivas e sociais.

Mas, como fazer para realmente darmos respostas às reais necessidades da população, e, em especial à população adulta historicamente relegada do sistema de saúde, que possui uma "experiência bucal" territorializada, numa racionalidade de formação profissional e organização dos serviços odontológicos orientados por um "centramento dentário", presente desde a origem da profissão odontológica (BOTAZZO, 2008), que naturalizou a perda dental, focando-se principalmente nas necessidades da criança em idade escolar, ou seja, na cárie dental, no CPOD, desconsiderando as demais necessidades que são, também, bucais? Como ampliar esta clínica com os limites presentes nesta forma de organizar hierarquizada e fragmentada?

Seguindo este "modelo", o nível primário de atenção da "clínica odontológica" nos serviços públicos de saúde, em sua grande maioria, não incorporam a reabilitação protética do desdentado parcial ou total, a endodontia, a periodontia, a cirurgia buco-maxilo, a patologia bucal, pois estas ficam para um segundo nível: as especialidades. Na realidade, existe um "encolhimento clínico da odontologia no SUS", baseado no limite de oferta e cobertura produzida na atenção básica. (BOTAZZO et al., 2006).

Todavia, tratando-se do município de Campinas-SP, o terceiro maior município do estado de São Paulo, portanto, um grande centro urbano, os desafios impostos para a organização da atenção básica se intensificam, conforme apontado por VIANA et al. (2006, p.579):

> Apesar da maior disponibilidade de oferta de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, particularmente os de média e alta complexidade, observam-se limitações quanto à qualidade e capacidade de resposta dos serviços, tornando complexa a organização da atenção básica. Além disso, é importante destacar que a implantação do PSF nos grandes municípios tem sido realizada em um quadro muito complexo diante da magnitude e diversidade de situações de pobreza e desigualdades sociais a que está exposta grande parte da população dessas localidades. São populações que convivem cotidianamente com altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, dentro de uma rede assistencial que, na maioria das vezes, encontra-se desarticulada, mal distribuída, mal-equipada, entre outros aspectos.

Na reunião do Conselho Distrital do Distrito Fogo, uma das reivindicações dos conselheiros era entender como funcionavam os serviços de especialidades na rede, e Sol explicou o que era o CEO e como funcionava, esclarecendo que, em Campinas, havia um CEO junto ao Ambulatório de especialidades Ouro Verde, no Distrito de Saúde Sudoeste, e um outro em fase de implantação junto ao Centro de Saúde Jd. Florence, no Distrito de Saúde Noroeste. (DMS – 10/07/07).

Antes mesmo da vinda dos CEOs, já havia algumas especialidades odontológicas instaladas na rede, ou junto ao ambulatório de especialidades ou em Unidades "Básicas" de Saúde, porém insuficientes quantitativamente para a demanda existente historicamente por estes serviços, como já ficou constatado anteriormente.

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas possui um sistema on-line de agendamento de consultas para as especialidades. CD1 nos contou como funciona:

> Só que a saúde on-line nas nossas unidades, como é que ele funciona? Como a demanda é muito maior do que a nossa oferta sempre, o paciente vai, ele sai da consulta médica com a referência pra ele ir pra especialidade, aí ele passa lá, fala com a moça da especialidade. Ele deixa esse papel lá, ele faz um cadastro, aí a moça, no dia que ela vai lá, ela entra pra ver se tem a vaga. Aí, se ela arrumar a vaga pra ele, ela tem que marcar no papel dela e tem que ligar pra esse paciente, aí ele tem que voltar lá, pegar o encaminhamento. Por isso que existe trinta por cento de média de falta na... não é só esse o motivo, mas é um dos motivos, né? Porque, assim, daí ela marca a hora que tem, mas eu não sei se é a hora que ele pode. Aí, às vezes, você vai dar o recado, o paciente não tá na casa ou alguém não deu o recado, ou alguém não sei o que. Aí, assim, uma coisa vai puxando a outra né? (DM – 25/05/06)

FRANCO & MERHY (2005) associam este grande absenteísmo à demora em se realizar de fato o pedido que foi encaminhado, ou mesmo porque, quando estão para fazer o exame ou o tratamento em questão, seu problema já foi sanado.

Esta problemática foi discutida no nosso 11º encontro (DM - 16/03/06), e com relação ao agendamento para endodontia, Leão disse que tinha um índice de falta muito grande.

> Por conta disso, nós fizemos um mutirão da endodontia, chamamos toda aquela lista de espera da endodontia, reavaliamos. E nós combinamos um fluxo diferente, assim. Porque, como de vez em quando estavam sendo disponibilizadas algumas vagas [...] Agora a gente faz o encaminhamento e já pede uma radiografia, entendeu? Essa pessoa só vai entrar na fila da endodontia quando tiver a radiografia, por quê? Porque se chegar as vagas da

> endodontia, já está tudo pronto, entendeu? [...] Quase zero de faltas. Porque nós trabalhamos muito essa questão do encaminhamento responsável, entendeu?

A CD1 falou: Não é nem o primeiro, nem o que precisa mais, é o que se dispõe a ir.

E Leão continuou,

> Passamos a avaliar não o que a gente quer, mas o que o paciente quer também. Quando o paciente chega e fala que quer extrair eu falo: "*Vai pra casa, semana que vem você volta*", semana seguinte, ele volta e fala: "*Eu quero extrair*". Aí fazer o que? Mas se a gente for pensar na forma que a gente foi formado, é um pecado, mas se a gente pensar em termos de Saúde Pública, de otimização de recursos, é um pecado colocar um cara desses na fila.

CD1 deu sua opinião dizendo que "a própria equipe de Saúde Bucal, ela cria uma demanda, [...], mas você tem que ver o que o paciente quer. A gente quer impor um certo tratamento pra pessoa, né? E o que a gente acha o certo. [...] Então eu acho que a gente assim, um pouco sufoca ..."

E Leão se lembrou do caso do zelador da sua Unidade:

> Ele é um daqueles caras que não tem a "bateria anterior". E surgiu o projeto de prótese lá na Unidade, e o pessoal falou: "Gente, nós temos prótese e o zelador desse jeito" ? E ele não quer, não queria, não queria... Fizemos a prótese e ele não usa, pra ele incomoda, sabe pessoal? Você percebe? É, e a gente impõe. Quer dizer esse cara recebeu uma prótese que não usa e tomou o lugar de outro, percebe?

Os limites da atenção primária/básica não se restringem à organização em níveis de atenção, em ter ou não serviços de alta e média complexidade suficiente para se alcançar a integralidade da atenção, mas esbarram, também, nos limites do saber/fazer dos profissionais de saúde em lidar com a complexidade existente na própria atenção primária/básica, conforme foi discutido no 5º encontro (05/05/65)[66], quando Leão trouxe um pouco da dificuldade sentida em sistematizar, operacionalizar os processos de Educação e Saúde em sua prática diária, dizendo: "a gente leva, oferece alguma coisa, mas eles vêm esperando outra alguma coisa. É difícil negociar isso! Falar com eles e

[66] Dia do meu aniversário. Eu trouxe um bolinho para comemorarmos junto e ganhei até presente.

não para eles. Existem questões do micro espaço, negociação com a equipe, no conselho local que são fundamentais."

Depois fazendo uma reflexão sobre as suas experiências continuou seu raciocínio relacionando à questão do baixo acesso no município:

> Se o acesso aos serviços de Saúde Bucal aqui é de 4%, e a população não procura, é que a Saúde Bucal não é um valor para ela. Precisamos construir esse valor. O profissional de saúde é prescritivo. Portanto, para mim, a Alta Pactuada, da maneira como pensamos é Educação em Saúde". (Leão – DM, 05/05/05)

Leão afirmou isso fazendo referência ao livro de Eymar Mourão de Vasconcelos: "Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família". Apoiando-se no mesmo autor escreveu em seu DI:

> Mesmo em nossa rede pública de saúde em Campinas, possuímos um arsenal tecnológico inacreditável, que nem imaginaríamos alguns anos atrás, temos condições de realizar restaurações perfeitas, reabilitações protéticas que devolvem o conforto funcional e estético às pessoas (em Campinas ainda incipiente). Talvez resida aí nosso maior desafio, e às vezes nossa maior frustração, pois, apesar de tudo isso, temos uma dificuldade enorme em lidar com as classes populares, temos de discutir e construir consenso em assuntos que até bem pouco tempo era de nossa prerrogativa.
> Daí, imagino a importância da educação em saúde, **dou o braço à torcer para a Lu**, da democratização dos temas, como estratégia de se criar um ambiente tal que todos tenham condições de se entender, de decidir juntos, enfim. Separei algumas reflexões, do Eymar M. Vasconcelos, que achei muito interessantes, espero que gostem:
>
> > "A pequena participação do usuário no Controle Social está ligada ao fato de que muitas vezes se esbarra em problemas, que o grupo percebe ser incapaz de lidar, e também está ligada à suspeita de que só se use o controle social para legitimarmos as ações governamentais".
> > "A linguagem não é somente instrumento de comunicação, mas também de poder. Competência lingüística implica poder de impor a recepção".
> > "Os técnicos tendem a achar que a vida dos pobres urbanos são regidas só pela superação das dificuldades, olham os pobres e vêem essencialmente carência. Suas atitudes seriam mais bem compreendidas se analisadas também pela ótica da busca de intensidade no viver". (VASCONCELOS, 2006) (grifos do original) (Leão – DI, 06/05/05).

Relacionado ao valor Saúde Bucal, a oferta por serviços, o respeito às necessidades sentidas pelo usuário, Leão continuou suas reflexões em seu DI:

> A interação com uma determinada população, com um determinado usuário, sempre pressupõe conhecer sua realidade, seus valores, percebo que a construção do pacto começa aí (qual a importância da endodontia que tem de fazer, da prótese, do longo tratamento), e aí percebo que somos autoritários (daí a ênfase na democratização da prática), claro que na maioria das vezes, sem o perceber, não reconhecemos o que o usuário sente, pensa, como legítimo, daí a dificuldade de se estabelecer o diálogo. Assim imagino que os pactos tenham de ser construídos sobre dois alicerces fundamentais, primeiro na singularidade de cada um, respeitando sua subjetividade, sua história de vida, em como interage com o mundo, e aliás seu mundo, segundo temos de abrir mão de nossa postura prescritiva, autoritária, biologicista, mesmo que com a melhor das intenções, às vezes impomos determinados temas, tratamentos, desconsiderando o usuário de nossos serviços, daí grupos que não vêem ninguém, faltas na endodontia, etc (Leão – DI, 06/05/05).

Se considerarmos que "a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde" (FRANCO & MERHY, 2005, p. 182), na medida em que, historicamente, a oferta de serviços de Saúde Bucal foi alicerçada no modelo biomédico, centrado em uma só doença, como vamos poder alterar este fluxo?

Não podemos nos esquecer de que cada um possui uma auto-percepção de saúde, um padrão de estética, de beleza, que nem sempre é o mesmo que o nosso, pois estamos falando do outro, de alteridade, pois a questão passa pelo fato de que o outro é outro, e só será possível haver encontro(s) quando houver o outro numa relação que se quer construir, seja num processo educativo, seja num atendimento clínico. Porém, não o outro no âmbito da filosofia moderna hegemônica tomado como representação, ou seja, "quando falo do outro, não falo senão do eu, de como eu o represento". Mas, falo do outro enquanto outro, diferente, partindo do princípio da multiplicidade e não da unidade, conforme propõe a "filosofia da diferença", ou seja, o outro como outro e tantos outros possíveis (GALLO, 2008). (grifos da autora).

Estes "outros" estão imersos em seus mundos com um modo singular de levar a vida, com seus valores, seus costumes, e os profissionais de saúde também estão imersos em seus mundos que, na maioria das vezes, não possui os mesmos padrões culturais, é aí que reside o "grande fosso cultural entre os profissionais e os serviços de saúde de um lado e a população do outro". (VASCONCELOS, 2006, p.267).

Como foi apontado por Leão, se não houver um verdadeiro encontro de trabalhador de saúde e usuário, para juntos produzir algo em comum, incorporando os saberes e poderes ali estabelecidos durante a produção do cuidado em saúde, estaremos

mantendo a postura que vimos criticando até então, distanciando-nos cada vez mais da possibilidade de torná-lo sujeito do seu próprio processo saúde-doença-cuidado.

3.5.5. Alta pactuada é...

A necessidade de re-elaborar, sistematizar por escrito a proposta da Alta Pactuada do grupo era marcada a cada encontro, visto que havia uma flutuação na presença de algumas pessoas e parecia que tínhamos que ficar retomando as "mesmas coisas", ainda que isso não fosse possível, já que a ressignificação da proposta acontecia a cada encontro. Eu compartilhava o desejo de definir por escrito a proposta e não havia percebido, ainda, o movimento que estava sendo produzido no contexto da proposta metodológica da pesquisa-ação-intervenção.

No 11º encontro, quando estávamos discutindo os modos de organizar as ações de Saúde Bucal dos quatro dentistas de Unidade, Sol percebeu que seria muito difícil escrever uma definição de Alta Pactuada. Trago a seguir sua reflexão:

> Ô gente, sabe uma coisa que eu acho, assim, que conforme a gente vai conversando, conforme a gente vai explicar pra alguém o que é alta pactuada, eu percebo que a gente tem muita dificuldade ainda, é uma coisa que eu acho muito difícil construir mesmo viu, Lu! Eu acho que nós nunca vamos chegar. Porque eu acho que nem é uma proposta de se fechar, eu percebo nas falas de cada um como se cada um tivesse um "modelo" da alta pactuada. Não é possível! Por quê? Quando a gente fala dessa pactuação com o usuário, tem todo um contexto, da percepção que ele tem da necessidade que ele traz, do que a gente pensa e do que a gente pode oferecer, do que a gente tem de recurso e do que a gente acredita que é necessário pra aquele caso. Eu acho que são as duas coisas. Então, porque ainda tem muita dúvida como se a alta pactuada fosse uma etapa da adequação, e não pode ter TC, ou não é naqueles moldes do TC. Pode ser que pra um caso específico eu chegue a dar um tratamento o mais tradicional, aquela coisa que a gente tem do TC antigo. Eu vou fazer assim, todas as restaurações de amálgama, resina anterior, da forma como era antigamente, porque naquele caso, essa é a necessidade que o paciente tem, e eu, enquanto técnico, falo que é possível e que é necessário. E que também de acordo com os recursos que eu tenho de RH, de recursos materiais é possível oferecer. Então é diferente de uma unidade, que não vai ter lista de espera, essa coisa que a Marina começou perceber de que começou diminuir a porta de demanda de urgência. Ela começou a compor a agenda de uma forma diferente, ofertando mais vaga de retorno. Talvez seja possível se ela avaliar que a necessidade daquele paciente e também pactuar com ele o que ele acha necessário pra ele,

> ela faz as restaurações. A segunda vez que ele vier, é possível oferecer as restaurações pra ele. E pra outros, essa restauração pode ser que venha daqui a um ano, porque ele teve a doença controlada e ele não pode mais vir para tratar, sei lá. Ele teve uma outra fase. Não é da adequação do meio no sentido de eu colocar IRM[67] em tudo, mas ele teve a doença controlada de repente, até com outros fatores... Num primeiro momento nas crianças do PC, transportando agora, a aplicação de flúor já é um método de controle da doença, depois eu posso me programar e vou fazer o ART naquela escola. Então não existe um modelo pra eu falar, assim, alta pactuada é... Quanto mais a gente conversa, eu percebo que é assim, é uma coisa construída e que não adianta a gente ter expectativa de que esse projeto tem uma coisa no papel assim: a alta pactuada é... [...] Vai depender do conhecimento e a necessidade do usuário, o conhecimento e a oferta que o dentista tem, e isso pactuado entre as duas partes, eu acho que, assim, a essência é isso! Eu acho que é por aí... Não adianta você querer falar assim: são quatro sessões: num primeiro momento que ele vem eu faço a adequação do meio, deixo numa lista de espera. Não, não é isso. [...]A dificuldade que nós temos com os profissionais é mudar aquele conceito, aquele paradigma que eles têm do tratamento ser só quando eu consigo fazer todas as restaurações. Isso precisa ser realmente muito conversado. [...] Nós não acreditamos que o tratamento seja só isso. E a dificuldade que nós temos de convencer mesmo... (Sol – DM, 16/03/06). (grifo nosso)

Tocada pela brilhante exposição de Sol, que conseguiu capturar a essência da alta pactuada, aproveitei a oportunidade e reforcei o papel do DI neste processo:

> Agora qual o melhor arranjo pra esse acordo? Eu acho que cada um tem que descobrir o seu, este melhor arranjo não tem uma regra. Porque cada profissional desenvolve características diferentes na forma de lidar com seu trabalho, com isso as implicações de cada com sua profissão, com o serviço público, também, serão diferentes, porque nós estamos falando de Saúde Bucal dentro do serviço público, né? Nós não estamos falando com que a maioria dos dentistas gostam e querem que é com o consultório particular dele. Isso faz uma grande diferença! [...] Então eu acho que [...] estar registrando, fazendo o diário, porque na hora que você escreve, você vai pensar sobre o que aconteceu, você até tem alguns "insights" disso e você põe no papel, vai ajudar a propor a sua proposta de AP para aquele lugar que você está. [...] Na hora de você parar e pensar o que você viveu pra escrever sobre isso, você percebe, sente, vê coisas que você não tinha visto ainda? Sai daquele espaço do fazer sem pensar, mecânico. E aí você coloca no papel. Quando você faz isso sistematicamente, como parte do seu cotidiano, você vai construindo algumas idéias, que, quando você voltar a ler, você vê coisas que não via e dá um sentido pra ela. (Luciane – DM, 16/03/06).

[67] IRM - Material Restaurador Temporário a base de oxido de zinco e eugenol empregado na odontologia.

No 14º encontro, retomamos a discussão da necessidade de se definir minimamente a proposta da Alta Pactuada, sem pretender que esta fosse um modelo, mas que contivesse diretrizes, reforçando que não é uma receita, uma fórmula que se deve seguir. Nesta perspectiva, Sol trouxe a importância de o profissional refletir sua própria prática, associando o fazer e o pensar, e a mudança do "centralismo dentário":

> Eu acho que um dos objetivos do projeto é propiciar que as pessoas reflitam e tenham um outro olhar para a necessidade do usuário, que não fique essa coisa tão fechada ainda, a pessoa só vai ter saúde se eu conseguir restaurar tudo, deixar tudo bonitinho. Ainda tem muito isso, né Leão? Aí, eu tô tratando, tô dando o TC, tô deixando a pessoa com saúde, eu acho que a gente precisa pensar muito de como a gente vai propiciar que essas reflexões, que esses olhares se ampliem dos profissionais para ver que saúde não é só isso, não é eu dar o TC, tem muitas outras coisas envolvidas. [...] Acho que esse é um dos maiores objetivos do projeto, desafio, eu diria até, porque a forma como os profissionais vêem a Saúde Bucal, vêem o tratamento é muito focalizado no dente (Sol - DM, 15/08/06).

Produzir um descentramento dental na concepção da prática do dentista como está sendo proposto pela Alta Pactuada é que se coloca como um grande desafio, pois como disse Leão:

> Via de regra as pessoas têm medo de mudar, mas o dentista tem mais medo ainda, tem dentista que não muda nem de lugar! (risos), eu fiquei quinze anos num Centro de Saúde achando que lá... Imagina mudar a maneira de fazer. O novo sempre assusta né? (DM, 16/03/06)

No 19º encontro, Leão, Sol e Marina, que estiveram presentes no grupo do início ao fim, vivenciando, portanto, todo o movimento gerado **pelo** e **no** GAP-Saúde Bucal, a partir da reflexão permanente e contínua, individual e coletiva sobre a proposta da Alta Pactuada, conseguiram elaborar um conjunto de sentidos que a envolve.

> Quando, você vai construir um pacto, quando você se coloca, você tem que ter uma disponibilidade interna de ouvir e mudar, da mesma maneira que a pessoa tem. Quando o debate é feito num nível de pessoas comprometidas, às vezes a pessoa acredita que aquilo que ela tá fazendo é o certo, a gente até acredita que a maioria das pessoas ache isso. Então, mas você se coloca numa discussão aberto, entendeu... (Leão – DM. 28/08/07)

> Mas a alta pactuada é uma ferramenta a mais pra você utilizar. Você não pode fazer só a alta pactuada... (Sol – DM – 28/08/07).
>
> Então, se a gente for pensar no conceito de alta pactuada, não existe um projeto de AP. Acho que alta pactuada é mais uma postura, do que propriamente um projeto, uma maneira de organizar, [...], acho que nesse sentido dá pra trabalhar numa maneira multidisciplinar sim. (Marina – DM – 28/08/07).

No 20º encontro (DM, 18/09/07), Sol, Leão, Marina e eu, sem ter uma intenção conclusiva, pois não sabíamos que era o último encontro do GAP-Saúde Bucal, traçamos alguns pontos que julgávamos, naquele momento, serem fundamentais para se pensar e implementar a proposta da Alta Pactuada:

- A Alta Pactuada não é um modelo de atenção em Saúde Bucal para o município, são diretrizes para orientar a organização de uma Unidade que tiver interesse, pode ser uma estratégia, um recurso para se aproximar da aplicação dos princípios de equidade, integralidade e universalidade;
- O dentista precisa ter uma postura política, técnica, ética, pedagógica e emocional para lidar com o cotidiano complexo em que está inserido;
- Ter uma agenda dinâmica, mudando conforme o caso, a necessidade do paciente e a demanda de cada serviço;
- Marina e Leão iniciaram um serviço já com a proposta da Alta Pactuada, não estavam num serviço já em andamento, não tiveram que mudar nada, mas sim consolidar uma proposta, isso foi um facilitador para eles;
- É importante legitimar seu trabalho com a equipe local e na comunidade.
- Procurar criar uma cultura institucional, consolidar seu modo de organizar, de trabalhar na comunidade e na Unidade, estabelecendo pactos com a equipe, gestão local, distrital, usuários e com os Conselhos.
- É estratégico publicizar a agenda com a equipe e ter uma organização dinâmica, pois o dentista deve estar aberto para o novo na relação com outros profissionais, num trabalho interdisciplinar.

A apropriação dos pressupostos da Alta Pactuada não foi uniforme no grupo. Sol, Leão e eu estávamos bastante implicados o tempo todo desde a construção da monografia. Com o restante do grupo, cada um foi se apropriando à sua maneira. Um dos motivos pelos quais não ficamos sobreimplicados - Sol, Leão e eu - foi, provavelmente, porque cada um exerceu, de certa forma, uma postura crítica, uma 'liderança' momentânea no grupo, como, também, cada ter mantido um senso de realidade, de limitações presentes, se afastando em alguns momentos do centro da discussão da proposta por conta de outras implicações que não as dessa pesquisa, retornando ao movimento de produção de sentidos da Alta Pactuada em outros. E ainda, o olhar crítico

da orientadora e seu grupo de pesquisa[68], assim como as contribuições da banca de qualificação[69].

3.6. A autodissolução do GAP-Saúde Bucal

De acordo com BARROS (2007), Felix Guatarri elaborou alguns conceitos que impulsionaram a formação de novas frentes institucionalistas, dentre eles: grupo sujeito e grupo sujeitado.

Segundo BAREMBLITT (2002, p.153),

> Se um grupo constitui-se com uma Utopia Ativa capaz de gerar suas próprias leis para realizá-la e de construir a si mesmo durante o processo, tendo sempre presente sua finitude e a perspectiva de sua própria morte, então é um grupo sujeito (protagônico). Pelo contrário, um grupo alienado em objetivos, procedimentos, estruturas e leis que [...] se empenha em subsistir como um fim em si quando não cumpre com sua finalidade, é um grupo sujeitado.

Compreendo o GAP-Saúde Bucal como um grupo sujeito, ele foi organizado mesmo sem o apoio institucional da gestão municipal, propôs um modo de operar internamente instituinte, auto-gestor, instaurando uma co-gestão. Seguiu seu rumo, mesmo quando alguns componentes "desistiram" do grupo, porém perdeu sua potência, tornou-se grupo sujeitado quando se viu "órfão", desamparado, quando eu explicitei a retirada da minha pesquisa do grupo no 19º encontro.

> Luciane: Uma das preocupações que eu trago é que, o grupo, na verdade, está muito atrelado à minha pesquisa. E a minha pesquisa tem um prazo pra acabar, e acredito que o grupo também tenha um prazo pra acabar, e este prazo pode ser o mesmo ou não, depende do grupo, é claro. [...] ou se o grupo vai continuar discutindo a prática ou desenvolver outras estratégias. [...] ou a gente escreve o projeto, desenvolve estratégias de discutir mais esse projeto com a gestão ou não. Então eu queria que vocês, de repente, falassem, pensassem um pouco sobre isso. (DM, 28/08/07).

> Leão: É, eu acho assim, nesse momento, você acabar sua pesquisa eu acho que o grupo acabava também. Mesmo porque, assim, acho que é como a viga mestra realmente, eu enxergo... Sabe, assim, se acabar a pesquisa, eu acho que acaba o

[68] Diretório de pesquisa do CNPq "Análise Institucional e Saúde Coletiva", do qual fazem parte orientandos e ex-orientandos da Profa. Solange L'Abbate.
[69] Exame de qualificação realizado em junho de 2008, cuja banca foi composta pela Profa. Dra. Rosana Onocko Campos e pelo Prof. Dr. Carlos Botazzo.

> grupo. Por quê? Porque eu tenho dúvida se a gestão comprou essa idéia mesmo. Se ela acha... se ela priorizou, eu acho que não! (ibidem)
> Azul: Eu concordo...
> [...]
> Leão: Agora talvez seja interessante nós pensarmos assim, isso daí é hoje, né, hoje eu tenho certeza que acabaria o grupo, tá. Mas eu fico imaginando assim, que talvez nós possamos pensar numa estratégia de criar um fato. Criar fato assim, né, de fazer, de criar, de dar visibilidade pra esse tipo de... de espaço de discussão. (ibidem)

Assim, nesse encontro, acordamos que iríamos tentar uma estratégia para o próximo passo do GAP-Saúde Bucal: Pactuar com a gestão! Para isso, nossa proposta seria iniciar este processo no distrito Fogo, pois, após a encontro distrital (11/07/07), alguns coordenadores vieram pedir uma conversa para modificar a organização da bucal da sua Unidade. Então achamos que era o momento de abrir a participação do GAP-Saúde Bucal para outras Unidades do distrito Fogo, de forma a ampliar nossa discussão. Traçamos algumas idéias para este encontro que seria com os coordenadores das Unidades desse distrito. (ibidem).

Não conseguimos manter esta agenda, licença prêmio de um (em agosto ainda não estava), férias de outro (em agosto ainda não estava prevista), convite para coordenar uma Unidade para outro, o coordenador do Distrito tirou férias, um assunto da rede veio como prioridade para um encontro de caráter emergencial com os coordenadores, etc..... Deixamos esta proposta para o ano que vem, quem sabe!! (ibidem)

Acredito que nosso grupo instituinte se “autodissolveu” a partir de então.

> De forma geral, o efeito do analisador é sempre de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava de certa forma organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos. Isto vale tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos como para as análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos restritos (L’ABBATE, 2004, p.82).

Portanto, este movimento gerado em torno de uma proposta instituinte Alta Pactuada, que deu origem a um grupo, inspirou uma pesquisa de doutorado, deflagrou a construção de projetos de intervenção/projetos instituintes em algumas Unidades de Saúde Bucal de Campinas, produziu uma verdadeira “inversão epistemológica”, pois, unindo a análise e o fenômeno que a gerou, provocou “uma inversão da relação entre objeto real e o objeto do conhecimento, na medida em que eles não são mais considerados como entidades separadas” (L’ABBATE, 2004, p.82).

Neste sentido, o analisador Alta Pactuada provocou esta inversão, desorganizando alguns instituídos, produzindo algumas fraturas no modo de organizar o cuidado em Saúde Bucal de alguns dentistas da rede pública de Campinas, alterando, assim, os micro processos de produção em Saúde Bucal. Processos estes mediatizados e consumidos pela cotidianidade presente neste "espaçotempo" que são os serviços públicos de saúde.

3.7. Alguns desdobramentos...

A composição do GAP-Saúde Bucal foi pactuada no 1º encontro (DM, 21/11/04) com os cinco apoiadores, um representante do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde-CETS e a pesquisadora para, assim, podermos compor, em nossas discussões, com as diferenças, semelhanças, implicações, saberes e práticas,presentes, e inserções institucionais de acordo com a composição atual da secretaria municipal de saúde de Campinas. Ao longo do percurso do grupo, esta composição foi sendo tomada pela realidade, que traz consigo um campo complexo de acontecimentos, produzindo rupturas e novos arranjos.

Do Distrito de Saúde Fogo, a apoiadora com o pseudônimo Sol é uma das autoras da referida monografia e continuou no cargo de apoiadora mesmo com a mudança de governo. Indicou uma dentista de Unidade de Saúde que atua num Módulo de Saúde da Família, tem o pseudônimo Marina e ambas participaram do início ao fim.

Do Distrito de Saúde Madeira, o dentista com pseudônimo Leão, que é um dos autores da referida monografia, era o apoiador na gestão 2001-2004, por isso indicou um dentista de Unidade de Saúde, CD4. Com a mudança de governo, houve mudança de apoiador da Saúde Bucal, e o novo apoiador, CD6, participou de vários encontros. CD4 participou desde o início até meados de 2006.

Do Distrito de Saúde Água, nos dois primeiros encontros: novembro e dezembro de 2004, o apoiador não veio e não indicou nenhum dentista de Unidade de Saúde para compor o grupo. Com a mudança de gestão municipal, houve, também, mudança do apoiador da Saúde Bucal, sendo que este novo apoiador, CD5 participou de dois encontros do grupo. Deste distrito, a partir de 2005, o grupo contou com a participação do dentista Leão, que trabalha numa Unidade de Saúde na assistência. Leão participou do início ao fim.

Do Distrito de Saúde Metal não houve mudança de apoiadora da Saúde Bucal com a mudança de governo. A apoiadora CD3 participou em alguns encontros do grupo, indicou uma dentista da assistência no primeiro encontro, porém esta dentista nunca compareceu. Mas, uma outra dentista de Unidade de Saúde, que tem o pseudônimo de Flora, ficou sabendo do grupo por intermédio de uma reunião dos dentistas do município, se interessou, veio conhecer o grupo e ficou até final de 2006.

Do Distrito de Saúde Terra, não houve mudança de apoiadora da Saúde Bucal com a mudança de governo. A apoiadora CD1 participou em alguns encontros, é uma das autoras da referida monografia, porém não indicou nenhum dentista de Unidade de Saúde.

Do CETS, que é um serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (área meio), contamos, inicialmente, com a participação de uma dentista, a CD2, que participou de alguns encontros. Depois contamos, também, com a participação da dentista de psedônimo Azul, que passou a compor a equipe do CETS por um período. Porém, em meados de 2006, Azul voltou para uma Unidade de Saúde do Distrito Fogo e continou a participar do grupo, e CD2 se aposentou, a partir de então, não contamos com a presença de nenhum profissional deste serviço no grupo.

A visita na Unidade do CD4, do Distrito de Saúde Madeira, foi agendada e não realizada duas vezes, a primeira foi desmarcada por motivos de Licença Saúde do CD4, e na outra, porque o apoiador CD que iria nos acompanhar teve um imprevisto. Depois disso, por motivo do andamento da pesquisadora com a pesquisa não re-agendamos. Poderíamos agendar depois, com certeza, porém, como já três dentistas e uma apoiadora estavam fazendo o DI, decidimos (eu e minha orientadora) que iríamos, nesse momento, nos concentrar com o material que já havia sido registrado, depois da qualificação decidiríamos. A decisão foi que realmente já havia bastante material para ser analisado e não agendamos mais.

Durante o período que nos reunimos, o dentista Leão e sua equipe de saúde foram deslocados/transferidos para a nova Unidade que acabara de ser concluída conforme já estava acordado. Como já vinha trabalhando com os registros de Leão, foi necessário realizar outra visita a esta nova Unidade de Leão.

Flora não participou mais dos encontros em 2007, retirou-se por se sentir impotente frente às tentativas de introduzir, sozinha, alguns pressupostos da proposta da Alta Pactuada em sua Unidade.

Entendendo este último desdobramento como um “acontecimento”, torna-se possível compreender a atitude tomada por Flora. Esta não via mais sentido em participar de um grupo que propunha um modo de organizar o processo de trabalho em Saúde Bucal na atenção básica que ela não conseguia adequar à sua realidade, o que demonstrou os limites da proposta Alta Pactuada que veiculava nos encontros. Por este motivo, este acontecimento será retomado no próximo capítulo, quando analisaremos os modos de organizar o processo de trabalho em Saúde Bucal no contexto da Alta Pactuada.

CAPÍTULO 4

UM NOVO ANALISADOR ENTRA EM CENA

A Análise Institucional teve muitos inícios, e também por esta amplitude, há severas dificuldades para se perceber seu campo de coerência. Creio ser mais fácil reconhecer e identificar o já conhecido, ou instituído. Quanto ao "novo", o "estranho", o "desconhecido" – sempre temos podido isolá-lo como incoerente (e assim, ainda hoje, o fazemos)
(LOURAU, 1993, p.6).

Este trecho do texto de René Lourau foi selecionado por Flora em seu DI (14/03/06) para dizer, socializar e publicizar a angústia que sentia com relação aos seus colegas de trabalho quando propôs mudanças no modo de organizar o cuidado em Saúde Bucal na sua Unidade.

Resistência à mudança foi um movimento muito percebido, sentido, verbalizado e registrado nos Diários de Momentos dos encontros e nos Diários Institucionais dos integrantes que o fizeram. Para Flora, foi um obstáculo muito forte encontrado na experienciação da Alta Pactuada em sua Unidade, de acordo com seus relatos e registros.

Se entendermos a implicação como "uma relação que indivíduos desenvolvem com a instituição", sendo os mesmos "tomados pela instituição, querendo eles ou não", conforme afirmou MONCEAU (2008, p.21), Flora não estava engajada no grupo e sua proposta, mas sim implicada com o grupo e sua proposta. Neste sentido, analisando a implicação de Flora, posso dizer que ela desnaturalizou o modo como vinha sendo discutida no GAP-Saúde Bucal a implementação da proposta da Alta Pactuada nas Unidades de Saúde, que até então não estava sendo considerada. Tantos foram estes efeitos que, sem ter respaldo institucional, percebeu seus limites e o da própria proposta que vinha tentando entender e experienciar, nas condições concretas de realidade que encontrava no cotidiano de sua Unidade de Saúde, optando por se retirar do grupo.

Dada a potência reveladora de tal acontecimento, estou tomando-o como um novo analisador nesta pesquisa ação-intervenção.

Flora registrou e socializou sua retirada por e-mail, quando respondeu ao chamado de uma mensagem enviada por mim (por e-mail) para retomarmos os encontros em 2007, como sempre fazíamos. Nos dois últimos encontros de 2006 (DM, 19/09/06 e DM, 17/10/06), eu não estava presente, pois estava de licença maternidade, e Flora fez um dos registros destes encontros juntamente com Sol. Quando conseguimos nos organizar e retomar os encontros, Flora não participou mais. Ela respondeu a mensagem somente para mim dizendo o seguinte:

> Re: próxima reunião do GAP- Saúde Bucal
> Quarta-feira, 12 de Setembro de 2007 19:09
> De: "Flora" - Para: Luciane Pezzato
>
> oi Lu,
>
> Estou meio sem jeito de falar com você, mas eu andei refletindo, e cheguei à conclusão de que estou nos enganando (a mim e a você), pois eu não estou fazendo acontecer o projeto do GAP na prática. Eu não sei quando aconteceu,

mas penso que por ser um projeto longo, ele foi se perdendo no meu cotidiano, no começo eu estava muito entusiasmada, engajada mesmo, mas as dificuldades foram surgindo, desde a luta em convencer meus colegas no meu CS, a falta de material em determinados momentos, a perda de nossa THD, que se afastou por Licença para Tratamento de Saúde por tempo indeterminado, falta de RH na unidade, etc; no meio disto tudo, quando eu acordei, eu estava atendendo de modo tradicional, com pensamentos do tipo "*eu não posso dispensar esse coitado sem terminar tudo o que ele tem pra fazer, pois com a demanda existente, ele nunca vai ter chance de realmente terminar seu tratamento,*" cheguei a conclusão que o pacto era unilateral, pois o paciente era induzido em aceitar.

Sinto-me envergonhada em te dizer tudo isso, mas estou sendo sincera. Queria que você me desculpasse, mas eu não gostaria de participar mais do projeto do GAP, se você achar conveniente e quiser incluir esse depoimento na sua tese, por mim tudo bem.

Quero que saiba que foi muito bom te conhecer, te admiro muito, e que esse tempo todo de contato foi de grande valia para mim, fazer a matéria com a Solange, conhecê-la, que é outra grande mulher, a Sol, a Marina, enfim todos.

Lamento, mas não vou participar da próxima reunião. Espero que não fique muito decepcionada comigo, e desculpe a maneira que eu resolvi contar tudo isso (via e-mail), é mais covarde, eu sei, mas é que pessoalmente eu iria chorar muito, pois eu gostei muito de conhecer a pessoa Luciane, além da brilhante profissional.

Flora[70]

No dia seguinte eu respondi:

Re: próxima reunião do GAP- Saúde Bucal
Quarta-feira, 13 de Setembro de 2007 16:53
De Luciane Pezzato - Para: "Flora"

Oi Flora,

De maneira alguma você foi covarde, pode ficar tranqüila, inclusive porque eu já estava prevendo e esperando um tempinho para ir conversar com você sobre isso. Você não sabe como a sua participação no grupo foi importante e aprendi muito com você. Não sei o momento, mas vou marcar uma conversa com você para que eu possa te explicar melhor como isso tudo me ensinou com relação à minha pesquisa, você foi muito importante no grupo. Não fique triste não, não depende só de você mudar seu processo de trabalho, acredito que para a Marina foi mais tranqüilo porque tinha parceria da Sol desde o início na gestão distrital, e trabalha num módulo, e o Leão, depois de passar pela gestão, ele aprendeu muito da rede e está montando um módulo sozinho, então veja bem, são realidades bem diferentes da sua. Você foi é corajosa de entrar nesse

[70] Na mensagem original ela assinou com o pseudônimo, o que, também revelou sua implicação com o grupo, a pesquisa e a proposta.

> grupo sem um convite "oficial' da gestão distrital e o apoio da gestão local, e ainda mais de ninguém da equipe.
> Também gosto muito de você, te admiro pelo que você é!
> Vamos conversar com calma, me da um tempinho que te ligo para conversarmos mais, você topa?
> Bjs Lu

Enfim, ela aceitou e marcamos uma conversa na casa dela que aconteceu em dezembro de 2007.

Este acontecimento revelou limites que estavam encobertos, velados pela facilidade que nós, profissionais de saúde, encontramos de naturalizar o *espaçotempo* contido no cotidiano dos serviços de saúde. A implicação de Flora provocou a abertura desta "dobra", causando uma ruptura no modo como vínhamos entendendo, instituindo no grupo a proposta Alta Pactuada.

Este fato nos ajudou, também, a constatar os limites do trabalhador da saúde numa instituição, o aprisionamento institucional que expropria todo e qualquer "protagonismo e sua força instituinte, como se isso fosse possível" (BARROS DE BARROS, 2007). Será que Flora não conseguiu alterar nada no seu modo de produzir o cuidado em Saúde Bucal, no seu cotidiano em sua Unidade de Saúde?

A fim de compreender como vinha acontecendo a proposta Alta Pactuada no GAP-Saúde Bucal, bem como as experienciações produzidas por ela nos cotidianos das Unidades de Saúde, trarei trechos dos quatro Diários que contém relatos dos dentistas das Unidades acerca do modo como vinham experienciando a proposta. Nesses mesmos recortes dos Diários, poderei mostrar indícios do percurso de Flora no grupo e traçar análises da sua implicação.

4.1. Inícios...

Tomando como base a proposta da Alta Pactuada, os modos de organizar o cuidado em Saúde Bucal para cada um dos sujeitos do GAP-Saúde Bucal tiveram vários inícios, articulando, costurando os sentidos produzidos individualmente em consonância com as reflexões-ações-intervenções geradas nas discussões dos encontros a partir das experienciações da Alta Pactuada nos diferentes cotidianos.

No 6º encontro (DM, 09/06/05), houve um debate em torno de algumas questões que permeavam os inícios das experiênciações da proposta Alta Pactuada nas Unidades

de Saúde. Leão trouxe uma pergunta que o incomodava para ser debatida: "Porque a odontologia, com um acesso tão baixo, tem pouca reclamação? Será que o usuário não sente a necessidade?" (DM, 09/06/05)

Não ficou registrado no Diário de Momentos daquele encontro[71] o debate em torno desta questão colocada por Leão, porém, de acordo com MANFREDINI (2006), esta discussão há tempos vinha sendo pauta em espaços coletivos que freqüentava.

Segundo o autor, a Saúde Bucal foi apontada, no Orçamento Participativo da Prefeitura Municipal de São Paulo para o ano de 2002, como "a segunda especialidade mais demandada, só sendo superada pelo Programa Saúde da Família". E o autor continua levantando a seguinte questão: "Como esta necessidade, sentida pela população, não tem confluído para a organização dos usuários pela defesa dos seus interesses, no que diz respeito à Saúde Bucal?" Fazendo referência a uma publicação anterior, na qual relata sua experiência na prefeitura Municipal de Santos, afirma que desconhece qualquer registro da "existência de movimentos de cariados ou portadores de doença periodontal ou câncer bucal na sociedade brasileira."(ibidem, p.44)

O autor conclui esta discussão afirmando que:

> A superação do paradoxo entre a necessidade sentida e a precária organização pela defesa dos direitos de cidadania da maior parte da população brasileira é um dos principais desafios colocados para aqueles que se ocupam da luta cotidiana de defesa da vida e do SUS no país. (ibidem, p.45)

Outra questão levantada por Leão, no mesmo encontro, é que: "o universo da Saúde Bucal para a população é muito restrito, eles não têm essa exigência".

Será mesmo que os usuários não têm esta exigência? Ou será que esta posição não é fruto de uma oferta histórica da Saúde Bucal atrelada/vinculada a procedimentos dentais mutiladores, à relação queixa-conduta, ao conhecimento fragmentado da realidade, visto que muitos usuários não conseguem chegar à Unidade por vários motivos, prejudicando a identificação da demanda de acordo com as necessidades da população, e gerando, deste modo, uma demanda socialmente produzida neste "universo restrito"?

RODRIGUES & ASSIS (2005, p. 273), analisando a dinâmica organizacional da oferta e demanda dos serviços de Saúde Bucal em Alagoinhas – Bahia, concluem que "a articulação entre a oferta e a demanda por serviços é conduzida com ênfase na atuação

[71] Neste encontro eu não estava presente e o registro foi feito por Sol.

do cirurgião-dentista que centra as ações em determinados grupos sociais", portanto, cabe aos profissionais e aos serviços de Saúde Bucal ampliarem suas ações e ofertas de serviços, não se restringindo a grupos específicos como também, ao centralismo dentário.

No 9º encontro (DM, 16/12/05), estávamos em quatro pessoas e sentimos uma "certa" desmobilização do grupo. Buscando reverter este processo, discutimos como poderíamos dar um rumo aos nossos encontros, estimulando a construção do projeto de intervenção do grupo. Pensamos (Leão, Marina, CD2 e eu), então, em propor que cada dentista da ponta - CD4, Marina, Leão e Flora - trouxesse para os encontros um relato de como estava organizando o seu processo de trabalho, e a partir disso, fôssemos construindo um projeto coletivamente. Ou, ainda, uma proposta diferente, de cada um com seu apoiador pensassem juntos. A idéia era que cada um fosse contando o que vinha fazendo, dentro disso, poderíamos elencar quais eram os conceitos que estavam presentes, o que tinha a ver com a proposta da Alta Pactuada, o que não tinha, o que extrapolava a proposta, o que ficava aquém, o que precisava mexer, se precisava de ajuda, enfim, para podermos, juntos, pensar e construir o projeto.

No encontro seguinte (DM, 09/02/06), aproveitando a presença de dois apoiadores, retomei esta idéia, e CD6 ficou empolgadíssimo, inclusive percebeu que poderia fazer uso dos "conceitos" que fossem levantados, a partir dos relatos das experienciações de Leão, Flora, CD4 e Marina, como mais um recurso que poderia ser utilizado em suas visitas às Unidades, no seu papel de apoio, associando-os aos dados de acesso que já vinha utilizando como um dispositivo para ajudá-los a pensar em formas de reverter estes dados.

> quando a equipe percebe que o acesso, embora pra eles seja grande, quando você coloca isso em números, a equipe, fica um pouco preocupada, [...] quando você coloca que o acesso está girando entre 6 a 10%, 8%, 5%, depende um pouco de cada território, de cada equipe, e normalmente a equipe diz que pensava que o acesso era mais, *"a gente atende tanto, a gente trabalha tanto, é só isso?"* e aí eu respondo: "*É só isso*", e eles mesmos dizem: "*Qual seriam as estratégias da gente melhorar, da gente ampliar o acesso*", e aí seria legal esse fórum, porque aí você vai, junta um pouquinho daqui, um pouquinho de lá e aí, com a equipe, você vai trabalhando, [...], de repente você pode até mudar o processo de trabalho dessa equipe em função do que a gente tira daqui mesmo, né? E estaríamos tirando muito proveito disso para levar para as equipes que não tem essa idéia de trabalhar com esse perfil de atendimento.

Neste mesmo encontro (DM, 09/02/06), como contávamos com a presença de Flora, seguindo o fluxo da idéia das apresentações dos dentistas, pedimos para que ela nos contasse como estava o início de seu experienciar a Alta Pactuada em sua Unidade, e ela nos contou.

4.2. Os primeiros indícios da experienciação da Alta Pactuada de Flora: desejo de mudança

Estávamos no 10º encontro (DM, 09/02/06), quando Flora iniciou seu relato. Era o terceiro encontro de que ela participava. Desde o início de sua participação no grupo, demonstrou um grande desejo em mudar alguma coisa no seu cotidiano

> Eu já tinha um desejo de modificar o modo de trabalhar, e tinha conversado com a CD3, que eu queria fazer alguma coisa para trazer aqui na nossa reunião. Pois, toda vez que a gente tem esse encontro (GAP), eu saio daqui super motivada... no dia seguinte, já começo a falar bastante com os pacientes, explicando a proposta, mas com o passar dos dias, das semanas, este entusiasmo vai se perdendo aos poucos. E é uma coisa muito individual: eu com o paciente... Eu ainda não tive essa conversa com a equipe. Na minha Unidade, a equipe odontológica é muito distinta na forma de trabalhar, e isso, complica tudo. [...] Mas assim, por exemplo, algumas coisas já está andando sim. [...] Alguns passos a gente já deu sim. Lá somos em vários dentistas, cada um com a sua posição, com aquela barreira... [...] O que está funcionando diferente na minha unidade é assim: eu já tenho uma conversa com o paciente sobre a alta pactuada, da necessidade ser percebida. Porque lá, assim, é uma unidade que a gente tem muito paciente antigo. Sabe aquela história de revisão, de marcar retorno de revisão. Era uma coisa assim que foi uma bola de neve... [...]. um tem dez, doze anos na casa. Então tem aquele mundaréu de paciente, [...] A hora que a gente pára para ver os números, e você fala, poxa, o acesso é três por cento? É Isso? Mas como? Eu trabalho tanto! Eu acho que a conversa é bem por aí. Então a gente começou a mudar essa visão. Mas lá é assim: Tem reunião da equipe, é uma confusão! Porque a pessoa pra mudar isso aqui, uma linha, é resistente, é complicado! Mas o que aconteceu? A gente mudou isso sim. Então as revisões, essa história de revisão anual, porque o paciente já estava acostumando e perguntava: *Mas o ano que vem eu não venho aqui pra fazer minha revisão?* E essa conversa já tá existindo, esse discurso de explicar que não tem essa necessidade toda, de explicar como funciona, de que hoje em dia tem flúor na pasta de dente que inibe a evolução da cárie. Isso tudo que o grupo discute aqui, isso a gente já tá fazendo. Mas em vista também disso, da

> gente ficar falando: Puxa, a gente vai ficar atendendo esse grupinho aqui, esses poucos por cento e o resto como que faz? E é bem essa conversa que você tava falando, do Cecílio, que a gente olha o paciente e a gente acha que a gente sabe falar por ele, o que ele tem que fazer. Ouvir o paciente, a minha necessidade é essa resina da frente agora, não interessa se lá atrás está precisando de alguma reparação. Então assim, eles acham que como eu posso atender uma pessoa que tem várias coisas para fazer na boca, e eu vou me limitar a duas sessões? Três sessões? Aí eu vou falar... não você vem depois. Eu acho que assim eu não estou proporcionando saúde, que tem que terminar tudo. Então esse é um conceito que tem que ser trabalhado. (Flora – DM, 09/02/06)

Sol perguntou a ela como estavam as negociações com o gestor da Unidade.

> O meu coordenador é um médico. Ele é muito bacana, apóia bastante a gente. Eu acho que isso a coisa caminha bem, mas também, eu tive essa conversa, a CD3, minha apoiadora, conversou com ele, pra eu estar participando daqui, ele me liberou, mas assim, as coisas pecam ainda, de sentar e discutir, a coisa está muito teórica ainda. Eu acho que esse ano agora, eu quero colocar mais em prática e estar falando mais com as pessoas da equipe. [...] Mas assim, a gente tem uma THD, e ela tem uma cadeira dela, mas no momento ela está afastada por LTS há mais de um ano. Então eu fico assim vendo o sonho desabando.

E CD6 perguntou: Você só tira uma dúvida pra mim: Você teve um momento, por exemplo, na reunião da equipe de Saúde Bucal, de você estar trazendo isso pra equipe, conversando, contando que está pensando em trabalhar dessa forma... que participa de um grupo de Saúde Bucal?

Flora respondeu:

> Sabe o que acontece CD6, lá a gente não está conseguindo fazer essa reunião com o pessoal da bucal especificamente. A gente faz... O coordenador faz a geral e aí acaba sendo muito de medicina, de auxiliar, e a odontologia fica aí no cantinho. A gente tem as reuniões de equipe, inclusive a minha é amanhã. Que eu até vou começar... Eu acho que está na hora, eu vou pedir uma fala e vou começar a levar algumas coisas. Mas com os dentistas os horários não batem, não estamos tendo esse momento. E tá precisando muito, porque eu acho que é isso que falta. A reunião é em dois períodos, de manhã é uma coisa, a tarde é outra coisa, e tem momentos de ter até atrito assim de problema... E eu acho que isso deve ser conversado, trabalhado... A gente tá precisando ter isso sabe? (Flora – DM, 09/02/06)

Sol fez uma fala procurando amenizar um pouco a angústia de Flora:

> De repente, Flora, você retoma o material que a gente já mandou. Para ajudar pensar um pouco na questão do conceito que a gente fala da alta pactuada pra não ficar muito taxado de adequação de meio, que não é né? Então, porque, às vezes, a gente começa a falar, e os dentistas são imediatistas. Não só os dentistas, a maioria das pessoas são imediatistas e elas entendem o que ficou mais fácil para entender: é adequação de meio. [...] Se a gente for pensar no adulto, muitos adultos não precisam de adequação do meio, eles precisam é de restauração, é de extração e é de prótese também, de periodontia, a maioria deles. [...] Muitas vezes a alta pactuada pode até ser adequação do meio, mas não é só isso. Eu acho que é uma coisa da gente, às vezes, parar para pensar um pouco... (Sol – DM, 09/02/06)

Eu procurei pensar junto com o grupo e disse que, no caso de Flora, talvez fosse bom ela começar observando a equipe, se poderia contar com alguém que viesse a ser seu parceiro para não se sentir sozinha, depois ir incluindo mais gente, iniciando pela questão do baixo acesso, como o CD6 havia comentado, e ver se conseguia mexer aos poucos neste instituído, "devagar e sempre", procurando apoio/parceria da gestão, seja local, seja distrital. (Luciane, DM, 09/02/06).

4.3. A experienciação da Alta Pactuada de Marina e Leão: a gestão colada ao saber/fazer da Alta Pactuada

Conforme havíamos pactuado anteriormente (9º encontro), iniciamos os demais relatos das experienciações no 11º encontro (DM, 16/03/06). Marina iniciou seu relato contando como vinha acontecendo a Alta Pactuada em sua Unidade, ou seja, num Módulo de Saúde da Família, contando com o apoio institucional de Sol.

> Lá no módulo, a gente tá sentindo que tá diminuindo muito a urgência... que a gente abre três vagas por dia para cada dentista, eu e uma outra à tarde... Então, três de manhã, três à tarde. Então a gente atende basicamente seis por dia e mais as urgências, se chegar com dor, a gente vai encaixar... Aí nesses três que estão abertos, a pessoa vai de manhã, pega a fila: "*Quero tratar*" ou "*Estou com dor*", e aí vai encaixando os horários, a pessoa espera lá. A gente atende os três primeiros horários. Tem gente que vai de manhã, mas quer à tarde, a gente marca à tarde. Aí nessa vaga a gente vai fazer o exame inicial e, se tiver extração, se tiver tudo bem com a pessoa, se a pessoa estiver aberta a fazer, faz extração na hora. Se a pessoa só tiver uma extração ou só uma

> restauração a fazer, ou só uma limpeza, a gente já faz e já acaba. Agora se a pessoa tiver várias coisas, a gente tenta orientar. Mas a gente passa pra THD e, se tiver flúor ou raspagem, a THD já tem vaga logo pra semana, não é demorado. E a gente já faz a adequação do meio. Com o CIV ou com IRM, dá uma "geralzona". Pede radiografias se ela precisar. Se ela tiver alguma coisa, se ela tiver dor faz lá pulpotomia, faz o curativo, faz o encaminhamento, que ainda tá aquele problema, eu não vou nem entrar no assunto. [...] Se ela tiver muita coisa, a gente até orienta. Senão der pra anestesiar, pra fazer tudo que tem que fazer, a gente orienta a vir no outro dia e pegar uma nova vaga. Só que nesse dia, ela já é incluída numa lista pra tratamento e num nível que a gente divide em alto e médio, mas não é risco é atividade, necessidade. Aí ela vai esperar pra ser chamada para tratamento, tá dando uns três meses, mais ou menos. Mas nesses três meses, ela já recebeu a raspagem, o flúor, extração e está nessas atividades com a THD. E a adequação feita pelo dentista ou curativo quando tá com dor, já amenizou o problema inicial dela. Então ela espera esses três meses. Aí a gente liga, forma um grupo de vinte pessoas, normalmente meio a meio, ou um pouco mais de alta necessidade ou menos de média. Forma um grupo, a THD faz uma palestra, explicando cárie, doença gengival, faz um pacto lá com eles que não pode faltar, se faltar e não justificar, ela vai ter que voltar pra lista de espera e ela não vai poder estar remarcando. E aí a gente agenda naqueles três horários e aí vai fazendo tratamento, três, quatro sessões, tenta dar fim no tratamento. Tem paciente de alto risco que ainda tem muita cárie, a gente não põe amálgama ou resina, a gente deixa com restauração provisória, anestesia, tira mais cárie, limpa bem e deixa lá, normal, e põe ela de novo na lista, que aí vai dar uns três ou quatro meses, e aí ela volta, né? Aí a gente vai avaliar, se ela estiver melhor, a gente acaba fazendo alguma outra coisinha, uma restauração. Que às vezes tem gente que tem tanta placa que não tem condição! Agora, a maioria não está desse jeito, a gente faz, daí dá um término e daí fala só pra daqui a seis meses ele tá voltando a procurar a vaga do dia pra ele fazer um novo exame. Normalmente, se ele voltar, ele vai voltar só com uma "limpezinha" pra fazer ou alguma coisinha à toa, aí faz na hora.

CD6 disse: Deixa eu só entender... Esse grupo de vinte pessoas, você já fez o curativo, eles já esperaram, vieram pra esse grupo, a THD passou, aí você tem sessões pra essa pessoa?

Marina respondeu: A gente não fixa, não. Mas, assim, a gente tenta fazer por Hemiarco o tratamento numas três, quatro sessões.

CD6 disse: Então seriam três ou quatro sessões e daí, se ela tiver mais alguma coisa, volta...

Marina esclareceu: Se ela tiver, se nessas sessões, por exemplo, tem aquela pessoa que tem muita placa, muita cavidade, aí a gente não põe restauração de amálgama ou resina. A gente deixa com a provisória mesmo. Ele volta com ela, ou tártaro ou problema periodontal que a gente sabe que não é fácil.

Lu perguntou: Daí faz algum trabalho pra ela nesse período para ir orientando, para amenizar o problema ou não?

Marina responde:

> Não. Já foi feita a palestra. Já passou na palestra da THD, e em cada consulta a gente tá falando, melhorou, não melhorou. Ela pode até melhorar na segunda sessão que vem, mas aí você já explicou, você não vai fazer o amálgama, você vai deixar e esperar pra ver se ela vai manter aquilo. A não ser que ela venha melhor depois desses três meses. Tá melhor? Daí a gente vai e faz as restaurações, extrações, o que precisar.

Como Sol é apoiadora deste módulo, disse que já conseguiram constatar que:

> Há uma diminuição da demanda espontânea por dor, por urgência. Então, já tá assim, vai chegar uma hora que esse tempo de espera vai ser menor, porque ela vai conseguir aumentar o número de oferta do setor dos agendados, porque não vai mais ter tanta necessidade da vaga do dia... entendeu?

Marina complementou:

> E a pessoa, como ela já melhorou um pouquinho. Então não é: Eu só tratei aquele. Agora falta aquele, e ela vem quinhentas vezes no Centro de Saúde e pega a vaga de urgência de todo dia. Então, como já deu aquela limpada geral, ela demora, ela espera e ela sabe que o tratamento dela tá garantido. A gente vai telefonar na casa dela, o agente de saúde vai com a carta pra quem não tem telefone. Então ela sabe que ela vai ter o tratamento.

Azul perguntou:

> E esses pacientes são os que vêm geralmente em busca da vaga do dia, não existe um trabalho pra buscar aqueles que não conseguem chegar?
> Eu estou fazendo esse relato porque eu tive a experiência de achar que a gente conseguia isso. Quando a gente colocou os agentes pra ir buscar fora, a gente viu que tinha tanto que a gente não ia conseguir dar conta de atender os que não chegavam. Porque muitos não chegavam por motivos mil, desde os velhinhos do asilo, que foi o que a gente começou priorizando, até donas de casa que falavam

"*Nem vou, eu sei que lá é muito difícil! Só tem uma dentista pra não sei quantos*".

Marina continuou...

> E nem tentam. Porque tem o mito de não conseguir. E não tem mais fila. [...] Agora grupo que é oficial, é grupo de gestante e bebê que a gente faz uma vez por mês. A pediatra e a GO e também a enfermeira, elas orientam, a gente deixa um cartaz na recepção e na sala de espera com o dia, que é sempre na primeira sexta-feira do mês, às nove horas da manhã. Aí a gente junta, faz o grupo e já examina, se tiver bebê, nunca tem nada, daí a gente examina e já dá o retorno garantido pra seis meses. Já marca num papelzinho, só não marca o dia e a hora, mas fala é mês tal, você vem aqui que a gente já inclui. E gestante, a gente já examina, se tiver o que fazer, já faz tudo, já encaixa o tratamento. Agora acamada, essa parte, eu não faço exame, já fiz umas duas, três, mas... Nas escolas a gente também vai, [...] No ano passado a gente foi na escola, levantou o alto risco de quem tinha necessidade e deu um papelzinho pra mãe, ano retrasado, a gente abriu vaga na agenda, e não foram. Então este ano nossa ACD colocou um bilhetinho no caderno da criança dizendo assim: "*O seu filho precisa de um dentista. Vá ao centro de saúde agendar uma consulta*." Ontem a THD me falou que vieram dois. Agora, nesse grupo de bebê e gestante, eu já tô ficando desanimada, [...] Nessa última não foi ninguém, só a enfermeira contatou seis gestantes. Não foi ninguém. Está vindo duas, três. Eu vou até a sala, que está cheia de barriguda e falo: "*Gente tem grupo de gestante*." Ninguém se manifesta. Então é complicado, eu fico pensando: Aí, se tem essas pessoas que tão interessadas, então em vez de eu ficar buscando alguma, vou abrir horário na agenda e pensar...

Sol complementou dizendo que:

> Os acamados de maior risco que não estão, nesse momento, com a Unidade, estão no SADE que é nosso serviço de atendimento domiciliar, onde temos um dentista fazendo algumas horas. Ele está fazendo atendimento domiciliar para alguns casos dos Distritos de Saúde Fogo e Água.

Flora perguntou para Marina algo que queria entender melhor: qual é esse pacto da alta pactuada? [...] Quando ele vem para o tratamento, vai tratar tudo?

Marina respondeu que não, porque

> Senão tiver bem escovado, muita placa, não melhorou essa parte, a gente vai falar que não dá pra fazer ainda uma restauração. Melhor você ficar com esse ionômero que vai liberar flúor e que vai agüentar mais. Vai ser melhor pra você

> do que eu colocar uma restauração maior que às vezes pode até cair. Então eu espero que ele melhore as condições de higiene pessoal, de entender o que está acontecendo, pra eu poder colocar amálgama ou resina.

CD1, perguntou: Mas e se ele tiver as condições adequadas?

Marina respondeu: Aí a gente põe! Faz o tratamento convencional, trocar a restauração por hemiarco, umas três, quatro sessões, dependendo, mas não passa disso, só se for um paciente problemático.

CD1 diz: Eu acho que a alta pactuada passa aí por esse instante que é a espera por esses três meses não é?

Marina chama a atenção para esse momento, que é aquele no qual ela entende que é preciso explicar muito bem para o usuário as razões pelas quais ele vai ou não fazer o tratamento, reforçando a necessidade dele entender bem esta parte do pacto.

> Mas dos vinte que a gente chama, vão uns quinze, treze, alguns porque mudaram, outros porque não vão mesmo. E outra, aqueles que nunca vão é porque o risco é social, então é problemático... [...] Então tens uns pacientes que são complicados, e esses a gente não pode largar. Tem que chamar sempre. [...] Então têm uns casos que a gente fica em cima.

Eu perguntei para Marina se esses casos que são complicados eram discutidos com a equipe? E ela disse que sim, que às vezes ela leva o caso até para a psicóloga.

O CD6 quis saber como ela marcava os retornos desses pacientes ou se dava alta para eles e Marina respondeu que:

> Então, desses que deu pra tratar, a gente pede para voltar daqui a seis meses e procura a vaga do dia. E já tem bastante paciente que já está voltando. A não ser aquele de alto risco, que continua de alto risco, a gente inclui no fim da lista.

CD6, disse que era isso que ele queria entender: Esses pacientes que retornam depois do tratamento, depois de seis meses, eles marcam um dia pra digamos dez, doze voltarem pra vocês fazerem uma avaliação.

Marina respondeu que não,

> eles devem voltar para a cadeira, e aí a gente faz o exame novamente e, se na hora estiver tudo bem, libera. Senão estiver, já faz. Mas acho que por eles saberem que vão ter a vaga garantida, nem que seja daqui a três meses, diminui a ansiedade, e eles não ficam toda hora indo. Vai às nove horas da manhã, tem vaga ainda pra de tarde. Então, acho que tira essa coisa aí... E também acho que porque diminui a dor, né?

Sol, retomando a pergunta da Flora com relação ao modo de organizar, disse:

> por exemplo, se o paciente falar que ele tem uma necessidade diferente da que você está propondo, de só deixar o meio adequado pra esperar na lista de espera? E se ele falar: "Olha, mas não, eu preciso fazer. Eu quero restaurar esse dente". Então, existe essa negociação sim, cada caso é um caso.

E Marina complementou:

> Se a pessoa, por exemplo, tem gente que não dá pra fazer tudo pra ocupar uma vaga de quarenta minutos. Então a gente fala: "*Olha, você tá na lista. Mas isso não impede que você venha, entre e pegue a vaga do dia. A gente faz mais alguma coisa*." E já teve paciente assim que estava em férias e queria dar conta de tudo porque estava de férias. E eu falei: "*Então todo o dia você vem, e eu faço a restauração pra você na vaga do dia*". Aí ele ia. [...] Tem dia que lota muito por causa de outras coisas. [...] Mas a gente orienta: "*Vem amanhã cedo*". Não que seja proibido dar tratamento completado e restauração nessa vaga do dia.

Leão foi o segundo a relatar como vem experienciando a Alta Pacutada e delineando seu modo de organizar o cuidado em Saúde Bucal na Unidade em que trabalha. Ele iniciou dizendo que ia dividir sua fala em dois momentos: "antes e após a crise de abastecimento que não acabou ainda".

> Eu voltei pra ponta pra fazer parte de uma equipe que atendia [...] assim... São doze mil pessoas na realidade. Um conjunto de prédios... [...] Eles chegaram na época que a Unidade não tinha recursos pra absorver essa demanda. Foi montada uma equipe, até mesmo na realidade meio capenga, incompleta e está incompleta até hoje. E nessa equipe não tinha dentista, então eles tinham acesso à odontologia por intermédio das urgências. Aquela demanda do dia. Como que é isso? A pessoa chegava lá com dor, tinha a sua necessidade imediata abrandada. E aí eu fui trabalhar como dentista dessa equipe. Como eu já tinha terminado a monografia da alta pactuada, [...] eu decidi começar de uma maneira até diferente do que o pessoal se organizava, né, eles estavam ainda naquela de

> organizar um dia, marcar, abrir vaga pra odontologia, aquela coisa. [...]. Falei não! Vou trabalhar com aquele conceito de múltiplas portas. Quer dizer, primeiro eu vou trabalhar com a educação e saúde com a equipe da saúde bucal, com a THD, depois o restante da equipe de referência também, né? Falando sobre risco, ver como é que é o processo de trabalho da saúde bucal, etc. Então esse foi um lado tá? Uma das portas de entrada dessa demanda foi através desse pessoal, através da equipe, tá? Aí tem a demanda espontânea, que é a pessoa que quer o tratamento, tá? Então o que nós fizemos? Nós colocamos um caderno da nossa equipe no acolhimento desta equipe. A pessoa que procurar tratamento vai esperar ter uma resposta ali, tá? E existem os grupos de risco, gestante, hipertenso, são aquelas pessoas que não dá pra esperar, precisam de encaixe. Ou então os agentes comunitários identificam nos domicílios, nas visitas domiciliares. A gente encaixa, coloca no tratamento, enfim... E assim, tava rolando até legal, sabe? Nós começamos a chamar, chamar... Teve grupo que a gente começou a chamar vinte pessoas, tá? Depois cinqüenta pessoas. Através do caderno, através das equipes referenciando sabe? Dos agentes comunitários trazendo casos. Cheguei a fazer algumas visitas domiciliares. Fui conhecer o território, tá? Até, quando eu fui conhecer o território, pude observar a legitimidade desse tipo de organização, né? As pessoas passam a conhecer, passam a conversar, a procurar. [...] Enfim, você identifica aqueles que tão em baixa renda, aqueles que têm uma condição melhor. Paralelo a isso, eu combinei com a THD também a questão dos procedimentos coletivos, e a gente sistematizou: pelo menos três PCs por ano. A escola é junto deste conjunto de prédios e isso facilitou bastante.

Flora perguntou para Leão se este local era um módulo separado da Unidade, e ele respondeu que era para ser um módulo, mas pela demanda, será um Centro de Saúde. Entretanto, enquanto a Unidade não ficasse pronta, ele ficaria junto com os outros dentistas, atendendo esta população específica junto com uma equipe de referência.

Leão continuou.

> Começamos a receber casos de projeto terapêutico, que as pessoas mandavam pra Saúde Bucal, quer dizer, teve um caso de bebê que a gente atendeu juntos sabe? [...] Já estava rolando inclusive, assim, na penúltima reunião do conselho local, um dos conselheiros falou que teve um dia que ele sentou na sala de espera da odontologia e identificou a maneira como estava organizada a odontologia na Unidade, como um serviço de maior legitimidade que as pessoas mais acreditam. Por conta dos recursos, por conta do atendimento, do tempo de resposta. Enfim, né? Foi muito legal essa parte, né? As outras equipes, algumas já estão começando assim uma transição, né? Uma das equipes, o dentista já começou a fazer de uma maneira semelhante a minha. O caderno na recepção. Nós começamos a fazer nas urgências, triar, tá? Um pro outro [...] Enfim... Aí chegou a crise de abastecimento, falta de anestésico, quer dizer, houve um desmonte na realidade, por quê? Porque assim, nós recebemos uma orientação

> de não trabalhar com agendamento, por quê? Porque a gente nunca sabe quando vai acabar, sabe? O material... [...] (risos) Exatamente... Isso daí pegou assim... Em vinte anos de rede eu nunca vi uma crise como essa! Houve um desmonte. Você se sente realmente desestimulado na realidade. Nós voltamos a atender só urgência, e ela aumentou... Havia diminuído essa fila das urgências, né? Agora voltou a aumentar, que é o único acesso que as pessoas têm... A gente não tem condição de agendar pra dali a quinze dias, então a gente não agenda. Pessoal da minha região pega ônibus, é quatro reais, e eles vão sozinhos, pra ir e voltar. Se vier com filho, porque normalmente as mulheres não têm como deixar filho, são oito, doze reais. Para chegar e dizer que não dá pra atender... Quer dizer, é complicado. Mas uma coisa que nós pudemos observar é que no tempo que nós estávamos aplicando, era uma maneira que dava certo sabe? É uma maneira que primeiro legitima a odontologia em relação ao restante da equipe. Aquela imagem que o outro tem de que é isolado, trabalha de maneira isolada. A gente conseguiu quebrar isso. Você organiza a demanda de uma tal maneira, que você trabalha só com risco. Na medida que o paciente já vem triado pelos outros membros da equipe, são pacientes de risco.

Diante desta exposição, Sol perguntou: E esses pacientes que não foram triados? Eles entraram primeiro no caderno lá na recepção? Em que momento vocês fazem essa avaliação? E assim, o critério continua sendo os que estão primeiro na lista?

E Leão respondeu:

> Eles são chamados pela THD que faz o tratamento antes de mim, entendeu? Aqueles que têm o maior risco já são encaminhados e têm uns que tem pouca coisa. Daí a gente faz em uma sessão só, mas antes de passar comigo, passa pela THD.

Leão continuou sua fala defendendo a posição de que o dentista precisa delegar algumas funções, principalmente numa realidade como a da sua Unidade, que está com um acesso em torno de 4 a 6%.

> Então assim, o que interessa é que aquele paciente que esteja sentado na cadeira do dentista seja um paciente de risco. Independente se é acamado... [...] não pode ser paciente que não é de risco. E o que o dentista puder delegar ele tem que delegar. [...]. Quanto mais tempo permanecer na cadeira, tanto melhor, este é o meu núcleo, o restante, a avaliação, os agentes fazem, o pediatra faz, a GO faz enfim... A generalista faz, entendeu?

Depois Sol concordou e disse:

> O que eu tô tentando entender é assim, num primeiro momento que eles entram na lista de espera, eles ainda não foram avaliados, você não sabe se ali tem alto risco, baixo risco. Eles estão lá. E por enquanto, tá seguindo a lógica dos primeiros, porque ela vai chamando conforme... Não existe a possibilidade de eles serem avaliados no momento da procura?

E Leão respondeu que:

> Via de regra, quando a pessoa vai colocar o nome no caderno, a pessoa que está no acolhimento é que coloca no caderno. Então ela avalia o porquê na hora, se está precisando tratar, faz tempo que não trata, está com placa, está sentindo que tem uma lesão entendeu? Então, via de regra é assim. Mas por outro lado, também a gente tem que dar resposta pra aquelas pessoas... Só que elas não passam primeiramente comigo. Passam pela THD. Então no mínimo elas vão ter um educativo, participar de um grupo educativo, passar pela THD.

E Sol, buscando esclarecer um pouco mais perguntou: Qual que é a proporção na agenda de vocês? As vagas de urgência e os retornos?

Leão respondeu:

> Então a gente tem uma maneira *sui generis* lá, sabe? Por conta dos recursos que estão alocados. Em quase cem por cento das vezes, nós conseguimos dar conta de cem por cento da demanda. Quando não conseguimos dar conta de cem por cento da demanda de urgência. [...] Nós triamos, mas via de regra, nós conseguimos. Até por isso, o conselho colabora muito! Porque a pessoa que chega procurando, via de regra, ela é atendida.

Sol perguntou: Então vocês nunca dizem não? Nunca medica e manda voltar outro dia?

Leão respondeu: Não, não. Muito raramente. Mas é que lá assim, é um número... São quatro dentistas no período da manhã.

Sol continuou perguntando: Então os que entram nessa lista de espera do caderno são os que não têm sintoma? E Leão respondeu que sim.

Marina perguntou qual era o procedimento para os que estavam com dor, e ele respondeu que entram imediatamente para serem atendidos.

> Ele vai imediatamente para minha agenda, entendeu? É um trato que a gente tem que é encaixado na minha agenda. [...]. Ele não entra na fila. Ele passa na frente de todos. [...] Da mesma maneira que, se os agentes comunitários, eles acharem que tem um caso significativo que precisa furar aquela fila do caderno,

> vai furar. Uma gestante não vai entrar no livro. Se entrar no livro, quando for chamar já nasceu o bebê. Normalmente a gente se organiza assim, cada dia um fica na retaguarda da agenda. Quando é seu dia de ficar, normalmente a gente agenda a partir das dez horas, tá? E dá pra atender todo mundo. Agora quando eu não estou na fila da urgência, o meu agendamento é a cada meia hora. Então é...

Sol perguntou:

> Então, já que vocês tem agendados além da urgência, vocês ainda estão sentindo que tem uma demanda mesmo que assintomática, mas com necessidade, tem alguma necessidade? Não seria possível, eu estou só pensando, nos agendados, na sua agenda hoje não é seu dia de retaguarda pra porta, mas não é possível algumas vagas de acolhimento, não de urgência? Dessas procuras espontâneas por necessidade de tratamento? Em vez de entrar no livro cada um ter, sei lá, duas vagas no dia pra avaliar essas pessoas? Em vez dela entrar no caderno, ela passa por avaliação e já é classificada no risco?

Leão respondeu:

> Eu acho que é uma maneira válida até, que pode até ser, entendeu? Mas assim, ela não senta na cadeira comigo primeiramente, ela senta com a THD. Eu acho que até é uma resposta. Eu acho que apesar de não constar como acesso, tá? Esse não é um dado de acesso. Eu prefiro atender, concentrar mais o meu horário no risco, entendeu?

Sol disse que era justamente isso que ela estava falando, e Leão continuou:

> A avaliação de risco não é só minha. O que eu estou querendo dizer é o seguinte. Pode até ser. Isso vai criar uma determinada rotina, uma burocracia, vamos colocar assim. Mas quem vai avaliar risco nesse paciente, necessariamente, não precisa ser eu, pode ser no próprio acolhimento, você entendeu? Porque pra ele colocar, ele vai ter que passar pelo acolhimento. Ele vai ter que saber o porquê vai dar o nome no livro. Pra pessoa do acolhimento identificar. Se a pessoa que está no acolhimento identificar uma necessidade, ela põe. Qualquer profissional pode estar no acolhimento e, se ele avaliou que é de risco, qualquer risco social, individual, enfim, ele tem acesso na minha agenda. São múltiplas portas mesmo.

CD1 perguntou: Hoje quantas pessoas têm nesse livro? E Leão respondeu que têm várias, está voando aí para meses, umas duzentas pessoas... E Leão disse que havia tencionado com a equipe,

> porque assim, ao mesmo tempo em que eles reclamavam do mistério do processo de trabalho da odontologia, eu abri. Esperei um mês. Aí quando vinha um, vinha outro tal. Passou um mês, eu cheguei com o livrinho *Ó, vocês reclamam que nunca tem vaga de dentista, que vocês não entendem como a gente trabalha. Por que só tem dez?*

Marina perguntou quanto tempo demora para esses duzentos usuários da lista serem atendidos? E Leão respondeu:

> Agente não trabalha mais nesse sentido, de assim, todo mundo que está no livro vai ter que passar, ou eu vou ter que ter três meses, ela vai indo. Mas eu estava chamando de cinqüenta em cinqüenta. Eu tava assim numa média de cinqüenta pessoas por mês, mais ou menos. Tava dando bastante TC, a gente até observou pelo próprio SIGAB. Eu puxei os dados, tinha bastante produção, inclusive, sabe a alta pactuada, né? Tava fluindo... Tava tendo o reconhecimento deles, da população. Os agentes deram esse retorno pra mim, tá? Eles estavam, assim, se sentindo satisfeitos com a maneira da organização. Que é uma coisa muito importante também, né? Se você vai organizar um centro, você tem que levar em conta o que as pessoas querem...

Flora perguntou sobre o pessoal assintomático, que não é de risco, como eles reagem com a lista de espera, eles não questionam o tratamento, quando é que vai chamar, como é que lida com isso?

Leão respondeu que eles explicam o que significa estar na lista, ser assintomático, e dizem que

> se sentirem dor, pode vir que serão atendidos no dia, porque tem gente que não pode esperar. Mas quando tem esse embate, acho que tem sempre essa questão educativa muito forte, entendeu? Você tem que educar. Educar a equipe. Educar. [...] Quando eu estava coordenando a unidade[72], muitas vezes eu fui no acolhimento fazer isso daí. Junto dos auxiliares. O cara queria brigar porque não tinha vaga de médico pra ele pro dia.

A CD1 fez uma intervenção na conversa, trazendo seu olhar de apoiadora,

> eu acho que tem que diminuir um pouco a ansiedade do profissional, da equipe, e tem que saber explicar e conversar isso com a população. Porque, às vezes, a pessoa quer fazer uma limpeza porque quer fazer uma limpeza. Se tem a THD. Eu estou vendo que assim, a questão de ter o profissional THD na equipe é

[72] Leão ficou no papel de co-gestor desta Unidade por um mês, como este cargo foi extinto pela gestão 2005-2008, passou a ser dentista da Unidade, conforme ficou registrado na visita que fiz a esta Unidade e que será retomada mais adiante.

> imprescindível não é, pra você poder montar, pelos dois relatos. É fundamental o que elas fazem. Então aí, em uma unidade, você tem um número de pessoas... E nem na parte médica a gente não dá conta dessa questão todo dia. Por que a gente quer pegar isso dessa forma?

Eu lembrei que o acesso é muito pequeno, e a CD1 respondeu: Mas é um acesso que a gente tem condição de dar.

Flora diz que esse desgaste com o paciente é assim inevitável, todo dia... é uma coisa assim, que eu acho que é isso que aumenta essa... essa angústia do profissional que é diário.

E o Leão continuou.

> Esta população tinha visão de que, quando chegava procurando vaga pra tratamento na odontologia, não tinha, percebe? Aliás, antigamente não tinha nem pra médico. Então, assim, houve um tensionamento muito grande quando chegou essa população para a Unidade, que não tinha condição de absorver aquela demanda. Mas ao ter um primeiro momento, começou a ser feita essa maneira de organizar, já começou a se desfazer essa visão, entendeu? Já começou a quebrar esse mito. Uma outra coisa interessante é assim: com quatro a seis por cento só de acesso, o que a gente tem que garantir, na verdade, é que as pessoas que têm acesso sejam pacientes de risco, independente do risco. A gente não pode se dar ao luxo de marcar consultinha de retorno de seis meses só pra olhar. Sabe como é que é? Nós dentistas temos que otimizar, exatamente gerenciar isso daí, esses quatro por cento tem que ser garantido de que são pacientes de risco, entendeu? [...] E, quando eu dou alta pro paciente, falo para ele que se você sentir, se você sentir alguma coisa estranha, qualquer alteração, eu estou aqui, então assim, eu não falo pra voltar daqui a seis meses, porque isso não depende da gente, depende do que ele teve, de como eu trabalhei em educação e saúde com ele, sabe?

Sol, retomando a proposta da AP, formulou o seguinte:

> Qual é o conceito mesmo da alta pactuada? Exatamente isso, [...]. **É essa negociação**. Eu acho que é o que ele quer, e o que a gente pode também oferecer e gostaria, é de conversar, de orientar, que é uma necessidade também que pode não ser sentida por ele, mas é necessário fazer aquele procedimento, porque, de repente, ele fala: "*Mas eu não quero também tratar esse dente!* É possível deixar?" Ele pode ter um abscesso. Eu acho que tem que ser também o que a gente, com o conhecimento técnico, entende que é necessário ser feito. Eu acho que está aí a coisa da alta pactuada, é exatamente isso. É o que a gente tem pra oferecer, e o que ele quer receber. (grifo nosso).

Leão disse que tem uma questão ética nisso tudo,

> porque se a gente for pensar num rol de soluções que na pessoa... que são essas pessoas mais humildes que têm um determinado problema de Saúde Bucal ou não, pra ela evitar. Se tocar o dente dói, ela arranca, porque no arsenal de conhecimento dele, ele não sabe que existe um tratamento endodôntico, não existe um capeamento, não existe um tratamento, sei lá. Agora, apesar de tudo, se com esse conhecimento, mesmo assim a pessoa não quer, e aí? Como é que faz? Entendeu?

CD6 queria saber quantas equipes, com quantos dentistas estão trabalhando na Unidade de Saúde do Leão, e ele respondeu que eram cinco equipes, com três dentistas de trinta e seis horas e dois de vinte. E CD6 continuou suas perguntas para saber se mais algum dentista trabalha na lógica da alta pactuada. E ele respondeu:

> Não dessa maneira de organizar o agendamento. É muito diverso isso, né? Assim, mas dessa maneira de organizar por agendamento está eu e mais uma equipe. O restante, as outras quatro equipes do CS, eles fazem a avaliação de risco, marcam um determinado dia, vem um tanto de gente, faz a avaliação de risco nessas pessoas, e aí vai agendando conforme o risco. Mas nenhum deixa assim de aceitar encaixe, entendeu? Mas trabalham com os retornos também.

E CD6 perguntou para Leão se ele acredita que essa proposta pode funcionar tendo várias equipes trabalhando de maneiras diferentes? E ele respondeu que não.

> Mas lá na minha Unidade, existe assim uma individualidade, tanto é que os prontuários não são juntos. Os prontuários são divididos por equipe, a sala de acolhimento cada um tem uma sala de acolhimento, entendeu? Lá radicalizou o PAIDEA nesse sentido. Não existe uma recepção. Os lugares são separados e as equipes são muito autônomas nesse sentido. Tem um grau de autonomia. E isso não interfere na rotina, no dia a dia.

Azul pediu a palavra para ler um trecho de um artigo que estava relacionado com o que Leão havia falado acerca da importância da educação no cuidado em Saúde Bucal, focando o momento do pacto com o paciente:

> Então, são as sete teses sobre educação. Uma não tem mais graça que a gente está cansado de saber que a educação não é só o que acontece nos programas educacionais ou da ação sanitária. Agora começa a ficar legal: ignorância não é um vazio a ser preenchido, é um cheio a ser transformado. Não há um que sabe e outro que não sabe. É que os dois sabem coisas distintas. Olha que legal! A educação deve ser dialogada e participativa. A educação deve reforçar a confiança

> das pessoas em si mesmas. Reforçar o modelo do conhecimento, do esforço e da recompensa. A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva. É bem legal! Depois se vocês quiserem olhar posso passar para vocês (BRICENÕ-LEON, 1996).

Flora pediu a palavra e traçou um paralelo entre as duas situações apresentadas, por Leão e Marina, com a situação que ela vem enfrentando na sua Unidade de Saúde e disse:

> Então, eu não estou nesse paraíso. É muito diferente você trabalhar num módulo fechadinha, numa população restrita, né, Marina? Porque é assim, eu concordo, Leão, igual você falou, do pós, falta de material, porque lá no meu Centro de Saúde, como em todos de vocês, tem a questão dos recursos humanos também, né? Como a gente comentou aqui, que é fundamental o papel da THD. A gente já falou isso várias reuniões. No meu centro de saúde tem a THD que está de licença LTS. Então assim, ela tem uma cadeira dela estar atendendo, tem as outras dos dentistas, tem que agendar o horário, tem não sei o que. E ela tinha uma agenda com paciente, a gente trabalhava nesse foco. De ela fazer os selantes, as raspagens supra, e a coisa estava andando legal. Aí começou a faltar, e até a gente entender que ela não estaria mais presente demorou. Eu trabalho neste centro que possui uma população muito exigente, são pessoas que perderam o convênio, que querem um tratamento VIP. Chegam lá reclamando que quer trocar a restauração da frente, então, assim, eu concordo em tudo com você, viu Leão, não estou questionando, mas também acho que é um acesso limitado que a gente tem que atender risco, a gente abriu... [...]. E assim, é um lugar barra pesada, que tem traficante, que tem vários drogaditos. [...] Tirando esse detalhe, tem a equipe, porque eu trabalho num CS, sou responsável pela equipe x, e tem mais duas equipes. E temos até um acordo com essa minha equipe de Saúde Bucal que é muito complicado. Então eu trouxe até meus relatos com a crise institucional, e é muita angústia que a gente vai trazendo, porque é assim, é o que o CD6 perguntou, como que faz numa mesma equipe cada um trabalhar numa linha? É complicado. Então a gente não consegue se reunir, é um tumulto. Bom, enfim, marcamos uma reunião da Saúde Bucal. Eu fui trazer tudo isso, eu estou aqui desde agosto participando com vocês, querendo mudar, a gente já mudou muita coisa. A CD3 é apoiadora nossa, sabe bem o que eu estou falando. Mas lá é assim, de manhã é uma coisa, a tarde é outra, e cada um fala uma língua, aí eu fui levar esse projeto do GAP nosso pra conversar. Eu fui bombardeada: mas que diretriz é essa? Onde que tem é... literatura disso? Onde está? Quem são os profissionais? Sabe aquela coisa... Eu fui diminuindo, eu fui ficando assim... Porque eu estou entusiasmada, como todos nós aqui do grupo, [...] Todo lugar tem dificuldades, mas as pessoas, é o que eu falei lá, eu acho que essa instituição que a gente está, tem que ser analisada por nós, como aprendemos nessa matéria de análise institucional. Porque o funcionário público é aquele negócio complicado. Então, assim, é um tal de reclamar... É difícil? Estamos

> sem recurso humano, sem material. Mas por causa disso vou ficar só reclamando? Eu trabalho na ponta, sou dentista da ponta, mas, assim, eu tenho essa visão ampliada. [...] E perguntaram: você acha que isso vai resolver? Polemizaram tanto a coisa, que eu sai de lá assim murcha... [...] Então, eu acho que é bem por aí. A minha resistência, eu comento isso com vocês desde o começo, eu acho que não é do paciente, de eu sentar, de eu propor esse pacto, que eu questionei com você, Marina. Eu acho que isso tudo bem, mas o meu colega é o pior. É uma coisa muito complicada. Daí sabe o que acontece, Azul, daí o paciente, sabe Leão, é complicado. Daí o paciente vem à tarde, a fala é uma, aí de manhã, é outra.

Depois deste "depoimento" de Flora, sua apoiadora, CD3, que estava presente, questionou a forma como ela iniciou o processo dentro da Unidade e perguntou:

> Como que se dá essa pactuação com a coordenação? Como que é isso assim, porque você foi trazer essa conversa, e eu não estava e nem sabia que você ia ter essa conversa. Então, de repente, é uma hora de chegar e falar assim: *Vamos juntos parar pra pensar.* Existe um coordenador dentro da Unidade Básica e como ele está encarando essa história? Ele é médico, ele é totalmente fora da nossa área, mas ele é uma pessoa aberta, eu acho que escuta, daria pra gente tentar fazer essa fala, talvez de outra forma, um pouco mais respaldada pra chegar, porque a equipe é complexa mesmo. Tem pessoas mais velhas, assim, que são meio duronas, não entendem. Se a pessoa tem o mesmo entendimento, porque você acaba de falar que vai na reunião, na reunião que você faz com seus dentistas e representantes, e faz uma conversa e fala *Então, tá. Vamos passar pra outro assunto. Mas então e aquele negócio...?* [dentista] *Que negócio?* Então, você entendeu? Ela encarar sozinha, não vai ser numa primeira conversa.

Flora respondeu a sua apoiadora parcialmente:

> Sabe o que é? A gente tem um ano que não consegue reunir a saúde inteira numa reunião, e eu queria ter chamado você e o coordenador. Até comentei com ele, que inclusive estava de férias. Quanto a ele, eu acho que não tem problema nenhum. Ele é uma pessoa muito legal, é que lá é assim, [...] é uma equipe que tem boa formação. [...], alguns fizeram especialização em Saúde Coletiva. Mas aí começa a se pegar nesse negócio, [...]

CD1 fez uma fala marcando o lugar de gestão que ocupa, dizendo que isto que aconteceu com Flora está relacionado com a característica da nossa profissão, ou seja, "somos autônomos demais, e assim, a questão do bom senso, cada um acha a sua verdade e acha que aquilo é lei".

O CD6, também com o olhar da gestão, recuperou suas falas anteriores, de outros encontros, dizendo que a proposta da Alta Pactuada é válida, mas é com o tempo que vamos conquistar isso na rede. "Com o tempo, essa coisa vai andando..."

CD3 disse: "Vocês vão fazendo essas falas e dá impressão, assim, que lá está tudo redondinho, bonitinho e aqui está tudo redondinho, ali tá tudo redondinho".

E Sol disse:

> Flora, a gente não vai mudar, assim, todo mundo, mas eu acredito no que o CD6 fala que é bom. A Lu, a CD1 e o Leão ouviram muitos relatos meus das grandes dificuldades, e hoje eu me sinto um pouco mais, assim, é, mais feliz mesmo, quando eu escuto na reunião, mesmo de representante, que a gente fez na terça-feira, de algumas pessoas, assim, de unidades muito difíceis sabe? De virar inclusive a usar o termo da alta pactuada, que não foi uma unidade que eu fui lá, não estou levando a proposta para lá, porque eu acho que tem coisas anteriores pra avançar nessa unidade. O dentista virou e falou assim: "*Ah, mas agora a gente tá também fazendo assim, agora a agenda fica lá em cima. Não tem dia certo, chega marca, a gente avalia. Essa coisa da alta pactuada está dando muito certo, a gente não tem lista de espera*." Assim, até usou essa coisa da alta pactuada (rindo)...

Flora disse: "Mas assim, Sol, nós também caminhamos, do jeito que eu estou falando parece que não, mas é com muito sofrimento".

Eu disse: "Flora, na reunião anterior a gente te perguntou se você já tinha falado com a equipe, e agora pensando, será que você se sentiu pressionada a falar com a equipe? E você fez uma primeira abertura e teve essa resposta?".

Flora não respondeu diretamente e finalizou sua fala analisando seus limites, um verdadeiro desabafo:

> Mas a gente, assim, por exemplo, nós também trabalhamos com o livro, [...], nós fazemos triagem de avaliação de risco pra cada equipe, tem horários, tal horário é pra quem, tá querendo vir aqui pra eu ver como é que tá. A coisa tá andando, assim, teve esses momentos "broxantes" que foi aí, a THD, que era fundamental, eu não tenho. A ACD também, é tudo complicado lá, né? Então é assim... E este Centro de Saúde é uma unidade muito peculiar, porque a odontologia e a enfermagem... É tudo muito difícil gente! [...]Aí, é assim, eu tô gostando muito de fazer o diário. Porque parece aquela coisa mesmo né, você vai desabar e põe no papel, no começo eu coloquei *Eu tô desanimada!* Aí nós fomos na aula, e eu fiquei toda contentinha e falei *Não, é isso!* Porque, sabe, a gente

> fez uma faculdade pra trabalhar individualmente, aquela visão do biomédico. A Saúde Coletiva, a Saúde Pública, ela não foi ensinada. Eu acho que você tem que ter vocação, eu falei aquele dia. Eu gosto bastante!

Lanço mão de uma fala do CD4 no 6º encontro (09/06/05) dizendo que "modificar um serviço que está andando é diferente de criar um novo", isto se encaixa perfeitamente no caso da Flora, pois ela estava num serviço com mais colegas que já tinham um modo de organizar o processo de trabalho na bucal, e, de repente, vem ela, uma dentista sozinha, falando de um grupo que nem é institucionalizado, falando em conversar, pactuar com o usuário o seu cuidado, dando poderes para ele, que não precisa mais dar TC, que a agenda tem que ficar fora da sala da odontologia, que outros profissionais podem agendar pacientes para a odontologia, ou seja, quer mudar tudo? Como? Com quais referências bibliográficas? Está comprovada cientificamente esta forma de trabalho?

Associado a esta realidade contada por Flora, posso trazer também minhas percepções da visita que fiz à sua Unidade de Saúde, acompanhada por Azul, que naquele momento era referência do CETS naquele Distrito. O coordenador não estava, e foi Flora que nos apresentou o CS, ela estava atendendo no consultório quando chegamos, mas aguardamos, e assim que foi possível ela nos atendeu. Mostrou todo o espaço físico do CS e os serviços que ele oferecia. Não percebemos o envolvimento de mais nenhum profissional em nossa visita, como também com e no projeto da Alta Pactuada. Flora já trabalhava na Unidade há oito anos, onde havia uma sala de odontologia com três equipamentos odontológicos dispostos paralelamente. O que pude perceber foi que ela não havia reservado um espaço na agenda para nos atender, procurou conciliar os atendimentos dos usuários agendados e nossa visita sem precisar dar alguma explicação ou mesmo desmarcar os atendimentos previamente agendados. Não acho que ela deveria ter "riscado a agenda", mas tive a impressão de que ela avisou da nossa visita, mas "todos" tinham seus afazeres, mesmo ela, e senti falta de conversar com outros profissionais, inclusive com o coordenador. Foi crucial a presença de Azul na visita, pois ela foi me situando do contexto da Unidade. No conjunto da visita: não ter tido um espaço na agenda para nos receber, a "não presença" da apoiadora CD3 e do coordenador da Unidade foram analisadores que me ajudaram a entender a realidade vivida por Flora na Unidade. Ela tem muito desejo, interesse em modificar seu processo de trabalho e percebeu que não está sozinha na Secretaria, uma vez que participa do

GAP-Saúde Bucal e viu que tem mais gente pensando de forma mais ampliada a Saúde Bucal em outras Unidades, se interessou e foi fazer a disciplina de Análise Institucional como aluna especial, porém, na sua Unidade, ela está sozinha e precisando de ajuda. (DP, 28/03/2006)

Flora também escreveu em seu DI sobre esta visita:

> A Luciane e a Azul foram visitar meu CS. Engraçado como é ouvir o relato de uma pessoa de fora: A Lu achou o CS claro, iluminado, [...] A gente cai em uma rotina que às vezes cega. É legal uma visão de fora, de alguém que não vive o nosso cotidiano. Eu gostei, comecei a pensar, não é que ele é bem divido, bem estruturado. (Flora – DI, 28/03/2006)

Pude perceber que mesmo Flora tendo ficado angustiada, percebendo que estava com grandes dificuldades em fazer valer em sua Unidade o que vínhamos discutindo, propondo no GAP-Saúde Bucal, ela não desistiu facilmente. Os encontros e as aulas da pós que vinha fazendo como aluna especial davam sustentação para sua persistência. Porém, o papel da gestão era fundamental para apoiá-la.

Leão, trazendo sua experiência no papel de apoio, bem no início dos nossos encontros, disse que, na opinião dele, para introduzir mudanças no serviço era necessário:

> pisar em ovos, porque a equipe já tem uma maneira de se organizar, tem a rotina do serviço, tem que negociar seu objetivo com as estratégias que já foram traçadas pela equipe anteriormente. Existe um espaço de negociação, tem que respeitar a história da equipe. Mas não podemos deixar de explicar para o paciente o que está sendo feito e tomar cuidado com o autoritarismo. (DM, 09/06/05),

Depois, refletindo sobre seu papel de apoiador e a dificuldade em provocar mudanças na prática cotidiana do dentista, Leão registrou em seu DI:

> De onde estou hoje, com a experiência de onde estive, como apoiador, hoje enxergo o quanto é difícil,a mudança de prática, a abertura para o novo, enxergo que muitas das mudanças de prática propostas por mim, ou melhor, pelo Paidéia, pareciam ser apropriadas de imediato pelas equipes, só que a prática hegemônica é muito poderosa, essas mudanças até podem ocorrer num primeiro momento, porém, ao primeiro obstáculo, toda a equipe recorre ao antigo arsenal. As mudanças, creio, para serem efetivas, são realizadas, sempre na intervenção nos micro processos, no dia a dia, e de preferência, construídas,

> a maneira de fazê-las, pela própria equipe, desacreditei um pouco da capacidade de intervenção que meu antigo papel permitia, principalmente em Saúde Bucal, muito pouco apropriada por outro gestores, tanto locais como distritais, o que fazia com que o acompanhamento dessas intervenções ficasse quase que exclusivamente a cargo do "apoiador de Saúde Bucal". (D.I. Leão – Junho de 2006)

Era isso mesmo, o limite do papel de apoio estava posto, também no caso de Flora, e isto ficou registrado em um dos nossos encontros, quando a CD3, apoiadora do distrito de Flora, fez uma análise da sua implicação no GAP-Saúde Bucal e conseqüentemente em seu apoio para com Flora.

> eu estou afastada do grupo, faz tempo que eu não venho, e, de repente, você chega e começa a ver, assim, um monte de coisa, os "rabos" que a gente está deixando para trás, a história que saiu ontem lá, qual é o papel do apoio, o que que o apoio faz mesmo? Núcleo, não é núcleo, e 500 mil vertentes que você tem que estar correndo, e assim, nem sempre as pessoas dão o valor que a gente imagina, então, assim, o dia que você vai discutir o processo de trabalho dentro do CS "C" que a coordenadora fala assim, então você toca, eu tenho outra coisa para fazer, então, você toca e eu toquei, [...] O erro é meu!! [...] então você tem um coordenador no eixo que tenta, o restante, você vê que tem suas limitações e é difícil e aí eu me coloco no lugar, onde está a minha força, em termos de vamos trazer, vamos fazer, onde está a minha parte que eu fiz de chamar o que é meta hoje o que não é, eu não fiz essa discussão, isso aconteceu em outubro, e eu saí de licença médica, voltei na crise legal do desabastecimento, e se eu fosse discutir esse negócio na crise de abastecimento, eu ia ser linchada, acabou que a crise durou até agora e acabou assim ou eu pego e faço ou tipo assim!! Existe a parte minha, como é que a gente tá tocando, de limite de repente de priorizar [...] ela chamou a equipe, e a equipe teve uma reação que eu me desanimei, eu não tava junto, não tava, porque a coordenadora não me chamou, mas, assim, talvez, se eu tivesse aberto mais, hoje chegava para ela e falava assim, vamos tentar de outra forma, vamos pegar dados, às vezes a gente acha que tem tanta coisa pra fazer lá e tanta coisa que eu deixei para trás nesse processo todo, então eu acho interessante, acho que CD2 colocou bem, cada um é de um jeito, é uma coisa realmente processual, então, se o dentista vai aceitar, vai querer entrar nisso pra tá fazendo também, o coordenador, sabe, assim, são várias, e a gente abre tanta coisa que vai perdendo, eu fui perdendo. (CD3 – DM, 15/08/06)

Não é intenção desta pesquisa se alongar na discussão dos limites do Apoio Institucional proposto pelo Paidéia, nem avaliar o papel exercido pela CD3 no caso de Flora, mas sim pontuar que este acontecimento mostrou que, para a implementação da proposta Alta Pactuada, a figura do Apoiador e de suas funções: gerencial, política,

pedagógica e “terapêutica” necessitam se fazer presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

4.4. O último encontro com Flora: DP, 13/12/2007

Flora e eu nos encontramos para conversar a respeito da sua saída do GAP-Saúde Bucal e dos limites encontrados por ela em sua experienciação da proposta Alta Pactuada em seu cotidiano de trabalho. Flora começou dizendo que, para ela, a “coisa” foi se perdendo. Estava com muito entusiasmo no início, como ficou registrado no seu DI, mas parece que, por ser um projeto em longo prazo, durante o tempo que ela tentou modificar, introduzir alguma coisa no seu serviço, ela foi se perdendo também no caminho.

> Acho que por eu estar num Centro de Saúde, um espaço maior, com mais profissionais, é mais complicado. Fui perdendo o controle. Sei que não depende só de mim, também. Eu queria pôr em prática, ver acontecer, mas no processo, a gente vai batendo de frente com os outros profissionais, com a realidade, com as dificuldades. O pessoal do meu serviço começou a questionar: É viável isso mesmo? Mas acho que eu consegui levar alguma coisa para o CS. Lá a gente tinha os pacientes de tratamento que tinham as revisões semestrais, anuais, e isso embolava, e a gente acabava atendendo as mesmas pessoas sempre, e os outros ficam sem acesso. Levei a proposta da AP, de fazer o pacto com o usuário das necessidades percebidas por ele. Tem um CD que bateu de frente comigo desde o início, e ele foi o mais resistente, mas ele também tem um modo de fazer bem organizado, faz as planilhas dele, as revisões, ele fez Saúde Pública, e ele acha que o modo dele é viável. Eu não sei, não tenho essa organização que ele tem, mas a coisa ficou muito ampliada, e no final eu via que continuava voltando sempre as mesmas pessoas. (Flora).

Diante disso, eu perguntei para ela se eles se organizavam por equipe de referência para ter uma clientela mais adscrita ou não.

> Não, na verdade, antes a gente era em mais dentista, agora, na minha área, que é a [...], tem eu com 20 horas e mais um CD de 20 horas. Tem mais dois CD de 36 horas, que atendem outras duas equipes. Tinha mais uma, que era matricial, que atendia as escolas. Esse CD que eu falei, que me questionou, ele batia de frente pedindo dados estatísticos, querendo que eu levasse literatura, não concordava mesmo. Essa história da AP, de ouvir a necessidade sentida pelo usuário eu consegui envolver.

Eu tentei dar uma resposta para ela que fizesse algum sentido para suas perguntas, dizendo que realmente a gente não tinha dados estatísticos porque a gente não trabalha com a lógica da estatística, mas sim buscando mudar esse ciclo vicioso de retornos semestrais, que existe tradicionalmente nos serviços, que é resquício do sistema incremental, acarretando um ônus do não acesso para muitos. É uma tentativa de ampliar, abrir mais as portas do serviço para o acesso à Saúde Bucal, e não ficar sempre com os mesmos usuários, mas incluir adultos, adolescente, idosos, e não priorizar a criança da escola. Abrir as portas e janelas da Saúde Bucal para incluir o "outro" na produção do cuidado, instaurando uma co-gestão do cuidado, eu diria. Mas quando a gente propôs isso, na monografia ainda, foi partindo da realidade dos dados estatísticos do município, não foi da nossa cabeça.

> Eu sei, me lembro. Mas o que ele queria é que eu levasse literatura comprovada, textos publicados, afirmando que isso tudo era muito empírico. Mas ele faz o controle dele. E eu percebi que os outros começaram falar com os usuários, orientando, achei que houve um ganho, a coisa tava caminhando. Aí começou bater nas dificuldades, eu começo abrir tudo e depois a gente tinha uma THD que se afastou por LTS e, para um projeto desse, sem THD não dá, fica inviável. Nossa equipe é grande, temos até a cadeira para ela, depois vieram mais problemas de RH, e hoje tem uma ACD se aposentando, de manhã somos três dentistas, com três cadeiras e duas ACDs, que uma delas é essa que sai logo, a tarde tem uma ACD para dois CDs. Uma das dificuldades começou daí, pra tocar o projeto precisava de uma coisa mais redondinha, até para trabalhar. Teve momentos que não tinha material, então tinha muito balde de água fria no caminho. Acho que ainda é algo utópico, em que eu tivesse o material para trabalhar, o auxiliar para trabalhar comigo, uma coisa assim. (Flora)

Será que a AP é algo utópico? Ter material, profissional auxiliar, tempo para a escuta e o diálogo, estamos pedindo muito? Será que o material da Saúde Bucal é tão caro assim para a rede ficar desabastecida com tanta freqüência? Ou é uma questão histórica de prioridades, de valorização? Ou é uma questão política?

Sobre este assunto, MANFREDINI & BOTAZZO (2006, p 170-172) fazem algumas considerações:

> Há um discurso difuso entre gestores públicos e cirurgiões-dentistas, que responsabiliza a pequena inserção da Odontologia no campo dos serviços estatais, argumentando que a instalação de equipamentos para esta prática seria muito onerosa e que esta indústria seria extremamente dependente de importações. [...]. O discurso realizado no âmbito da corporação odontológica reforça tal concepção. O problema dos preços praticados nos serviços privados decorreria de "os

> produtos serem importados" e "os equipamentos serem muito caros". A visão de que a odontologia seria um problema a ser resolvido no mercado foi raras vezes afrontada no último século. O entendimento de que Saúde Bucal é direito de cidadania e dever do Estado fica restrito a momentos episódicos como as Conferências de Saúde Bucal e os encontros municipais, estaduais e nacional de serviços públicos odontológicos. Este posicionamento político é claramente minoritário no campo das entidades odontológicas, das universidades e mesmo dos serviços públicos. Desta forma, consumir "odontologia" seria um problema a ser equacionado pelo mercado.

Depois desta discussão, Flora chamou a atenção para o fato da população historicamente solicitar a necessidade de médicos para os "postinhos de saúde", e que o prefeito atual é médico e foi fazer uma visita ao CS, quando encontrou os CDs tomando café na cozinha, teceu um comentário dizendo que já que os dentistas não estavam atendendo mesmo, a prioridade era de médicos para a Unidade.

> É uma distorção muito grande, e a gente tem que dar a mão à palmatória, eles são corporativistas ao extremo, a medicina é unida. E mesmo sabendo de todo problema, a gente sabe que ninguém vai morrer por dor de dente. No meu Centro de Saúde, começa da desunião da equipe, a gente briga para odontologia fazer parte do quadro do PSF, mas tem muitas dificuldades. Concordo com você que não é muito o que a gente tá pedindo, mas e a dificuldade até chegar? A gente comprou toca, [...] coisas que não são caras, não devia tá parado o atendimento. Aí você para pra pensar: Sou um profissional que recebe "x" por mês e estou parado porque falta uma coisa tão pequena. Mas começa a embolar, não sei! (Flora).

Questionei se o fato dela chamar atenção para a questão do longo prazo, de esbarrar nas dificuldades, se era isso que havia contribuindo para seu afastamento do GAP-Saúde Bucal.

> Eu acho que houve um ganho, consegui levar alguma coisa para a equipe, mas aí começou faltar material e recursos humanos como o ACD, o THD ... Devia ser uma coisa rápida, as consultas organizadas, programadas, a coisa render, e na prática isso não estava sendo possível. Não era para ser assim, [...] Acho que a coisa começa lá de cima, a verba deveria ser melhor distribuída, planejada, e vem o distrito, a coordenação, cada um pisa na bola e deixa a coisa ir acontecendo, e existe aquela distância da ponta com o cara que tá fazendo o projeto lá em cima, e foi sucedendo uma série de coisas, você vai ficando desestimulado, todo mundo questionando, "A mais isso num dá certo, não vale a pena", e eu quis provar que era possível e, na prática,fui vendo que não tava acontecendo, então assim, pêra um pouquinho, acho que eu estou me enganando.

Flora entrou no GAP-Saúde Bucal quando estávamos no 7º encontro (DM, 11/07/05), chegou dizendo que trabalhava, há oito anos, numa mesma Unidade de Saúde do Distrito Metal, e que gostaria de participar daquele encontro apenas para observar porque, participando de uma reunião de dentistas da rede, tinha ouvido Sol falar do grupo e ficou interessada em conhecer melhor o grupo e a proposta da Alta Pactuada. No início ela participava dos encontros do GAP-Saúde Bucal fora do horário de trabalho dela, depois, com a intervenção da apoiadora do distrito de Saúde Metal junto ao coordenador da Unidade, ela passou a participar dentro do seu horário de trabalho. Uma outra questão é que, nesse período, houve cinco mudanças de coordenador na sua Unidade, o que comprometeu o prosseguimento de muitos projetos, inclusive o da Flora. E ela chamou a atenção também para o fato de que, para a equipe de Saúde Bucal ser ouvida, demora mais.

> são brigas antigas, tem o fato da agenda, da falta de auxiliar para lavar os instrumentais, tem que ter criatividade, essas coisas ... Mas agora conseguimos passar a agenda para frente, para a recepção, mas o instrumental, o auxiliar de enfermagem não quer pôr a mão.

Perguntei se ela havia falado com a apoiadora sobre sua saída do GAP-Saúde Bucal, e ela disse que não. Lembramos (ela e eu) que a apoiadora não é uma freqüentadora assídua do grupo, mas conseguiu legitimar a participação da Flora nele junto ao coordenador da Unidade, porém, em momento algum, ela (apoiadora) propôs uma discussão em conjunto com a equipe, seja distrital, seja local, dando uma retaguarda para a implementação do projeto AP. Lembramos de outros apoiadores que também não participam muito, e que cada um tem seus motivos, sua justificativa; ela mesma, Flora, assumiu que também não procurou a parceria, procurando juntar forças. Enfim, resumiu que ambas não fizeram este movimento, e que para um projeto como este conseguir "emplacar", precisa ter apoio da gestão distrital e local, como também do nível central.

Disse a ela que a principal diferença da participação dela, Flora, em relação a do Leão e a da Marina foi que eles colocaram no papel seus projetos, e ela não, mas isto não quer dizer que não tenha feito nada, ela levou a proposta da AP para a Unidade e enfrentou as resistências, os questionamentos sozinha, isto é muito significativo e analisador.

> A primeira barreira que encontrei foi com o profissional próprio, o colega dentista de você tem que convencer, depois é a equipe como um todo que já tem, já olha torto, lá vem coisa porque já passou a recepção pra cá, quer que eu

> lave os instrumentais, porque elas fazem questão de não conseguir entender o nosso material, [...] estão lavando, mas fazem questão de montar o jogo clínico tudo errado, já fizemos apostila, colocamos fotos dos materiais, mas elas não querem. Essa história do funcionário público, eu vejo assim, comparo muito com o trabalho do meu marido, trabalha numa empresa privada que é outro mundo, é outra realidade, e o mundo lá fora está muito difícil [...]. Aí na Unidade, eu vejo uma pessoa cruzar o braço e dizer: "isto eu não faço", e está reduzido o RH, está, mas dá. Se todo mundo cooperar, coloca um aqui, outro ali, a coisa roda, mas não roda, né, por "n" motivos, a pessoa não cumpre o horário que trabalha, é toda aquela questão de ética complicada de lidar. E eu tinha um sonho, que pensava que ia funcionar, mas para funcionar requer o outro, um monte de coisa junto. Aí eu fui percebendo, é ... quantas vezes eu tô atendendo esta mesma pessoa? Era para ter reduzido. Então acho que faltou esta parte escrita mesmo do projeto. Não tive a experiência de fazer uma especialização como a Marina e o Leão, fiz residência em Dentística quando me formei, e faz tempo. [...] Eu gosto de fazer pesquisa, mas não tenho esta técnica, a parte teórica, falhou tudo isso, acho que faltou estes dados para mim. Então percebi assim: quê que eu tô fazendo de diferente? O que eu tô vendo é que tô atendendo as mesmas pessoas, eu devia ter escrito: quebrou o compressor, faltou o material, faltou tal pessoa, e o que eu tô fazendo é a mesma coisa de sempre. Aquela coisa de ampliar o acesso, de trabalhar com hemi-arcada, não tá acontecendo.

Aí eu perguntei se havia demanda da população que não conseguia acesso pelos serviços de Saúde Bucal.

> Não, eu acho que a gente faz um falso acolhimento, porque todo mundo que chega lá, a gente coloca, tem um tal do livro para ser chamado, para não ter as filas de espera. Mas você tem que terminar um para ter espaço pra tá voltando. Assim, aqueles mais necessitados, a gente acaba agendando, os riscos maiores, desde doenças, sistêmicos, de risco social, tem alguns casos que tem mais facilidade, mas existem aqueles que deixam o nome há tempos e não é chamado, e naquele livro, eu queria estar levantando os prazos, de tempo como que não chamou, os que não vieram, isso não acontece.

Eu perguntei se eles tinham orientado as pessoas da recepção sobre como deveriam fazer o agendamento?

> Então, como ficou o agendamento na recepção: Elas estão pegando os encaixes que aparecem e a agenda mesmo nossa, fica com a gente. A gente faz avaliação de alto, médio e baixo risco, e elas acham que é muito difícil de entender, e aí acaba ficando com a gente mesmo. Então a idéia da agenda ficar lá foi parcial também. A idéia era para a ACD ficar com a gente, auxiliando porque a porta tem gente perguntando o tempo todo, e informação a recepção pode dar. Só

> que, na prática, não está acontecendo também. Você implanta uma coisa e não tem resultado.

Perguntei a ela como eram as reuniões com a Apoiadora,e se a equipe levava os problemas para discutir em reunião.

> Tem reuniões distritais com todos os serviços uma vez por mês, e aí discute sobre todos os problemas que estão acontecendo, e cada mês é um dentista daqui que vai, a gente reveza porque houve uma época que eu ia todo mês, e é legal, porque a gente acompanha o que está acontecendo, mas daí tem aquela coisa que só um vai e que não justo, o outro não vai. Eu me dou muito bem com a apoiadora, inclusive ela cobra para eu participar mais, porque tem aquelas pessoas que vão e não se envolvem..... Mas falado, discutido isso, não, então a coisa foi ficando muito... escorrendo.... eu percebi que estava me enganando, enganando a Lu, é um trabalho sério de doutorado, porque ela tá achando que o projeto está acontecendo e eu não tô vendo, e o quê que eu vou mostrar, mas demorou até para eu assumir isso sabe? Porque é difícil mesmo!

Coloquei para ela que foi super importante para mim ela ter assumido este limite, que não é só dela, mas do grupo e do serviço também (local e distrital), porque ela poderia simplesmente não falar nada, mas como ela estava implicada com a proposta do GAP-Saúde Bucal, não conseguiria continuar sem se colocar abertamente.

Concluímos que ela está fazendo muita coisa, porém esbarrando em dificuldades institucionais sobre as quais ela não tem governabilidade.

> E é uma coisa que foi crescendo, é desmotivador, porque eu cheguei neste CS há dez anos, e é um lugar que tem tudo para ser bacana, você foi conhecer o espaço e comentou comigo que é uma estrutura boa, a gente tem os alunos da PUC, a gente pode contar com uma equipe ampla, para fazer uns projeto bacanas interdisciplinar, e eu vejo assim, a coisa é custosa, e eu tô até desiludida, e vejo a Marina com a Sol, trabalhando juntas e, de repente, eu penso que eu também me acomodei, porque é confortável também estar no seu cantinho, conheço onde estou, ninguém fica me cobrando, mas eu acho que faço pouco, quero fazer mais e bem e não vejo isso acontecer e que não depende de mim, mas depende de mim também. Isso me fez pensar que estou tempo demais neste lugar, até isso mexeu comigo. Hoje trabalho só 20 horas, e as crianças estão crescendo e tenho vontade de fazer mais, ... Eu gostaria de fazer projeto de pesquisa, tem as meninas fazendo trabalho com a nutrição, e meu olhinho brilha, mas até isso mexeu comigo, acho que estou tempo demais aqui, o prefeito passa, o coordenador passa e a gente fica.... Cheguei à conclusão que preciso assumir isso. Na verdade eu fiquei muito chateada comigo porque eu queria ver o começo, meio e fim desta história.

Este acontecimento não ocorreu somente com Flora, deve haver muitas Floras por este SUS afora, que levam a sério seu trabalho, que buscam instituir o novo numa tentativa de fazer valer algumas concepções que acreditam serem necessárias.

> Muito longe de ser uma 'caixa vazia', cada trabalhador e cada usuário tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses. (HELMAN, 2003 apud FEUERWEKER, 2005, p.14).

Sobre sermos protagonistas de projetos instituintes, MERHY (2002, p.14-15) consegue sistematizar esta discussão, ajudando a entender um pouco mais estas diferentes posições:

> De fato, somos e não somos sujeitos, ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras. Instituídos e instituintes. Parto do princípio que somos, em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentido, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor, mesmo protagonizando certas mudanças, muito conservamos.

Flora protagonizou algumas mudanças, na sua Unidade, no GAP-Saúde Bucal, nesta pesquisa e, com certeza, em sua vida. Sua entrada no grupo foi importantíssima, pois trouxe elementos singulares fundamentais para nossa construção/re-elaboração da proposta da AP.

4.5. Os Projetos instituintes: algumas análises

Até o último encontro, ocorrido em setembro de 2007, havia dois "projetos" da Alta Pactuada em Saúde Bucal em fase de implementação, um deles numa Unidade do Distrito de Saúde Água, com o dentista Leão, e outro num Módulo de Saúde da Família do Distrito de Saúde Fogo, com a dentista Marina. Isto porque, de acordo com as possibilidades e viabilidades técnico-políticas dos participantes do GAP-Saúde Bucal, foram estes dois dentistas que conseguiram, de alguma maneira, traçar um perfil de ação para o que vinham experienciando na prática cotidiana, incorporando os pressupostos da Alta Pactuada. Sendo que Leão ficou de elaborar sua comunicação oral deste "projeto de intervenção" que seria apresentado no encontro estratégico no qual iríamos "pactuar com

a gestão do Distrito Fogo", encontro este que não aconteceu, conforme expliquei no capítulo dois; e Marina, por sua vez, construiu uma monografia para o curso de especialização em Saúde da Família em que propõe seu "projeto de intervenção". Isto porque a "terceira" dentista - Flora - do Distrito de Saúde Metal, que demonstrou interesse em construir um projeto de intervenção instituinte para sua Unidade, não teve condições técnicas e nem políticas de seguir em frente com tal desejo, como já ficou registrado anteriormente.

Visualizo um quarto projeto que não está vinculado a uma Unidade de Saúde específica, mas sim na gestão da apoiadora, a Sol, do Distrito Fogo, que apresentou a proposta da Alta Pactuada em Saúde Bucal no Conselho distrital, nas reuniões de representantes do distrito, assim como traz o tempo todo nas discussões dos encontros do grupo seu método de trabalho com as Unidades deste distrito.

Algumas reflexões contidas no texto de CECÍLIO (2007, p. 347-348) sobre o "trabalhador moral" me ajudam a entender este movimento gerado em cada um dos integrantes do GAP-Saúde Bucal com relação à elaboração de projetos instituintes:

> Os sentidos das mudanças operadas, ou, o que é muito freqüente, dos instituídos reproduzidos pelos trabalhadores instituintes não são, necessariamente, coincidentes com o que nós, muitas vezes, queremos imprimir. O trabalhador moral/funcional seria, exatamente, aquele trabalhador cuja margem de liberdade, entre cadeias e espadas, se pensa ser possível expropriar. Então, temos de estar atentos para, por conta de nossos projetos "justos e necessários", não cairmos na tentação de tentarmos fazer essa captura. Sempre me agradou uma frase de Agostinho Neto, ex-presidente de Angola, que ficava escrita, em letras douradas, na parede do gabinete de um ex-secretário de saúde de Campinas (o Dr. Sebastião Moraes), e ilustra bem o que quero dizer: "*não basta que seja justa e pura nossa causa, é preciso que a justiça e a pureza habitem dentro de nós*".

Neste sentido, apresentarei algumas análises nos projetos instituintes da Alta Pactuada em Saúde Bucal de Marina e Leão.

Por que Marina e Leão??

Porque foram os que conseguiram permanecer no grupo do início ao fim, como foi dito anteriormente, conseguiram de alguma forma implementar e sistematizar seu projeto, ainda que provisoriamente, porém com algumas singularidades ajustadas à realidade de cada um.

Referente ao projeto de Marina, associado ao modo de organizar relatado por ela no 11º encontro, trago alguns indícios, também, das minhas percepções da visita que fiz à sua Unidade de Saúde.

Na visita que fiz ao Módulo em que Marina trabalha, juntamente com Sol, contamos com a presença da coordenadora do CS e de mais uma apoiadora "não dentista", o que confirmou o apoio da gestão em seu modo de organizar o cuidado em Saúde Bucal na Unidade. A coordenadora avalia que o serviço mais organizado do módulo é a Saúde Bucal, pois houve uma diminuição da demanda de urgência com resolutividade durante esta forma de organizar o atendimento. Possui uma porta de entrada múltipla: urgência, equipe, acolhimento. A partir da ampliação da porta de entrada, foi que diminuiu a procura pelo serviço de urgência. Não existe um envolvimento da ESB com os ACS no trabalho da bucal. Pude perceber que Marina desenvolve seu trabalho sem se envolver com a outra dentista e procura introduzir a proposta da AP de maneira individual, privilegiando os fatores biológicos em detrimento do social, focando-se nos procedimentos bucais, ou seja, apoiando-se naquilo que lhes é mais "confortável", procurando oferecer o que se tem de melhor do serviço de Saúde Bucal no SUS Campinas (DP, 06/06/2006).

Fazendo referência às dimensões de "clínicas" proposta por SOUZA (2003, p.270-271), Marina realiza uma "Clínica do Acolhimento", pois concentra seu esforço para realizar, da melhor maneira possível, seu compromisso, acolhendo o usuário em suas necessidades, retirando sua dor, seu sofrimento naquele momento. "É nela que parte dos profissionais de saúde empreende o seu esforço técnico e humano para escutar, suportar, acolher e dar resposta à dor e ao sofrimento que busca atenção".

Ousarmos sair da "zona de conforto" daquilo que nos é familiar não é uma tarefa fácil, caso esta tentativa não seja nossa opção, sejamos livres e fiquemos, mas fazendo o melhor, como Marina pode realizar.

No que se refere ao Projeto de Leão, uma dimensão muito forte colocada por ele era a importância de transversalizar a Saúde Bucal. No 11º encontro do GAP-Saúde Bucal (DM, 16/03/06), ele relatou sua experiênciação da Alta Pactuada numa Unidade grande com outros colegas, mas como ele mesmo relatou, era um local passageiro. Assim que as instalações da Unidade de Saúde para a qual iria ser deslocado ficaram prontas, fez um primeiro registro sobre os ajustes que foram necessários realizar no modo que vinha experienciando a Alta Pactuada até então.

> Vivencio um momento de grande entusiasmo, em breve estarei, junto com minha equipe, inaugurando um novo serviço do SUS Campinas, [...] O problema do abastecimento de insumos está relativamente sanado, porém a dificuldade de contratação continua, fazendo com que eu precise me organizar para dar conta

> da demanda de 18000 pessoas que pertencem à nossa área de cobertura, já que a equipe de saúde bucal será composta inicialmente por mim e por minha ACD. Apesar do desafio, enxergo algumas atraentes possibilidades, a primeira é o desafio que me remete a 20 anos atrás, quando comecei minha carreira na rede e trabalhava de maneira semelhante, num CS do Distrito de Saúde Madeira, onde era o único dentista do bairro, fato que me faz sentir grande saudosismo, pelo prazer de ter maior liberdade de organizar o serviço sem maiores embates com outros profissionais dentistas (o que gera grande desgaste para mim, pelos diferentes graus de compromisso, práticas, etc), o outro motivo é pela possibilidade de poder pôr em prática o nosso, até então mais ou menos teórico, conceito da Alta Pactuada. Começamos a fazer as reuniões para discutir o processo de trabalho de toda a equipe, prever insumos e materiais, discutir com a população o processo de trabalho e trabalhar as expectativas, e todos juntos "arrumar" a nova unidade, está sendo um processo muito prazeroso, em todas as discussões procuro inserir o tema de Saúde Bucal, e explicar a estratégia que pretendo usar. Num primeiro momento, estaremos trabalhando com poucos agendamentos, pois estamos apostando que o fluxo de pacientes será imenso, muitos com necessidades reais, e outros para testar o serviço, momento rico para fazer vínculo com os usuários, espero que dê certo. (DI – Leão, Maio/06).

Um outro registro de quando se concretizou sua transferência de Unidade de saúde:

> Finalmente começamos a atender no novo CS, mesmo antes da inauguração oficial, colocamos em prática o que havíamos planejado anteriormente, e está dando certo. Como previsto, as pessoas estão testando o serviço, e estão felizes em ser atendidas, em alguns momentos fui à recepção e falei sobre avaliação de risco com os usuários, foi muito legal, teve muita receptividade. Como apoiador, ajudei na inauguração de outros serviços, e neste não teve aquele sufoco, estamos com espaço livre na agenda para responder esta demanda inicial, e os usuários estão saindo como nossos aliados, satisfeitos, creio que não será muito difícil fazermos vínculo com essa população. Agendamos reunião para formar o Conselho Local de Saúde, junto com as lideranças, e combinaremos sua eleição. (DI – Leão, Jun/06).

A criação de vínculo é uma tecnologia leve com potencial para permitir o estabelecimento do pacto entre o profissional de saúde e o usuário, em que estarão em pauta as necessidades e responsabilidades, alterando aquela tradicional maneira de agir perante o "doente e sua doença", centrando apenas no que o profissional propõe, como também não realizando os desejos dos usuários, mas havendo uma negociação das partes envolvidas neste atendimento.

Conforme foi constado por SANTOS et al. (2008, p. 469),

> O vínculo guarda estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. É, portanto, o dispositivo que leva os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados e co-autorais.

Como mais um olhar para as experienciações de Leão, trago, também, minhas percepções das visitas que fiz às Unidade de Saúde por onde ele passou e nas quais introduziu algumas das diretrizes da proposta da Alta Pactuada.

Na duas visitas que fiz às Unidade onde Leão estava trabalhando, não contamos com a presença do apoio distrital, aliás, ele se envolveu muito pouco com o grupo e a proposta da Alta Pactuada. É uma pena!

Leão sabia que não ficaria nesta Unidade, mas como estava curiosa para entender melhor como ele vinha experienciando a Alta Pactuada numa Unidade tão grande, com mais profissionais, fui mesmo assim. Nesta visita contamos com a presença de uma apoiadora "não dentista" que, por coincidência, estava na Unidade, e da coordenadora, que nos contou um pouco da história da organização desta Unidade, que por sinal, possui muita mobilização da comunidade local, pois ela surgiu durante a administração do Sebastião de Moraes a partir do trabalho de uma líder da comunidade, e na administração passada (do PT), estabeleceram um Conselho Local muito atuante, no qual Leão é representante dos trabalhadores. Um dado importante é que Leão chegou para trabalhar nesta Unidade como co-gestor e ficou um mês nesse cargo, que depois foi extinto. Na minha percepção, este fato marcou uma certa "liderança" de Leão na Unidade. A coordenadora parecia bem entrosada com tudo e todos, já havia sido dentista ali antes de ser coordenadora. As pessoas estavam a minha espera e reservaram um tempo para nossa conversa. Com relação à ESB, senti que todos já conheciam ou pelo menos tinham ouvido falar da proposta da Alta Pactuada. Como Leão seria transferido para o módulo de PSF, que depois se tornou uma Unidade de Saúde, precisei agendar uma nova visita (DP, 11/04/2006).

Apresentarei a seguir minhas percepções e algumas falas de Leão nesta nova visita (DP, 14/02/2008).

Assim que cheguei, fiquei na recepção observando o movimento, aguardando minha vez de falar com a recepcionista para perguntar pelo Leão, mas o guarda da Unidade logo percebeu que eu não fazia parte do contexto local e veio perguntar se precisava de ajuda, me orientando como fazer para chegar até Leão, que estava me

aguardando. “É incrível como fica estampado na nossa cara nosso lugar de pertencimento, ou não pertencimento.”

Nesta Unidade Leão trabalha com mais um colega, ambos 36 hs, estão sem ACD, pois a mesma se encontra de Licença para Tratamento de Saúde, o que interfere e muito no modo de experienciar/implementar a Alta Pactuada, vale destacar que inclusive seu colega vem compartilhando do mesmo modo de proceder na Unidade. A Unidade não possui sala de expurgo, pois foi projetada para ser um Módulo do PSF, e por isso a Unidade é pequena e está situada dentro de um conjunto habitacional. Desde o início, deixou bem claro que gosta muito do que faz e disse: “Qual pacto que a gente faz com a demanda existente? O que eles esperam da bucal e o que a gente tem para oferecer?” “Quando cheguei aqui, a primeira coisa que a população fez foi testar o serviço.”

Para satisfazer a demanda local, que estava praticamente desassistida, ele propôs um atendimento tipo livre demanda como estratégia. Ele não entende que isso seja um PA, porque não tem uma rotatividade de profissional que atende, são sempre os mesmos: ele e o outro dentista. Então acredita que dá para criar vínculo com a população. Ele vem fazendo isso há mais de um ano e não acha que precisa mudar. Com isso, a imagem do serviço, desde o início, foi bem positiva, tanto que hoje a população não vem mais testar. Ele prioriza quem vem na urgência, os “grupos de polarização”, e também agenda quando são casos bem graves, mas como estão sem ACD, não tem muita facilidade para agendar, senão deixa de atender as urgências que sempre são muitas. Neste dia da minha visita, por exemplo, ele tinha atendido nove pessoas das 7:00 às 10:00 hs. Os procedimentos coletivos, ele organiza e supervisiona à distância, junto com os ACS, já que não tem ACD nem THD. Não consegue tomar mais iniciativas porque senão desassiste a assistência, que ainda é muito procurada. Diz que “Precisamos olhar os recursos que temos, somar às expectativas da população e do serviço e planejar nossas ações. Não dá para remar contra a maré! Tem um limite da pessoa, do serviço.”

Ele tem essa percepção porque já passou por diferentes “lugares” na instituição: foi da assistência, depois foi gestão e voltou para a assistência, e por isso precisa ser coerente com o que dizia enquanto gestão. É uma complexidade o modo como funciona uma Unidade de Saúde. Ele acha que todos os profissionais deveriam passar por estes vários espaços de uma Secretaria de Saúde, porque é enriquecedor, e deveria também ser feito em diferentes momentos, porque a rede se modifica, é dinâmica e tem sempre coisas novas acontecendo, seja na gestão, seja na assistência. Porém, nas condições em

que se encontra, trabalhando sozinho, sente que está voltando atrás uns 20 anos, quando chegou na Prefeitura de Campinas. E o duro é que se sente pior porque hoje "temos um protocolo de biossegurança que não existia há 20 anos atrás, é muito mais complexo, e o desafio hoje é maior, e como ser coerente com esta realidade? Não tenho perspectiva de vir uma ACD para cá e como posso deixar de atender?"

Ele acredita que o grande desafio que vive é se adequar à realidade:

> Nada vai ser para sempre, porque quando entra um recurso novo, a gente revê o planejamento. É estratégico se legitimar com os usuários! A assistência não pode ficar para traz porque é com ela que a gente consegue legitimidade com a população, senão ela vai desacreditar do serviço e com isso, o retorno que a gente tem do Conselho Local de Saúde é que somos um serviço organizado e que dá resposta para as necessidades deles.

Um outro espaço que Leão defende como prioridade para serem ocupados pelos dentistas são os Conselhos Locais. Ele é membro do CLS, do colegiado gestor da Unidade e do Conselho distrital. "É estratégico fazer parte desses espaços, porque são neles que a gente consegue fazer aparecer as necessidades do serviço. Não sou ingênuo". Ele reforça que nestes espaços existe uma relação de poder muito grande e que "Estar nesses espaços é tão importante como atender na cadeira! É um espaço político que precisa ser ocupado."

Finalizando nossa conversa ele disse que:

> O profissional de saúde tem que ficar na assistência, mas também precisa fazer gestão, ir para os conselhos, orientar os auxiliares de enfermagem na esterilização dos nossos instrumentais, os ACS nos PCs, conversar com você para uma pesquisa, faz parte, pois fazendo isso, ele também estará fazendo gestão.

Ele foi convidado novamente para ser apoiador de um Distrito de Saúde, mas não aceitou por motivos pessoais. Além disso, adora estar na assistência. (DP, 14/02/2008).

Pelo que pude sentir e perceber, fazendo referência à SOUZA (2003), Leão não realiza uma clínica do acolhimento como Marina, ele consegue introduzir novos elementos a esta clínica, porém, diante do material que possuímos para análise, não o faz a ponto de provocar os "desvios" nessa clínica, trazendo as "experiências bucais" dos usuários

que buscam o seu cuidado, desfocando-se dos dentes e gengivas, como também, da Saúde Bucal. O que se vê muito presente em sua clínica é a co-gestão do cuidado e a transversalização da Saúde Bucal nos múltiplos espaços da Unidade.

Porém, SOUZA (2003, p.272) propõe um outro movimento: o de transversalizar outros campos do conhecimento nesta clínica, ou seja:

> É nesta possibilidade de desvio que visualizamos o possível lugar do novo a ser construído. Terreno da transversalização de saberes e práticas. Lugar de produção de novas subjetividades no qual seja possível intervir com competência técnica, postura ética, política e estética. [...] para demarcarmos o terreno de construção dessa utopia: uma prática clínica, que, no encontro do acolhimento, se permita ao desvio transdisciplinar, e assim possa dar suporte à dor e ao sofrimento da doença, mas também tomar para si a responsabilidade dos seus efeitos e o compromisso com os processos de produção de si e do mundo.

Quando o acolhimento acontece, a riqueza de subjetividades presentes nesses "bons encontros", entre e com o profissional de saúde e o usuário, envoltos pela cotidianidade presente nos serviços de saúde, é que percebemos os limites desta clínica, pois o arsenal tecnológico com o qual fomos formados não dá conta da complexidade existente nas necessidades reais (im)postas numa escuta qualificada em que se constitui o caso clínico, o doente e sua doença.

CAPÍTULO 5

RESTITUIÇÃO "PESSOAL, IMPLICADA E POSTA"

"A restituição, enquanto conceito sócio-analítico, supõe que se deva, e se possa, falar de algumas coisas que, em geral, são deixadas à sombra.
Essas coisas seriam as comumente silenciadas".
(LOURAU, 1993, p.51)

A restituição é mais um denominador comum entre a socioanálise e a pesquisa-ação, deste modo, ela não poderia deixar de acontecer. No dia 1º de setembro de 2008, enviei um e-mail ao GAP-Saúde Bucal, contando um pouco sobre como estava caminhando minha pesquisa e com uma carta-convite (Anexo 6), propondo que agendássemos um encontro do grupo para que eu pudesse dar uma devolutiva sobre o material produzido durantes os encontros, as visitas às Unidades, os Diários Institucionais, enfim a leitura que estava fazendo desses registros. Na Análise Institucional este processo é denominado **restituição**.

Segundo LOURAU (1993, p.56), "a restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados", ela é um dispositivo que possibilita "considerar a pesquisa para além dos limites de sua redação final; ou melhor, de sua transformação em mercadoria cultural para servir unicamente ao pesquisador e à academia". Como dispositivo socioanalítico, produz alguns efeitos no sentido em que imprime um "status" de pesquisador aos sujeitos implicados, tornando-os uma espécie de "pesquisador coletivo" como também, efetivando "a socialização da pesquisa". Conforme afirmou o autor "restituir às pessoas com quem trabalhamos o saber científico que se permitiu construir é uma idéia relativamente recente que, por muito tempo, escapou completamente aos pesquisadores". Porém, faz-se necessário que "o material restituído pelos socioanalistas tenha relação com a análise de suas próprias implicações, obviamente, na situação de intervenção". (ibidem, p.56)

Ou seja, a restituição "consiste em se centrar numa tarefa – a análise coletiva da situação presente, no presente – em função das diversas implicações de cada um com e na situação" (LOURAU, 1993, p 64).

Como a grande maioria dos integrantes do GAP-Saúde Bucal respondeu afirmativamente à carta-convite, para este 21º encontro (DM, 23/08/08), preparei um texto que na verdade foi uma parte do texto da qualificação, para que não ficasse extenso, nem cansativo, e todos pudessem ler. Procurei manter na íntegra os Diários, pois era fundamental que esta parte fosse lida por tod@s. A Profa. Solange participou desta restituição e contamos com a participação das apoiadoras: Sol e CD3; dos dentistas: CD4, Flora, Marina, Leão e Azul; como também, de uma cirurgiã-dentista aluna da Residência em Saúde da Família da UFSC, que estava num período de dispersão do seu curso, cumprindo horas de estágio na rede municipal de saúde de Campinas.

Foi muito importante poder contar com a presença da Profa. Solange neste encontro, ela conhecer todo o grupo, vivenciando a dinâmica que o envolvia, o rosto de cada um dos que ainda não conhecia e já tinha lido tanta coisa nos registros, enfim, marcar sua implicação também com e neste "acontecimento".

Logo no início do encontro pedi para que, se alguém não concordasse com o conteúdo e a forma como estava sendo publicizado este material, ficasse a vontade para se posicionar.

Até o momento, ninguém se opôs!

Confesso que me emocionei em vários momentos, assim como alguns outros presentes também.

> Então, quando eu leio alguma coisa, quando eu comecei ler me deu assim, sabe, emoção mesmo, uma coisa, assim, uma satisfação muito grande. E, querer te parabenizar mesmo, a forma como você produziu esse trabalho, como você escreveu, é, assim, emociona mesmo, sabe, assim, de você conseguir colocar como que foi todo esse processo, o quê que era possível fazer com os nossos encontros. (Sol)

Sendo a restituição um movimento para retomar os acontecimentos, em geral excluídos, ele trouxe à tona sentimentos de alegria pelos bons encontros, dos momentos de crescimento coletivo e individual. Momentos de saudades, pois se autodissolveu, e, também, de pesar, como verbalizou CD4: "eu fiquei triste quando eu tava lendo, tal dia, e eu procurando lá CD 4, cadê o CD 4, eu não fui neste encontro..."

A Profa. Solange iniciou contando um pouco sobre meu exame de qualificação, dizendo-se satisfeita com a avaliação da banca e da minha sorte deste encontro com os integrantes do GAP-Saúde Bucal como também, com cada um individualmente:

> Eu acho que ela também teve muita sorte, aí é sorte e é competência, de estar com vocês e a competência de vocês e do interesse de vocês, mesmo que algumas pessoas tenham seguido outro caminho, que é normal, é, esse grupo se fez como grupo e é difícil este tipo de trabalho, a Luciane e eu sabíamos que era um trabalho de alto risco! Mas assim, um difícil que produziu, acho que vocês viram o resultado, né! E aí a banca, eu acho que esse capítulo cinco tá começando agora, com essa discussão. A banca foi unânime em dizer que ela tinha material de sobra pra fazer o doutorado e mais, e mais algumas outras coisas que ela quiser e puder fazer. [...] Uma questão que foi muito importante na qualificação e que eu já estava sentindo, mas a Rosana confirmou, que na

> verdade o que está sendo discutido extrapola muito da odontologia e da alta pactuada e tal, extrapola pro serviço todo de saúde. [...] Então, assim, eu acho que esse momento é muito importante para nós duas, porque na verdade é um trabalho de todo mundo só que teve alguém pra puxar, né, e daí podem sair outros trabalhos que vocês também possam fazer, enfim...

Os efeitos de sentido que foram produzidos pela proposta da Alta Pactuada no cotidiano desses profissionais que vivenciaram o GAP-Saúde Bucal ficou explicitado na fala de cada um neste encontro. A implicação não é algo homogêneo, ela se dá nas condições concretas de realidade, nos múltiplos "*espaçotempo*" vividos por nós.

Portanto, vou procurar, na minha leitura carregada de implicações, trazer os sentidos de experienciar o GAP-Saúde Bucal e suas repercussões coletivas e individuais que ficaram marcadas na fala de cada um dos presentes.

Sol foi a primeira a se pronunciar:

> Eu queria falar um pouco. Solange, eu sei bem a importância desse trabalho, o papel da Lu, que foi a eterna incentivadora da gente mesmo, sabe, ela que ajudava a dar um ânimo, empurrar. E o quanto que isso foi importante pra você, né, Lu, pra escrever esse trabalho. [...] E a gente colhe frutos até hoje. Então, eu não tenho a sensação, porque a gente não conseguiu mais promover os encontros, que ele acabou perdido, pelo contrário, quando você falou "ah, esse capítulo tá aberto, como que a gente vai colocar..." Eu acho que ele vai estar aberto sempre mesmo! Eu percebo que a gente continua trabalhando com isso e pra isso o tempo todo. Hoje, eu percebo assim, no papel que eu tenho atualmente, como apoiadora, eu continuo desde o início, marcada pelas mudanças que os nossos encontros conseguiu provocar, em mim, e felicitando o meu trabalho para com as equipes, com os outros profissionais. E a gente vai mudando mesmo a forma de abordar, a forma de promover esses encontros com os outros profissionais, com os próprios usuários que a gente tem vínculo. Então eu vejo que hoje, se a gente continuasse os nossos encontros, seria uma riqueza enorme, assim, pra contar de mudanças que a gente tá podendo ver, acompanhando e vendo as mudanças acontecerem, a partir desse grupo. [...] É muito gratificante quando eu leio me sinto parte disso, entendeu, eu fico assim, bem agradecida mesmo! Porque ajuda muito e continua ajudando no meu trabalho hoje, sabe, na forma como eu desenvolvo meu trabalho, na forma como eu chego nas equipes. Porque as contribuições das falas do grupo todo e das reflexões que a gente conseguia fazer nos nossos encontros ajudam a gente a pensar de como a gente vai chegar e provocar as mudanças também nas pessoas e hoje eu percebo que a gente colhe frutos sim. Eu não sinto, como em muitos momentos eu já senti, um certo desânimo, pela falta de implicação política mesmo, ... Mas eu acho que a gente procura os nossos espaços, mesmo que a gente não tem o respaldo, vamos dizer assim, de outras instâncias, né. Mas eu acho que a gente procura o nosso espaço. Eu acho que os nossos encontros

> ajudaram pra que eu me fortalecesse e procurasse os caminhos mesmo pra conseguir provocar mudanças que eu esperava e continuo esperando nas equipes onde eu estou mais junto.

Leão falou logo em seguida:

> Quando você coloca aquele poema do Manuel de Barros, no início quando a gente tá lendo o texto todo, a gente fala assim, "ah! tem vários inícios", mas também "tem vários finais". Vários inícios de novo e vários finais. Uma coisa interessante assim, nós dentistas estamos lá com os protocolos, olha, é assim, e dá um desespero danado, certas horas a gente vê que na verdade não existe um protocolo pra fazer as coisas. Acho que assim, a nossa atuação, principalmente relacionada a esse tema, da alta pactuada, são estratégias do momento, no momento, e entra essa questão que a gente tem que trabalhar da criatividade, do envolvimento, da paixão, [...] Mas é uma coisa interessante, porque na verdade, quando a gente olha, pelas falas, por exemplo, a questão da crise do abastecimento, isso já acabou! A questão da contratação das ACDs, de mais dentistas, foi uma briga pipocada [...], assim, agora tem outras demandas que vão aparecer e que vão surgir, que vão... E mesmo o desafio nosso, numa unidade, por exemplo, que você tem outros dentistas trabalhando com você, como aconteceu comigo, é muito mais difícil. Sabe, você tem que ter uma estratégia diferente do que um serviço que é só você, como é o caso do CD4, ou da Marina. [...] Na verdade, são vários inícios e vários finais e é uma luta dia a dia, E não tem fim. Não tem fim...

Sol nos contou um modo que ela encontrou, "na forma de chegar" nas equipes para conseguir provocar alguma mudança com relação à oferta de tecnologias, a partir dos momentos vivenciados no GAP-Saúde Bucal.

> Eu percebo que tem uma resistência muito maior quando é uma coisa que, parece que quando é só do outro, você não consegue levar de uma forma que faça sentido. Eu percebi que quando a gente levava com a questão do conceito mesmo, do projeto, a resistência era maior. Quando eu comecei a levar a proposta sem nome tinha uma facilidade maior (risos ao fundo) Então hoje eu [...] não tô falando de alta pactuada, de adequação de meio, de não sei o quê... E a gente começa a conversa a partir da proposta de uma mudança necessária e fazer, lógico que seja também, que faça sentido pra pessoa [...] você vai procurando uns caminhos até você chegar na sua oferta [...], mas de uma forma de percorrer longos caminhos, vamos dizer assim, e conceitos é muito difícil! Como as pessoas ficam resistentes quando você vem levando a coisa com nome, sabe, não pode, confunde, parece que é um projeto meu, então não faz sentido pro outro, sabe... isso eu fui aprendendo quando a gente discutia também aqui, quando você trazia um monte desses outros conceitos, da teoria mesmo, a gente

> lendo mais... Eu acho que isso só foi engrandecendo mesmo, assim, e facilitando o nosso trabalho.

Flora, que esteve presente no exame de qualificação, disse ter gostado muito do que ouviu da banca, do ineditismo do trabalho e que ela acredita que vai render muitos frutos. Depois, concordou com Sol e disse que também sentiu resistências quando chegou com uma "proposta que tinha nome, assinada".

> Eu até comentei com a Lu esses dias que, nesse desenrolar, a gente teve uma reunião, a última nossa da equipe odontológica, e o dentista que era mais resistente, que me pedia referências, que pedia dado científico e questionava, ele chegou na reunião e falou: "olha gente, eu tenho uma proposta pra fazer pra gente mudar isso, porque a gente tá pensando em melhorar o acesso, em melhorar o atendimento, tudo isso, faz parte do nosso dia-a-dia mesmo, né? Então, a gente olha o livro que tá demorando muito, eu acho que eu vou começar a chamar assim, os alto risco. E dá uma, assim, fazer o que tá mais necessitado primeiro, dar uma adequada mais ou menos no meio e depois a gente..." Ele veio assim, trazendo a proposta como se fosse dele, e os dentistas falaram: "mas é isso que a Flora trouxe do GAP." [...] quando parece que é dele, "o negócio é meu, eu que trouxe, eu que tive, eu que pensei", vai aceitando mais. Mas eu acho que as idéias foram infiltrando, que eu falei muito no começo: "ah, não consigo!" Não consegui, mas houve bastante progresso, houve mudança, e acho que deu resultado. E achei que, assim, eu preciso escrever o diário institucional (risos) nessa parte que acho que cabe bem dentro desse 5º capítulo.

Marina, questionada pela Solange, fala sobre sua monografia da especialização em Saúde da Família, em que apresentou seu projeto de intervenção em cima da proposta da Alta Pactuada que experienciou na sua Unidade.

> Foi muito legal. Quando a gente fala para as outras pessoas que não são dentistas sobre este projeto, eles se empolgam, mas eu também sinto muito essa resistência com os dentistas. Então, era uma médica e uma enfermeira, e elas duas pegaram, a gente discutiu bucalidade, todas essas coisas... E elas entenderam e acharam legal. Não é assim, tava, num certo ponto, que o trabalho já tá meio pronto... Mas não era! [...] Como agora estou coordenando uma Unidade, na última reunião do Conselho Local, a gente foi começar a falar de Saúde Bucal, eu trouxe este projeto, os Conselheiros ficaram entusiasmados, "nossa, então por que que não faz aqui?", eu falei, olha, na verdade foi a primeira coisa que eu cheguei lá foi tentar, levei o meu projeto, não sei se alguém leu! Tentamos colocar, algumas coisas a gente conseguiu mudar. Discutiu como organizar, mas, ainda tem muita resistência lá, [...] Antes eu tava sozinha,

> lá no Módulo, agora eu tô com cem! Quer dizer, cem (Risos). Só dentistas tem, tipo, uns 10...

Neste momento, perguntei como havia ficado o projeto da Alta Pactuada no Módulo, se algum dentista tinha assumido ou não a assumido. Marina respondeu que até onde ela sabia, o trabalho vinha continuando, e depois Sol também confirmou, mas ainda parece ser um pouco cedo para terem alguma certeza. Sol disse que havia outras Unidades no distrito Fogo que estavam começando a se movimentar, e por isso ela acredita que a proposta do GAP-Saúde Bucal não terminou, "continua tendo desdobramentos a partir de tudo o que a gente conseguiu fazer todo esse tempo".

Flora afirmou que para ela, que não é da gestão, foi mais difícil, Marina, por sua vez, discordou, afirmando que, para ela, como coordenadora, também não tem sido nada fácil.

Leão contou que também foi questionado pela coordenadora de sua Unidade sobre a razão de ele não ter listas de atendimentos como os outros profissionais têm, a que ele respondeu:

> As pessoas querem ser agendadas ou atendidas?"(Risos) Mas é uma estratégia pra você aprender, mas as pessoas não preferem ser atendidas do que agendadas? Não é verdade? [...] como é que você faz isso? Um outro episódio muito interessante foi, conversando com um outro dentista que era coordenador de uma Unidade e agora foi para a ponta, e nós estamos trabalhando juntos, uma pessoa fantástica! Ele contou que a esposa dele aplicou isso lá em Santo Antônio de Posse, sabe, essa estratégia de... Só que lá ela colocou, me parece, que quatro procedimentos por paciente, como estratégia de ampliar o acesso. É muito interessante isso aí (confusão). Foi de uma forma "doméstica" mesmo, ele conversou com ela, explicou a maneira como a gente tava fazendo. E ela, mesmo do lugar que ela tá, ela pôde intervir de alguma maneira [...] É um caminho, na verdade que a gente não sabe onde vai dar, eu acho que é eternamente isso, está sempre em construção, acho que a gente tem que ter um pouco de tranqüilidade pra lidar com isso em certas horas! Porque não é um modelo que vai ficar pronto, digamos assim, ele sempre vai tá sendo construído, reconstruído, sabe.

Neste ponto do encontro, Sol descreveu o modo como ela estava percebendo que esta pesquisa estava sendo produzida: eu escrevendo, analisando, dando forma ao material, e o grupo contribuindo com a prática.

Não concordo que tenha sido só contribuição da prática porque entendo que a prática está preenchida de saberes da experiência, ou seja, produzidos no contexto de trabalho, como também de conhecimentos já sistematizados.

Eu falei um pouco sobre os limites de uma tese, que foi preciso fazer alguns recortes no material empírico dos encontros e que isto não queria dizer que o movimento produzido tivesse que parar também. Depois reafirmei uma questão que já havia colocado para Leão e Flora, em outra ocasião, que o material produzido pelo grupo era riquíssimo, cada um contribuiu com experiências do seu cotidiano, e que poderiam pesquisar, dar continuidade.

Depois chegou a vez de CD4 falar um pouco sobre o modo como estava percebendo todo este processo e disse:

> Foi legal sair da zona de conforto, porque a gente tem uma zona de conforto, e eu acho que é por isso que as pessoas relutam tanto em mudar, [...] Então é legal quando você tem a chance de se dar uma oportunidade de parar e pensar que existe um outro caminho, não existe só esse caminho, acho que isso tá sendo legal no trabalho, você pensar que existe outros caminhos e pensar na odontologia não só como dente, gengiva, como a gente foi criado nessa forma. Foi muito bom participar [...] eu me senti muito entristecido de não ter participado antes...

Marina disse que tem percebido um movimento maior na rede de dentistas assumirem cargos de gerência como ela, de serem cobrados de participar das reuniões pelo restante da equipe: "Já não é mais aquela salinha no fundo do corredor, [...] Mas devagar parece que vai..."

Sol fez a observação de que está acontecendo, na rede, um processo de Educação Permanente, que tem contribuído para trazer ao debate vários temas, e que o grupo quer "mexer na caixa preta da odonto!"

Em seguida CD3 discorreu sobre suas impressões com relação à minha tese e fez uma análise de como seu Distrito – Metal – o mesmo de Flora, está hoje:

> Eu acho que o trabalho que a Lu tá encaminhando é uma coisa muito interessante, acho que é uma coisa que a gente precisa hoje, isso já é mais do que sabido: a questão realmente de acesso, de escutar o paciente, isso continua ainda muito fechado, eu trazendo um pouco pra questão prática, saindo um pouco assim desse nível que vocês estão. Eu acho que vocês estão num patamar diferenciado! Eu acho que o nível do pessoal aqui é outro: as pessoas têm um

> entendimento menor, são pessoas que trabalham só como elas [...] Então assim, é diferente do que o acesso, que a entrada que a Flora teve. Esse diferencial acho que é importante, são pessoas que se envolveram, que estão aqui, desde que começou, então é um lugar diferente. É, trabalhar com esse coletivo é complicado, eu acho muito complicado, talvez por não ter feito Análise Institucional, eu não consigo tanto essa [...], eu acho que a gente tem uma linha de convencimento anterior a questão de gestores que eu acho que isso facilita e fortalece muito a gente, na hora que você acaba entrando... Então, assim, é um grupo diferenciado que tá tentando entrar e levar uma nova abordagem. Se isso fosse a outros níveis, de outras formas, talvez o convencimento fosse mais fácil, ou pra conseguir colocar na prática ali. E não esquecer que as Universidades também, tempos atrás, hoje isso tá mudando, mas que houve uma formação também de que um dentista quadrado mesmo sentado, centrado no TI, TC, isso ainda é muito forte ainda, muito forte...pra eles assimilarem, isso é difícil. É parte do processo, as coisas mudam, acho que o legal é isso, tem como mudar, a gente só precisa saber como fazer, como atingir. Vocês mesmo tão fazendo um projeto dentro da Universidade, num espaço em que pode ver como é complicado, o como as pessoas levantam os questionamentos: "você tá fazendo o quê, tá saindo porquê, como que é isso?", os pacientes que tão voltando, então eu acho que é uma coisa que a gente tem que chamar pra gente trabalhar mesmo... Agora eu acho uma linha legal, acho que dá pra colocar, daria pra implantar, acesso é muito baixo mesmo, acho que dá pra você aumentar através da alta pactuada e, não sei, eu ainda fico um pouco, ah... É, eu acho que, assim, o distrito metal ainda tá num estágio aquém do distrito fogo, agora que a Sol coloca, talvez, por ela, o tipo de gestão diferenciada também, eu acho que vai muito da gestão, é, ter conseguido que todos assim entendam, consegue trazer, consegue levar mais, que eu ainda não consegui levar tão aberto assim isso pra dentro do Distrito Metal. Apesar de falar em reunião que é interessante, [...] Mas acho que tá na linha certa, que a gente tem que caminhar por aí mesmo. [...] Eu acredito muito, acredito muito mesmo, acho que a gente tem bastante coisa pela frente. [...] Apesar do dentista ter ido para a gestão lá no nosso eixo também, hoje tem duas coordenadoras que são dentistas, mas assim, o restante é um entendimento ainda muito primário do que é a odontologia. As pessoas te chamam pra ajudar a ver como é que atende, como é que marca, como é que agenda, se faltou isso e aquilo, é assim mesmo, conflito interno dentro de sala, te chamam pra ver a previsão de horário de profissional, é uma coisa muito primária. {...] Isso me força pensar se a pessoa tá querendo mudar até quanto, até quando... até... qual a mudança, quer a mudança mesmo? Existe o desejo dessa mudança, em abrir a porta?

Leão concordou com este desabafo de CD3, pois também percebe que o nível das discussões são muito primárias, ao invés de discutirem estratégias de acesso, organização de demanda, discutem a limalha de prata, o lixinho, o verniz... E lançou uma proposta:

> A gente tem que ter muito cuidado, no limite com o autoritarismo, a gente tem que trabalhar com alguns princípios, mas criar condutores, quer dizer, pra fazer as pessoas pensarem, entendeu? Você, por exemplo, você pode criar uma meta de acesso e, a partir de um certo ponto, você ter um incentivo. Porque se não, as pessoas, elas não vão se habituar, não vão aprender a conversar sobre isso, não faz parte do repertório delas. Eu acho que pro usuário é a mesma coisa, questionar, vem cá, olha, o acesso tá pouquinho, então a Unidade tá tanto, criar dados de acesso.

Em seguida, Sol contou como ela vem experienciando seu papel de "apoiadora da bucal", incorporando em seu "*espaçotempo*", também, as ferramentas que buscou nos cursos que fez de gestão e de análise institucional:

> a gente precisa procurar, mesmo, buscar promover espaços de troca, eu acho que esse é o primeiro ponto. E, talvez eu seja privilegiada no sentido de que eu nunca encontrei barreiras, [...] e talvez um pouco da contribuição da forma como eu também sempre coloquei e valorizei esses espaços... Então, eu nunca tive resistência de ninguém, de nenhum coordenador do distrito, de que eu não fizesse as coisas, não fizesse os encontros, como a gente escuta enquanto apoiador em outros distritos que não pode ter reuniões setoriais, que não pode isso, que não pode aquilo... Eu acho que eu sempre consegui conquistar os espaços que eu busquei, então continuo tendo a reunião de representantes, já fizemos reuniões temáticas mesmo aqui, a partir de propostas deles, [...] Então eu sempre tive muita autonomia pra trabalhar no distrito. Eu procuro meu espaço também, lógico, a coisa não vem se você ficar esperando [...]. E, tentando sempre ir, discutindo isso e proporcionando pros outros coordenadores que não são dentistas, apropriarem também do tema. [...] Isso a gente aprende, na Análise Institucional, nas leituras de textos do Gastão, como que você faz com que a sua oferta seja demanda da equipe. Então, acho que isso a gente vai aprendendo mesmo. [...] Leão, isso que você coloca é importante, metas! Precisamos fazer procedimento coletivo porque disso, qual que é a meta, precisamos ampliar o acesso, qual que é a meta? É uma Unidade que conseguiu virar, dar um salto mesmo, um giro, sabe, da forma como hoje tá organizado e que conseguiu ver resultado... então isso pra mim enquanto apoiadora é super prazeroso também, é gratificante e é um estímulo pra ver que é possível! [...] E, é devagar!! Leão, eu tô no distrito desde 2002, agora em agosto faz seis anos. As conversas eram diferentes, a forma como eu chegava, a forma como eu sentia que eu era recebida, como eram minhas falas, como a equipe ouvia aquilo e, não fazia sentido pra eles... então eu acho que tudo, é um aprendizado que a gente tem nesse papel. Mas hoje, assim, pra mim é muito mais gratificante do que desestimulante e passando não só pra Saúde Bucal, eu acho que tudo o que a gente faz a partir da Saúde Bucal a gente consegue ampliar. Eu acho que muitas coisas, muitas conversas que eu fiz no micro, na Saúde Bucal, hoje, me ajudam quando eu vou fazer conversas com os enfermeiros, com os médicos, sabe, e daí, foi por isso que eu pedi pra Marina contar que nesse projeto, o

> curso que ela fez, especialização em Saúde da Família, como ela conseguiu num curto espaço de tempo envolver médica, enfermeira, e querer que esse projeto...

Flora chamou a atenção para o fato de que é necessário sairmos da "zona de conforto", e CD4 disse que para ele os dentistas "muitas vezes mudam o rumo da qualidade da discussão para não discutir outras coisas". Leão, então, apontou que muitas vezes o discurso do CD é uma estratégia: " primeiro, você chega pro apoiador e fala das dificuldades da instituição. [...] É como se dissesse: "olha, a instituição tem problema', tá, então não vem me propor nada, eu tô trabalhando pra uma espécie de pacto silencioso... "

Este "pacto silencioso" também existe com relação à gestão da Unidade, no sentido em que percebo uma autonomia muito grande dada à equipe de Saúde Bucal, na gestão do seu processo de trabalho nas Unidades, quando o coordenador não é dentista. Diante dessas circunstâncias, os mesmos, na maioria das vezes, se aproveitam deste fato para privilégio próprio. E CD3 concordou comigo, acrescentando não perceber desejo de mudança, que muito deste discurso está na academia e distante dos serviços. E eu disse: Então! Quem tem que coordenar isso? É a gestão local, por exemplo, não dá pra CD3, para a Sol, lá do Distrito, ver tudo, assumir tudo!

Marina reforçou que isso não acontece só com dentistas, mas sim com médicos também. E Leão disse inconformado que era diferente, porque

> o médico tem uma demanda social, ele tem uma demanda dos conselhos pra médico. Pra dentista, vejam essa contratação que aconteceu? Esses contratos precários[73], que está aí, usem isso como analisador, por que contratou e por que os caras surtaram, e a partir de agora vai ser como? Se eu posso contratar um cara e pagar R$1.300 reais, pra que eu vou pagar R$2.500 e fazer concurso? Pra quê? [...] se a gente não brigar para conseguir essa legitimidade, criar essa demanda pro dentista, entendeu, que essa contratação também só saiu porque teve demanda da população por dentista. Houve alguns movimentos.

Marina, entretanto, narrou um acontecimento muito desagradável ocorrido na sua Unidade com relação a considerar a necessidade do usuário em seu tratamento:

[73] Em 2008 a Prefeitura Municipal de Campinas abriu um processo seletivo para contratação de cirurgião dentista e ACD no regime CLT.

> Porque tem casos, [...] que você sabe que a extração é o fim... Mas tem paciente que quer, [...] e eu tenho que considerar, e eu fui colocar isso numa reunião e fui chamada de antiética. Como que eu posso fazer uma coisa que eu sei que não tá certo? Eu não podia ter extraído aquele dente! E eu disse que tem coisas que a pessoa tem desejo de fazer, por silicone, de tirar, de diminuir, de aumentar, e aí não é antiético? A "bucalidade" é dele, a boca é do homem, ele faz o que ele quiser com sua boca!

Sobre este aparente entendimento ambíguo de que ouvir o outro é o mesmo que ceder ao desejo do usuário podemos nos pautar pela discussão proposta por SANTOS et al. (2008, p.467), quando da avaliação do PSF do município de Alagoinhas, BA. Nesta avaliação, constataram, em suas reflexões, três tipos de fluxos: o primeiro deles é o ato terapêutico ficar centrado unicamente no desejo do usuário, na maioria das vezes, cedendo "às pressões que os usuários exercem ao procurar o serviço, priorizando o tratamento mutilador"; o segundo é ficar centrado no profissional, o que "não constrói autonomia, pois não cria um espaço para negociações e pactuações, no qual as demandas dos usuários poderiam ser contextualizadas e redefinidas"; o terceiro é negociar o que o usuário deseja com a terapia proposta pelo profissional, deste modo "o cirurgião-dentista inscreve o elemento vínculo no ato clínico e efetiva a autonomia".

Porém, este terceiro fluxo não é uma prática muito comum da maioria dos profissionais da área da saúde, seja o médico, seja o cirurgião-dentista, seja o enfermeiro, seja outro profissional da área da saúde. O limite nesta relação de ouvir o outro e considerar seu desejo é muito tênue, pois o autoritarismo produzido historicamente por este lugar hierárquico ocupado pelo profissional de saúde ainda é predominante em nossa sociedade. Muitas vezes ouvimos, mas não consideramos o outro, iludindo-o, ou mesmo nos iludindo, e assim continuamos autoritários, negando a individualidade do outro, seus direitos, seus desejos, seu corpo, sua boca!

Leão chamou a atenção para o fato de que precisamos considerar como princípio ético, também, "a história sócio-econômica e cultural da pessoa". E Marina retomou a questão dos limites tecnológicos da rede, que em muitos casos nem adianta fazer a endodontia, mas como era uma reunião de médicos, não adiantava explicar, porque eles não queriam entender, e ela acabou ficando taxada de antiética. É muito difícil.

CD4 contou que também vivenciou um embate com uma médica, certa ocasião, durante a Campanha de prevenção e diagnóstico do Câncer Bucal.

> No exame, eu acabava olhando a pele da pessoa, e vi um paciente que tinha realmente uma lesão que parecia um câncer de pele. Daí, na reunião de equipe eu disse: "olha, o mesmo paciente, eu acho que é câncer, eu não posso encaminhar direto? Senão ele tem que vir na sexta, que é fluxo lá, de manhã, pra marcar consulta, depois ele tem que voltar na outra semana ou duas semanas depois pra conversar com o médico, pro médico só olhar e falar, realmente é câncer!" E encaminha pro dermatologista?...E uma médica levantou e falou: "eu acho que o dentista não tem competência pra fazer isso!" Daí eu falei pra ela: "pra mim não importa o nome de quem vai escrito lá, se é meu, se é seu, o que importa é não perder o paciente, não perder a oportunidade, porque você tá fazendo ele voltar três vezes no Posto de Saúde por algo que você poderia resolver no ato, sendo que ele pode nem voltar!" Aí todo mundo ficou assim... realmente...

Azul lembrou que não estamos credenciados para fazer o diagnóstico, mas para suspeitar, e CD4 concordou, dizendo que qualquer um pode suspeitar, inclusive nem precisa ser profissional de saúde para isso.

Depois entramos na discussão dos agendamentos, e Sol chamou a atenção para o cuidado de não se criar um demanda desnecessária, colocando as três consultas de urgência às 7 horas da manhã, nem todo mundo tendo dor neste horário, ela tem sugerido distribuir ao longo do período estas vagas.

> Então o paciente vai lá, é atendido e não sair da consulta sem marcar o retorno, tem o dia certo pra abrir a agenda. O quê que significa? Hoje eu já tô com essa população lá, ele tem que voltar amanhã, porque amanhã que vai abrir a agenda, eu criei uma outra fila desnecessária. Aí eu só pego o resultado de exame um horário lá, porque foi a forma como a Unidade encontrou de ter funcionário disponível, tal, tal, tal. Então tem um horário restrito! Eu crio de novo uma outra demanda, eu fico o tempo todo... Além de eu causar um stress desse paciente e um tempo desperdiçado mesmo, ele vai três vezes na Unidade pra conseguir voltar pra uma nova consulta, sendo que, sair da consulta, foi solicitado retorno? Já marca o retorno... O retorno de exame eu não posso pegar quando eu vier pra próxima consulta, eu não tenho que pegar antes... Mas é uma questão de você...

Com isso instalou-se uma discussão entre Sol e Leão:

Leão falou: "Mas o que acontece, especificamente nesse caso, chegou três pessoas de manhã. Pra que que você vai atender essa pessoa uma às sete, outro às dez, outro às onze..."

Sol respondeu: "Mas porquê aquele que chegou às sete da manhã vem primeiro!"

Os dois falam ao mesmo tempo... Depois Leão diz:

> Não, a demanda espontânea é um dos grandes nós que a gente tem assim, em qualquer serviço! Tá, até porque não tem hora, ele é espontâneo, você entendeu? Se você direcionar pra uma determinada hora e criar, de acordo com a disposição geográfica da Unidade, com a especificidade da Unidade um horário, não um horário no sentido de você excluir quem chega e não chega nele! Mas um horário, pra você julgar os seguintes dados: tem esses tantos, até tal hora eu tenho que dar conta desses tantos, que eu vou começar a atender os agendados, entendeu?! Mas uma característica...(é interrompido!)

Sol, não concordando com a posição de Leão, diz:

> Mas porque não pode intercalar? Você tá vendo a necessidade do serviço... Se eu começo a perceber que tem usuário que chega, e isso tem, na metade do período, significa que existe uma necessidade pra ele de ir em outro horário, então eu considero também, Leão, acho que eu tenho que organizar, eu tenho que considerar a necessidade, o que é melhor pro usuário e o que é bom também pra equipe pra se organizar e conciliar as duas coisas. Se eu continuo batendo na tecla que, porque eu sempre coloquei, eduquei a população pra pegar na vaga de urgência, ela tem que vir às sete horas da manhã, é lógico que eu criei demanda pra esse horário, mas aqueles que vão porque não tinham condições de ir às sete, e precisam ir às nove, eles vão continuar indo às nove, e eu sempre mandando eles voltar no outro dia ou... (é interrompida!)

Leão não concorda e defende a idéia que mesmo sem ter um horário estabelecido de urgência às nove horas e o usuário chegar, o dentista tem que atender, mas Sol diz que concorda que tem que atender, mas isso não acontece, e o dentista manda voltar no outro dia às 7 horas. Concluímos que vai depender muito da implicação do profissional com a instituição, com o usuário, com o SUS, com a Saúde Bucal Coletiva, enfim todas as instituições que atravessam este tipo de atendimento.

CD3 pergunta, se neste caso "a "urgência" não passa a ser atendimento?"

Leão responde que "é eventual!", e Azul diz que "não importa o que seja, tem que ser resolutiva!"

Sol disse como vem trabalhando com esta questão nas Unidades da seguinte maneira:

> Hoje a urgência é uma porta de entrada. Se o paciente vem na urgência, [...] a duração da sessão de tratamento é 40 minutos. [...] na urgência não é só pra eu

> dar um analgésico e fazer um curativo num dente que ele tá com dor, pedir um Raio-X e acabou! Não, eu fiz isso, eu resolvo a queixa pontual dele, mas eu também já faço um procedimento pra controlar a doença dele e já insiro ele, faço a avaliação de risco dele, e se eu tenho THD, ele já vai entrar no grupo da THD...

CD3 concorda com o que Sol disse, mas aponta que, deste jeito, ela não consegue introduzir em seu distrito, e Leão perguntou: "Então o acesso ao agendamento é só pela lista?"

E CD3 disse que é muito difícil, porque mesmo existindo uma lista, que aliás nem estava separada por risco, estamos em setembro, e a última vez que "chamaram a lista" foi em janeiro. E é uma população carentésima!!!

Todos se mostraram indignados e perante esta realidade, a conclusão que se pode tirar é de que a lista não serve para nada, só para amarrar o serviço e criar um círculo vicioso, uma demanda extremamente desassistida, um serviço inoperante, com baixíssima resolutividade.

Leão explicou para CD3 como vem fazendo:

> Eu tenho vagas agendadas e vagas eventuais, porque tenho variedade de caraterísticas na minha área de cobertura, tem uma região "X", pro exemplo: esta região tem um absenteísmo que ela não consegue se organizar pra vir consulta agendada, assim eles vêm como eventual. Então você tem que prever um atendimento maior pra eles como eventual, [...], isso é uma característica que você tem que entender e considerar! A população, assim, do meu CS "D" eles já vem agendados, eles gostam de ser agendados, então você agenda! Agora, entrou pela fila da urgência, você atende, olha, esse cara tem altíssimo risco, ele vai ficar na minha agenda, porque eu não posso perder o cara, ele vai ter que vir toda semana, se ele não vier, eu vou saber porque que ele não veio. Mas você não põe ele nem na lista. [...] Agora precisa garantir que o paciente que está sentado ali na sua cadeira é de alto risco!!

Marina disse que o que Leão estava fazendo era só Pronto Atendimento-PA e Leão discordou:

> Olha, eu tô lá no CS"D", eu vou atender paciente da cidade inteira, entendeu? Então é P A, porque eu provavelmente vá atender um cara lá do CS"Q" de outro distrito, ele nunca mais vai voltar comigo! Agora se eu tô todo dia atendendo os meus próprios pacientes nas suas intercorrências, por quê que é Pronto Atendimento? Eu conheço minha população.

Sol não aceitou as explicações de Leão e disse: "Não, pera aí! Da forma como você tá falando, mesmo ele sendo lá da sua região, do seu território, ele pode ser PA, porque você não garante que tá controlando, se ele tá voltando, então, ele pode ter a mesma lógica de um CS"Q" que não voltou mais..."

E Leão respondeu:

> Se você pensar que 94% das pessoas não têm acesso, e eu conseguir fazer com que, pelo menos, digamos metade desses 18 mil sentassem na minha cadeira e tivessem oportunidade de olhar pra carinha deles, pra boquinha deles, pra bucalidade, pelo menos uma vez, e pelo menos tratar aquele dente que eu acho que é mais complicado, você entendeu? [...] Deus queira que vai chegar um tempo que aí eu vou ter condição de ir atrás, daí eu vou ter tão pouca demanda que eu vou ter que ir atrás, você entendeu?

E CD3 perguntou se, deste modo, a gente não vicia a população, e Leão disse que não, pois a partir do acesso você consegue verificar se aquele usuário está voltando muito à Unidade. E disse que: "Com isso, estou dando um acesso hoje de 7,8 %".

CD4 perguntou para Leão se não vai às Escolas, às creches buscar as crianças de alto risco, e ele respondeu que quem vai às escolas, agora que a Unidade tem uma ACD, é ela e quando estava sem ACD não ia ninguém.

Depois CD4 apontou que uma coisa que ele percebe é que, existindo "uma lista", ela pode representar um conforto tanto pro profissional como para o paciente que fala: "eu tô na lista, uma hora eu vou ser chamado!" Leão responde dizendo que, para ele, a "lista é um contrato!"

Para Sol,

> uma lista não pode ser só uma lista, aquela lista ali tem um sentido de ser. [...] o meu paciente que tá na lista, é o paciente que tá controlado! Que era o que a Marina fazia no Módulo. Tem diferenças de Unidade pra Unidade, tem Unidade que não tem THD, no caso, da lista da Marina, era uma lista de pacientes que tava com a doença controlada, porque otimizava as primeiras sessões o máximo que dava pra fazer de adequação, de extrair o que precisava extrair, e o paciente ficava ali naquela lista controlado, já tinha passado com o THD.

A residente diz que, para ela, um modo de mexer com esta problemática é empoderar o Conselho Local: "Aí eles vão questionar mais também!" E acredita que

socializando os conhecimentos da Saúde Bucal também com os outros profissionais da Unidade, pode-se pactuar um acolhimento interdisciplinar, é uma forma de mexer com a Unidade também. E Sol ponderou que isso não é muito simples de se conseguir.

Depois a discussão foi prosseguindo com relação aos cálculos de acesso, preço de procedimentos odontológicos em Campinas, absenteísmo do serviço de endodontia, estabilidade do funcionário público, questões recorrentes em outros encontros.

5.1. A restituição e as implicações

> *As instituições formam a trama social que une e atravessa os indivíduos, os quais, por meio de sua práxis, mantêm ditas instituições e criam outras novas (instituintes). (LOURAU, 2004a. p.68*)

Inspirada no referencial teórico-metodológico cuja proposta é desmanchar os territórios constituídos e convocar "a criação de outras instituições" (BARROS, 2007, p. 231), posso afirmar que o movimento instituinte gerado pelos integrantes do GAP-Saúde Bucal explicitou, nesta Restituição, suas singularidades, seus momentos, e suas vivências/experiências na busca de criar outras institucionalizações para o seu cotidiano da Saúde Bucal (Coletiva).

A restituição foi importante para compreender o movimento instituinte gerado pelo GAP-Saúde Bucal nos diferentes contextos cotidianos de cada um dos sujeitos implicados. Outro aspecto que pretendo destacar é a implicação dos sujeitos com a Alta Pactuada.

Para Sol, o GAP-Saúde Bucal continua, "não acabou perdido", as idéias discutidas nos encontros continuaram reverberando em seu cotidiano, em seu papel de apoio. Ela sempre contribuiu muito com as discussões, foi um sujeito chave neste processo de construir a proposta da Alta Pactuada, bem como em agilizar, mediar o processo de constituição do GAP-Saúde Bucal. Foi minha parceira mais próxima nos agendamentos dos encontros, das definições de pautas, nos momentos em que eu não estava presente, foi ela que fez os relatos e assumiu a frente do grupo.

Para Leão, que também foi um dos autores da monografia, a experiência que viveu no papel de apoio marcou, transformou sua formação profissional dentro da Secretaria Municipal de Saúde. Em seus registros no DI, em seus relatos nos encontros da GAP-Saúde Bucal, como nas duas visitas que realizei nas Unidades em que trabalhou durante o período desta pesquisa, ele apontou, sempre de forma muito contundente, a

importância do papel da gestão, também presente no processo de trabalho do profissional de saúde responsável pela produção do cuidado nas Unidades, articulando muito bem o núcleo e o campo, e vice-versa, conforme nos ensinou CAMPOS (2005, p.221)

> Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto.

Leão mostrou formas de transversalizar a Saúde Bucal na Unidade, nos Conselhos, demonstrando o uso das ferramentas de gestão na organização do seu cotidiano, seja numa Unidade, fazendo parte de uma equipe de referência em Saúde da Família, seja na organização de uma nova Unidade, em que era o único dentista.

Leão e Sol, tanto durante a construção da monografia, como no GAP-Saúde Bucal, travaram discussões repletas do saber/fazer cotidiano de cada um. Eram os responsáveis por aumentar o coeficiente de transversalidade do grupo, muitas vezes davam o tom do encontro, sempre preocupados em fazer acontecer a proposta da Alta Pactuada nas Unidades.

Para Flora, participar do GAP-Saúde Bucal deu um outro sentido ao seu cotidiano, contribuindo com seu desejo de mudança, fortalecendo-a quando apresentava ferramentas novas para além da “odontotécnica exclusiva” em que foi formada, às vezes deixando-a mais angustiada por sentir os limites impostos pela instituição. Sua força e coragem nos mostrou também os limites da nossa proposta e do próprio grupo. Inclusive relatou que seu colega de trabalho que mais se mostrou resistente, chegou com uma proposta de ampliar o acesso semelhante ao que ela havia proposto, só que agora sendo uma proposta dele, mas os demais colegas recuperaram a proposta da Alta Pactuada, apresentada por Flora em outra ocasião.

Para Marina, acredito que a proposta da Alta Pactuada mobilizou movimentos instituintes suficientes para ampliar seu modo de pensar e fazer a Saúde Bucal, dando suporte para seu novo papel de gestão, que vem desenvolvendo atualmente, como coordenadora de um Centro de Saúde do distrito Fogo. Portanto, ela não exerce mais o papel de cirurgiã-dentista no módulo do PSF que fui conhecer, mas, deixou registrado num trabalho monográfico de curso de especialização em Saúde da Família, o modo como organizou o cuidado em Saúde Bucal, experienciando a proposta da Alta Pactuada.

Neste trabalho, mostrou um modo de introduzir novos sujeitos nesta clínica, como também evidenciou o acolhimento como tecnologia fundamental para que se possa estabelecer o pacto, o encontro com o outro sujeito presente num atendimento em Saúde Bucal.

CD4, mesmo tendo participado menos do que gostaria, conforme seu depoimento trouxe grandes contribuições à re-elaboração da proposta Alta Pactuada, com relatos do cotidiano em que está inserido num módulo de Saúde da Família. Mostrou-se satisfeito com o material do exame de qualificação que enviei para o grupo e com o modo como esses registros mexeram com sua compreensão acerca do que estava instituído, fazendo-o sair da "zona de conforto" e ampliar seu olhar da odontologia em direção à Saúde Coletiva.

Acredito que para CD3 participar do GAP-Saúde Bucal foi uma experiência desafiadora, que a colocava em cheque com o instituído do seu cotidiano a todo momento. Faziam-se muito presentes em seus relatos as dificuldades que encontrava no papel de apoio num Distrito de Saúde no qual a visão tecnificada do trabalho em saúde impera não somente entre os profissionais da Saúde Bucal, mas também de maneira geral nas Unidades.

Azul, neste encontro da restituição estava mobilizada por questões de saúde pessoal, mas mesmo assim, não deixou de comparecer. Teve uma passagem bem singular no GAP-Saúde Bucal, iniciou como CD de uma Unidade, depois passou a integrar a equipe do CETS, apoiando minha visita à Unidade de Flora, porém nem ela nem CD1, que trabalhavam na mesma equipe, apresentaram, em algum momento, indícios de movimentos instituintes provocados pela Alta Pactuada em seus cotidianos no CETS. Porém, durante o período em que o grupo se reuniu, Azul construiu uma dissertação de mestrado em que avaliou um processo de intervenção realizado por ela, fazendo parte de uma equipe de referência numa Unidade de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Nesta dissertação, apontou alguns avanços e limites do Paidéia Saúde da Família que utilizei de referência em algumas discussões nesta pesquisa.

O GAP-Saúde Bucal era composto por onze profissionais da SMS de Campinas, além da autora desta pesquisa, sendo que sete deles estava presente na Restituição, contribuindo com mais elementos na análise de suas implicações com e no grupo. Porém, considero CD6 um integrante que também produziu movimentos instituíntes em seu cotidiano de apoiador, mesmo não estando presente neste momento da restituição. Ele

participou de vários encontros do GAP-Saúde Bucal, a partir do momento que assumiu o papel de apoiador do Distrito de Saúde Madeira, em meados de 2005, junto à nova administração. Um aspecto muito presente em seus relatos é de como a Alta Pactuada poderia servir de ferramenta para auxiliar seu trabalho junto às equipes.

Acredito que a implicação dos outros três integrantes do grupo: CD1, CD2 e CD5 se deu de forma diferente, pois, baseado no que foi registrado nos Diários de Momentos, tiveram participações mais pontuais e não trouxeram nenhum indício de experienciação da proposta da Alta Pactuada em seus cotidianos.

Retomando o conceito de "experiência" apontado anteriormente, referenciado em LARROSA (2002, p.21), "a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca." Diante isso, acredito que os movimentos instituintes experienciados por Sol, CD3, Leão, Flora, Azul, Marina e CD4 marcaram a cada um deles, e possibilitaram-nos compreender o que antes não era percebido, transformou alguns conceitos "odontológicos" instituídos, seja nos serviços de Saúde Bucal a que pertencem, seja na formação de cada um. Este experienciar o GAP-Saúde Bucal produziu outros modos de fazer o cuidado em Saúde Bucal para estes sujeitos que se implicaram, também, com esta "pesquisa-ação-intervenção".

CAPÍTULO 6
IMPLICAÇÕES E PROVISORIEDADES INSTITUINTES

Se quisermos falar espinosamente, há os bons encontros, que aumentam minha potência de pensar e agir – o que o filósofo chama de alegria – e há os maus encontros, que diminuem minha potência de pensar e agir – o que ele chama de tristeza.
(GALLO, 2008)

Acredito que este trabalho não se encerrou, para mim o desafio continua. Gostaria que este texto e o que mais for publicizado a partir dele, possa funcionar como um dispositivo para cada leitor/a, disparando análises, produzindo efeitos que possam agregar outros tantos efeitos que incorporem desterritorializações da boca e a desnaturalização do cotidiano dos serviços de saúde bucal no SUS.

Transitar por este novo território propiciou novos agenciamentos, bons encontros, novas parcerias, ou seja, criaram-se novos processos de subjetivação. Por outro lado, me fez lidar, também com os limites, as incertezas nas formas de pensar e realizar uma pesquisa que toma como cenário o cotidiano de profissionais da saúde bucal inseridos no SUS. Esse aprendizado, como disse SAMPAIO, (2008, p. 227), "exige nos colocarmos em movimento, questionando nossas crenças, modos de pesquisar e conhecer, gerando novas metodologias de pensar e atuar nos mundos", e também, nos "espaçostempos" da saúde coletiva presentes em nossos cotidianos.

As discussões referentes à proposta da Alta Pactuada em Saúde Bucal, presentes em cada um dos encontros do GAP-Saúde Bucal, colocaram em movimento, no cotidiano de cada um dos sujeitos implicados, o que foi possível construir a partir desta proposta na realidade concreta. Com certeza foram 21 "bons encontros" que potencializaram estes movimentos instituintes em cada um, abrindo brechas para tantos outros "bons encontros" quantos forem possíveis, nas relações estabelecidas em cada Unidade com os sujeitos usuários destes serviços, e entre profissionais de saúde, dentre outros.

Partimos, no grupo, da crítica de alguns dos crônicos efeitos historicamente produzidos na prática de muitos profissionais "odontólogos" que atuam no SUS, especificamente no município de Campinas-SP, trazendo como oferta a proposta da Alta Pactuada como um modo de produzir o cuidado em saúde bucal que buscou: a ampliação do acesso a estes serviços; o controle das doenças bucais, focando a cárie dental; o acolhimento das necessidades trazidas pelos usuários destes serviços, incluindo-os em seus processos de saúde e adoecimento; a valorização do espaço da educação em saúde e sua importância no cotidiano dos profissionais de saúde; a transversalização do tema da saúde bucal em diferentes espaços que envolvem uma Unidade de Saúde; a re-afirmação do papel da gestão no processo de produção do cuidado, assim como o modo de ofertar uma ferramenta nova numa equipe, problematizando indicadores, dados de acesso e cobertura, saberes e conhecimentos presentes.

O Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal foi um dispositivo criado como espaço de diálogo e discussão dos acontecimentos produzidos nas experienciações da Alta

Pactuada pelos sujeitos implicados no e com os propósitos do grupo. Assim, o GAP-Saúde Bucal oscilou entre ser “grupo sujeito” e ser “grupo sujeitado”, em que os movimentos gerados com e entre os sujeitos que o compunham fizeram emergir seu protagonismo, como também sua alienação. A ação da transversalidade veiculada possibilitou encontros e desencontros de instituições, de saberes e práticas presentes no vivido de cada um desses sujeitos, fazendo emergir seus desejos no agenciamento de forças heterogêneas, deflagrando efeitos instituintes e “desformando” os cotidianos desses sujeitos.

Pelo que pude perceber foi, também, um dispositivo utilizado como espaço protegido para o “livre dizer”, em que os sujeitos traziam seus incômodos do cotidiano dos serviços e da instituição, como também, dificuldades e novidades pessoais e profissionais no sentido de compartilhar o vivido.

Tais efeitos evidenciaram que o processo de produção do trabalho em saúde vai além do intelectual (cérebro) e manual (corpo), ele perpassa também nossa afetividade, nossa vida.

No decorrer dos encontros do GAP-Saúde Bucal, de novembro de 2004 a setembro de 2007, destaco, no processo da pesquisa, dois dispositivos analisadores que anunciaram movimentos importantes nos processos de subjetivação dos integrantes do grupo. São eles: 1º) a proposta da Alta Pactuada em Saúde Bucal que fez fluir uma série de movimentos instituintes na forma “tradicional” dos sujeitos desta pesquisa produzirem o cuidado em saúde bucal em suas Unidades de Saúde, colocando em análise concepções, saberes, relações estabelecidas entre o profissional, o usuário, o gestor, os conselhos, como também com os colegas de trabalho; 2º) a saída de Flora do grupo em 2007, que fez emergir tanto os limites da própria proposta da Alta Pactuada como do grupo.

Um outro momento importante vivenciado pelo grupo foi o da Restituição, que, por sua vez, fez emergir a análise de implicações, revelando algumas marcas que as experienciações da proposta Alta Pactuada provocaram em cada um dos sete sujeitos que dela participaram.

Outros acontecimentos também provocaram marcas nestes processos de subjetivação a partir da mudança de governo em janeiro de 2005, que alterou a configuração da gestão da política municipal de saúde, no que se refere à Saúde Bucal. Apesar de alguns apoiadores terem sido mantidos, todos os coordenadores de Distrito mudaram, assim como ocorreram mudanças também na gestão do nível central, porém

mesmo com a manutenção do gestor da Saúde Bucal nesta equipe central, a política, com suas diretrizes, com certeza foi alterada (DM, 15/12/05).

Estes acontecimentos contribuíram para provocar rupturas no modo de agir e pensar a Saúde Bucal no SUS Campinas, contrapondo-se aos saberes e às práticas da clínica odontológica instituída, seja nestes serviços, seja em seus processos de formação profissional, pois cada um traz em suas experiências vividas marcas de uma história que o formou e o constitui como pessoa e como profissional, ou seja, suas implicações.

As experienciações da Alta Pactuada buscaram, portanto, fazer um contraponto à clínica odontológica existente nos serviços de saúde bucal do SUS Campinas, propondo outros arranjos no modo de operar nos micros processos da clínica em saúde bucal, envoltos, atravessados por múltiplas instituições, múltiplos territórios. Deste modo, configuraram-se movimentos instituintes, na medida em que mexeram com o instituído presente em cada um, como, também, em seus "espaçostempos", apresentando singularidades nos processos de subjetivação que emergiram a partir da produção de sentidos que a proposta da Alta Pactuada provocou. Cada um destes oito sujeitos - Flora, Sol, Leão, Marina, Azul, CD4, CD3, e CD6 - trouxe suas implicações na produção de sentidos a partir destas experienciações.

A técnica do Diário utilizada como ferramenta nesta pesquisa ação-intervenção possibilitou operar em diferentes dimensões: (1) nos Diários Institucionais, capturar a intenção dos sentidos advindos do momento em que cada um dos quatro diaristas se encontravam, bem como alguns elementos que marcaram suas implicações; (2) nos Diários de Momentos, em que duração e intensidade propiciaram que, em alguns encontros, tivéssemos debates intensos e acalorados com relação às experienciações da proposta da Alta Pactuada, potencializando análises das situações conflituosas e complexas que surgiram nas relações entre os saberes e práticas instituídas e instituintes, entre usuários, profissionais de saúde e gestão nos micros processos da clínica da saúde bucal; (3) no Diário de Pesquisa, como pesquisadora, mergulhar em minhas múltiplas implicações, tornando-se um grande desafio mantê-lo em todo o processo de pesquisar.

De maneira geral, contamos com uma escrita transversal, com diversos registros que permitiram explorar a complexidade do tema em questão, mesmo se tratando de uma escrita fragmentada, pois como afirmou HESS, (2006, p.92) "a redação do vivido é sempre limitada. Não é possível dar-se conta de forma exaustiva do cotidiano".

No meu entender, o que contribuiu para que cada um deste "coletivo" de sujeitos se implicassem mais ou menos com a proposta da Alta Pactuada em Saúde Bucal e com

o GAP-Saúde Bucal não está relacionado com o lugar/espaço/cargo/função que ocupa ou ocupava na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, mas, sim, com o desejo, a disposição interna de pensar sua prática, de refletir sobre o saber/fazer saúde bucal, de propor mudanças nos cotidianos, de acreditar no próprio potencial, enfim, de estar implicado com a clínica da saúde bucal no SUS. Será que a proposta da Alta Pactuada fez sentido para todos os integrantes do GAP-Saúde Bucal? Com certeza "tocou" diferentemente cada um, com uma intensidade, com uma potência própria.

As experienciações da Alta Pactuada realizadas pelos sujeitos participantes deste estudo permaneceram bastante demarcadas no campo da Saúde Bucal, fazendo poucas interlocuções com a Saúde Coletiva. Isto porque, o modo de produção de subjetivação do cirurgião-dentista ainda é fortemente direcionado para olhar a boca apenas como um conjunto de "dentes e gengivas". Daí a relevância desta ação-intervenção proposta nesta tese, no sentido de contribuir para desterritorializar este tipo de modelagem limitante, potencializando formas instituintes/inovadoras na produção do cuidado em Saúde Bucal.

Nesta desterritorialização proposta, na interação com o usuário, para construímos um pacto de confiança e responsabilidade no/do cuidado, não podemos ficar aprisionados aos protocolos de higiene dental padronizados, exigindo do usuário que consiga controlar a placa bacteriana com a escovação dental, ou ainda proibi-lo de comer alimentos que contenham açúcares, mas antes disso criar condições para que o sentido pactuado estabeleça-se no encontro, e juntos, "procurar um sentido e significado da própria presença de um diante de outro" (AYRES, 2004, p.20). Buscar saber o que falta para o outro, qual seu projeto de vida, o que ele tem além do que está impresso em sua boca, em sua condição de adoecimento, o que ele pode nos dizer dele, de sua saúde e de suas experiências bucais, é o que cabe ao profissional da Saúde Bucal.

Esta dificuldade em romper com os protocolos impressos em nossa formação não é atributo apenas da Saúde Bucal, mas da área da saúde. Resultado de uma sólida modelagem biotecnológica historicamente presente nestas instituições, tanto de serviços de saúde como de ensino.

Mesmo num momento de intensas transformações na rede municipal de Campinas, envolta por movimentos instituintes gerados pelo Paidéia Saúde da Família, a Saúde Bucal não conseguiu se inserir e ser inserida neste processo.

A integralidade da atenção e do cuidado continua sendo um desafio! Por conseqüência, a ampliação da clínica também.

Neste sentido, é preciso superar os saberes “odontologizantes” ainda muito presente no dia-a-dia dos que vivenciam a saúde bucal, seja como profissional dos serviços, gestor, pesquisador ou usuário, uma vez que, para sairmos deste aprisionamento “dento-gengival” em que se encontra a clínica odontológica desde sua institucionalização, será na interação entre diferentes campos do saber reconhecidos como não odontológicos ou menos odontológicos que encontraremos uma possível saída, sem negar o que é odontológico, mas evidenciando realmente “o valor útil e benéfico do que é odontológico”, conforme já apontado por SOUZA, (2006, p.26).

Acredito que se houvesse ainda possibilidade de continuidade do GAP-Saúde Bucal, uma ferramenta que, se experienciada, no meu entender, produziria sentidos que fariam emergir outros processos de subjetivação que contribuiriam para desterritorializar a boca, aumentando assim a potência da Clínica da Saúde Bucal, no sentido proposto por SOUZA (2003) de uma “Clínica do Desvio”, seria a “Bucalidade”, elaborada por BOTAZZO (2000). Conforme a autora, a Bucalidade é um conceito-ferramenta em potencial para ampliar a clínica.

Associar o conceito de Bucalidade aos projetos de intervenção da Alta Pactuada seria um modo de potencializar estes movimentos instituintes, porém exigiria uma disponibilidade dos integrantes do GAP-Saúde Bucal em compartilhar deste conceito. Se a proposta da Alta Pactuada propõe uma pactuação entre os sujeitos implicados nesta clínica em saúde bucal, ela não pode se focar na saúde bucal, buscando uma ampliação do acesso aos seus serviços, mas sim extrapolar seus limites, suas barreiras e aproximar o sujeito de suas “experiências bucais”, trazendo para este encontro os diferentes saberes e instituições que se interpenetram, fazendo emergir, no momento da “intervenção bucal”, o sujeito, sua saúde e sua doença.

Desta maneira, a bucalidade possibilitaria um atravessamento da racionalidade técnica da clínica odontológica em direção ao resgate da “potência desse território corporal, destacando-o como lugar de afirmação da vida” (SOUZA, 2003, p. 27). Nesta Clínica a relação hierarquizada estabelecida historicamente entre profissional e paciente seria desmanchada e re-significada, sendo ocupada por uma relação de alteridade e cooperação entre sujeitos, respeitando-se as desigualdades na produção de “saberes e intervenções possíveis sobre doenças e condições de adoecimento”

Como nos dizia BENJAMIN (1987), “O trabalho em uma boa prosa tem três graus: um musical, em que ela é composta, um arquitetônico, em que ela é construída, e, enfim, um têxtil, em que ela é tecida.”

Se tomarmos os dizeres de Benjamin, precisamos iniciar “uma boa prosa” compondo espaços de encontro, construindo diálogos e tecendo propostas instituintes, para mexer com o instituído presente na maioria dos serviços de saúde bucal, pois ainda é preciso superar a predominância da racionalidade instrumental do trabalho odontológico e incorporar paradigmas complexificantes e as prementes questões do cotidiano de todos os envolvidos na defesa de novas práticas de saúde mais humanizadas, públicas e coletivas.

Pois a superação se dará com propostas como a Alta Pactuada, a Clínica do Desvio e a Bucalidade, podendo estas ser associadas às dinâmicas instituintes como a pesquisa ação, a pesquisa intervenção ou a pesquisa ação-intervenção, e outras.

Fazer algumas rupturas com os paradigmas epistemológicos que se fazem presentes nesses processos representa um início de enfrentamento da visão histórica que a Saúde Bucal carrega.

Mas este é, também, um grande desafio!!!

REFERÊNCIAS

AGUIAR, K.F.; ROCHA, M.L. “Micropolítica e o exercício da Pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise”. **Psicologia: Ciência e Profissão.** Brasília, 2007. 27(4): 648-663.

AMORIM, E.M. “(Inter) relações entre Saúde da Família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas – SP”. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2008.

ARDOINO, J; LOURAU, R. **As Pedagogias Institucionais.** São Carlos: Rima, 2003.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

AYRES, J.R.C.M. “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”. **Saúde e Sociedade.** 2004. Set-Dez 13(3):16-29.

BALDANI, M.H. et al. “A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil’. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2005. Jul-Ago, 21(4):1026-1035.

BARROS DE BARROS, M.E. “Trabalhar: usar de si - sair de si”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 2007. Mai/Ago, 11(22):345-363.

BARROS. R.B. Institucionalismo e dispositivo grupal. In.: Rodrigues, H.B.C de ; Altoé, S. (Orgs.). **Saúde Loucura número 8.** Análise Institucional. São Paulo:HUCITEC. 2004. p. 65-78,

_____. **Grupo:** a afirmação de um simulacro. Porto Alegre/SuSol/Editora UFRGS, 2007.

_____. “Grupo: estratégia na formação”. In.: BRITO; ATHAYDE & BARROS- **Trabalhar na escola? Só inventando o prazer**. Rio de Janeiro, Cuca II PUB, 2001. p. 71-88.

BARBIER, R. “O conceito de implicação na pesquisa-ação em ciências humanas”. In: BARBIER, R. ***Pesquisa-ação na instituição educativa***. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p.105-128.

_____. **A Pesquisa-Ação.** Brasília:Plano Editora, 2002. 159p.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª ed. Belo Horizonte-MG: Instituto Felix Guattari, 2002.

BENJAMIN, W. **Magia e Técnica, Arte e Política**: Obras Escolhidas. 3ª Ed.; v.1. São Paulo: Brasiliense; 1987.

BODSTEIN, R. “Atenção básica na agenda da saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2002. 7(3):401-412.

BOTAZZO, C. “Saúde Bucal Coletiva: um conceito em permanente construção”. São Paulo, **mimeo**, JUL/1991.

_____. **Da Arte Dentária.** São Paulo:HUCITEC, FAPESP. 2000.

_____. “Saúde Bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática”. In.: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva:planejando ações e promovendo saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 17-27.

_____. “Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade”. In.: GARCIA, D. V. (org.) **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade.** Rio de Janeiro: s.n., 2005. p. 43-47.

_____. “Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate”. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2006. Jan/Mar, 11(1). p. 07-17; 39-43.

_____. “A cárie dentária como fetiche. Primeiras notas”. In.: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M.A. (Orgs.) **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008. p. 219-238.

BOTAZZO, C. et al. **Relatório final Oficina “Subjetividade e Prática Odontológica”**. 8º Congresso Brasileiro e Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006, Rio de Janeiro, 21 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/obs.htm. Acessado em 22 de novembro de 2006.

BOTAZZO, C.; et al. “Saúde Bucal Coletiva”. São Paulo, **mimeo**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.** José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático** : gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Proposta de Ficha D-Saúde Bucal para o SIAB. Documento para consulta pública. Brasília – DF, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde – SAS. Departamento De Atenção Básica – DAB. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília:Ministério da Saúde. Jan/2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social" - Relatório Final. Brasília, 2004c.

BRICENÕ-LEON, R.; "Sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária". **Caderno de Saúde Pública**, 1996. Março, 12(1). p.7-30.

CAMARGO, A.L., et al. "Construção da Odontologia Integral". In.: SILVEIRA FILHO, A. D., et al. **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudá**veis. Rio de Janeiro:CEBES, 2002. p.27-36.

CAMPINAS, Prefeitura Municipal de Campinas. **A Estrutura do SUS Campinas**. Disponível na Internet: URL: http:/ /www campinas.sp.gov.br. Campinas, 2001.

_____. **Programa Paidéia – As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde – Gestão 2001-2004.** Disponível na Internet: URL: http:/ /www campinas.sp.gov.br. Campinas, 2003.

CAMPOS, G.W.S. "Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas". **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2000. 5(2):219-230.

_____. **Saúde Paidéia.** São Paulo:HUCITEC, 185p, 2003.

_____. **Um método de análise e co-gestão de coletivos.** 2ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 2005. 236p.

CANESQUI, A.M. "As Ciências Sociais, a saúde e a Saúde Coletiva". In.: CANESQUI, A.M. (org.) **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1955. p. 19-35.

CECÍLIO, L. C.O. "As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção". In.: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (org.) **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro; UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

_____. “O ‘trabalhador moral’ na saúde: reflexões sobre um conceito”. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu-SP, 2007. Mai/Ago, 11(22):345-63.

CECÍLIO, L.C.O.; LIMA, M.H.J. “Necessidades de saúde das pessoas como eixo para a integração de equipes e a humanização do atendimento na rede básica”. In.: PIMENTA, A.L. (org.) **Saúde e Humanização:a experiência de Chapecó**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 159-182.

COHN, A. “Conhecimento e prática em Saúde Coletiva: o desafio permanente”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 1992. v.1(2):79-95.

CÓRDON, J. “A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva”. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de janeiro, 1997. Jul-Set, 13(3):557-563.

CUNHA, G.T. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Editora HUCITEC, 2005.

CURY J.A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri LN, *et al*. **Odontologia restauradora.** São Paulo: Ed. Santos, 2001. p.34-68.

DELEUZE, G. “Uma conversa, o que é, para que serve? Item I” In.: DELEUZE, G. & PARNET, C. Diálogos. São Paulo: Editora Escuta, 1998. p. 09-27.

DONNANGELO, M.C.F. “A Pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70”. **Abrasco: Ensino da Saúde Pública, Medicina preventiva e Social no Brasil,** Rio de Janeiro, Abril/1983. p.19-35.

EL ANDALOUSSI, K. **Pesquisas-Ações:** ciências, desenvolvimento, democracia. São Carlos:EdUFSCar, 2004.

ELLIOTT, J. “Recolocando a pesquisa-ação em seu lugar original e próprio”. In.: GERALDI, C.M.G.; FIORENTINI, D.; PEREIRA, E.M.A. (orgs.) **Cartografias do trabalho docente:professor(a)-pesquisador(a).** Campinas,SP: Mercado de Letras: Associação de Leitura do Brasil – ALB. 1998. p. 137-152.

ESTEBAN, M.T. “Sujeitos singulares e tramas complexas – desafios cotidianos ao estudo e à pesquisa”. In.: GARCIA, R.L. (Org.). **Método, métodos e contramétodo**. São Paulo, Editora Cortez, 2003. p.123-145.

FEUERWEKER. L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada éindiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, 2005. 9(18):489-506.

FIGUEIREDO, G.O.; SÁ BRITO, D.T.; BOTAZZO, C., “Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal”**. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003. 8(3):753-763.

FONSECA, T.M.G., et al. “Pesquisa e acontecimento: o toque no impensado”. **Psicologia em estudos.** Maringá-PR, 2006. Set/Dez, 11(03):655-660.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Produção Imaginária da Demanda in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) “**Construção Social da Demanda**”; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005. p. 181-193.

FRIAS, et al. “Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003”. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2007. Jun, 22(6):1237-1246.

FRAZÃO, P. "Sistemas de trabalho de alta cobertura na assistência odontológica na perspectiva do SUS"." **Cadernos de Saúde Bucal.** Secretaria de Estado da Saúde, Projeto Inovação no ensino básico - Componente Saúde. São Paulo:FUNDAP, 1997. 33p.

GALLO, S. “Eu, o outro e tantos outros: educação, alteridade e filosofia da diferença”. **Mimeo.** Palestra proferida no II Seminário Internacional – Cotidiano: diálogos sobre diálogos, Niterói, RJ. 2008.

GARCIA, R.L. " A difícil arte/ciência e pesquisar com o cotidiano". In.: GARCIA, R.L. (Org.). **Método, métodos e contramétodo**. São Paulo, Editora Cortez, 2003. p.193-208.

GERALDI, C.M.G. "A pesquisa-ação nas ciências sociais e nas pesquisas sobre/no ensino" **Revista de Educação AEC**. Formação de Profissionais da Educação. Brasília: AEC, 2000. Abr/Jun, 29(115):89-102.

GIL, C.R.R. "Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2005. Mar-Abr, 21(2):490-498.

GIUDICE, A.C.P. "Participação popular nos serviços de saúde: um caminho para ampliar o acesso e a adesão aos tratamentos". **Dissertação** (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba: SP, 2007.

HELLER, A. **O cotidiano e a história.** 2º Ed. São Paulo:Paz e Terra. 1985.

HESS, R. "Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional." In.: HESS, R.; SAVOYE, A. (coord.). **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle.** Paris, Méridiens Klincksieck, (Tradução: Ana Lúcia A. da Silva e Lucia C. Mourão. Revisão: Solange L'Abbate), 1998. p.119-138.

_____. "Momento do diário e diário dos momentos". In.: SOUZA, E.C.; ABRAHÃO, M.H.M.B.(Orgs.) **Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 89-103.

HESS, R.; SAVOYE, A. ***L'Analyse Institutionnelle***. PUF, 2ª ed. reformulada. (1ª ed. 1981). cap V (O conceito de instituição e a elaboração do paradigma da AI, p.53-61) e o cap IX (A intervenção socioanalítica, p. 97-111). (Tradução: Ana Lúcia A. da Silva e Lucia C. Mourão. Revisão: Solange L'Abbate.), 1993.

IYDA, M. “Saúde bucal: uma prática social”. In.: BOTAZZO C.; FREITAS, S. T. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas**. Bauru: EDUSC; São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998. p.127-139.

KOVALESKI, D.F.; FREITA, S.F.T.; BOTAZZO, C. “Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho”. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 11, no.1, p. 97-103, Jan/Mar 2006.

LARROSA, J. B. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**. ANPEd. n.19. Rio de Janeiro. ANPEd, Campinas/SP: Autores Associados, 2002. Jan./fev/mar/abr. p. 20-28.

LARROSA, J.; KOHAN, W. Apresentação da Coleção. In: RANCIÈRE, J. **O mestre ignorante**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

L’ABBATE, S. “O direito à saúde: da reinvidicação à realização**.** Projetos de política de saúde em Campinas. São Paulo”, **Tese** (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. São Paulo, 1990.

_____. "A análise institucional e a saúde coletiva". **Ciência &Saúde Coletiva.** 2003. 8(1):265-274.

_____. “O Analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital Universitário em Campinas, São Paulo:revelando e desvelando as contradições institucionais”. In.: RODRIGUES H.B.C. e ALTOÉ, S.(Orgs.) **Saúde Loucura número 8.** Análise Institucional. São Paulo:HUCITEC. 2004. p. 79-99.

_____. “Intervenção e Pesquisa Qualitativa em Análise Institucional”. In.: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). **Pesquisa Qualitativa em Saúde: múltiplos Olhares.** Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, Campinas-SP, 2005 a. p.235-246.

_____. “Aulas ministrada na disciplina: Análise Teórico-metodológica das Instituições de Saúde”. **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva- FCM/UNICAMP**. Campinas, 2005b.

_____. “Conceito de Analisador”. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP. **Texto** utilizado em Aula de pós-graduação em 19-05-2006.

_____. “A relevância da implicação na análise institucional e na socioanálise : implicação e sobreimplicação”. **Palestra** ministrada, Salvador-BA, 2007.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 1ª ed, Petrópolis, Vozes, 1975.

_____. **Sociólogo em tempo inteiro: análise institucional e pedagogia.** Editorial Estampa, Ltda., Lisboa, 1979.

_____. **René Lourau na UERJ- 1993**. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro, Editora da UERJ, 1993.

_____. “O instituinte contra o instituído”. In.: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau. Analista Institucional em tempo integral.** São Paulo:HUCITEC, 2004. p. 47-65.

_____. “Objeto e Método da Análise Institucional”. In.: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau. Analista Institucional em tempo integral.** São Paulo:HUCITEC, 2004a. p. 66-86.

_____. “Grupos e Instituição” In.: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau. Analista Institucional em tempo integral.** São Paulo:HUCITEC, 2004b. p. 176-185.

_____. “Implicação e Sobreimplicação”. In.: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau. Analista Institucional em tempo integral.** São Paulo:HUCITEC, 2004c. p. 186-198.

_____. “Implicação: um novo paradigma”. In.: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau. Analista Institucional em tempo integral.** São Paulo:HUCITEC, 2004d. p. 246-258.

_____. “Uma técnica de análise de implicação: B. Malinowski, Diário de etnólogo”. In.: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau. Analista Institucional em tempo integral.** São Paulo:HUCITEC, 2004e. p. 259-283.

MALINOWSKI, B. **Um diário no sentido estrito do termo.** Tradução de Celina Falck. Rio de Janeiro: Record, 1997. 336p.

MANFREDINI, M.A. **“**Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Campinas, SP”. In.: MOYSÉS, S.T.; KRIEGER, L; MOYSÉS, S.J. (Coordenadores). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências.** São Paulo:Artes Médica, 2008. p. 113-124.

_____. “Saúde bucal no Programa Saúde da Família”. In.:ANGELIN, D.A. (Org.) **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalhos e Práticas**. São Paulo: Ed Santos, 2006. p.43-73.

MANFREDINI, M.A.; BOTAZZO, C. “Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006. v.11(1):169-177.

MARTINS E.M. “Construindo o valor saúde bucal”. **Revista Ação Coletiva,** 2(2):5-9, 1999.

MERHY, E. **A Saúde Pública como Política.** São Paulo:HUCITEC, 1992.

_____. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. “A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas”. In.: MERHY, E.E.; ONOKO, R. (orgs). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. 2ª. Edição. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 197-228.

_____. “Em busca do tempo perdido; a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. In.; MERHY, E.E.; ONOKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**; um desafio para o público. 2ª. Edição. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71-112.

MERHY, E.E. ; FRANCO, T.B. "Programa Saúde da Família: Somos contra ou a favor?". **Saúde em Debate**, Londrina, PR, BRASIL, 2002. 26(60):118-122.

MIRANDA, M.G.; RESENDE, A.C.A. "Sobre a pesquisa-ação na educação e as armadilhas do praticismo". **Revista Brasileira de Educação.** Rio de Janeiro, 2006. Set./Dez., 11(33):511-518.

MONCEAU, G. "Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, 2005. Set./Dez, 31(3): 467-482.

_____. "Implicação, sobreimplicação e implicação profissional". **Fractal Revista de Psicologia**, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008. Jan./Jun, 20(1):19-26.

MOREIRA, T.P.; NATIONS, M.K.; ALVES, M.S.C.F. "Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007. Jun, 23(6):1383-1392.

MOURA, A.H. et al. "Análise do trabalho institucional nas equipes dos distritos sanitários e no Hospital Municipal Mario Gatti de Campinas". In.: CAMPOS, G.W.S. (org.) **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p.167-185.

MOYSÉS, S.J.; GEVAERD, S. "A superação do Sistema Incremental de atenção a Escolares em Curitiba". In.: SILVEIRA FILHO, A. D., et al. **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis.** Rio de Janeiro:CEBES, 2002. p.17-26.

MOYSÉS, S.T. et al. "A formação e desenvolvimento da Equipe de Saúde Bucal". In.: **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis.** Rio de Janeiro:CEBES, 2002. p.45-56.

MOYSÉS, S.J. "Assim é se lhe parece!" **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2006. Jan/Mar, 11(1):p. 22-24.

NAKACHIMA, A. et al. **A co-participação do usuário do SUS no seu cuidado em saúde bucal:** o conceito da ***Alta Pactuada***. Monografia (*Lato-Sensu*). Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas-SP, 2004.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R.A. Declínio na Experiência de Cárie em Dentes Permanentes de Escolares Brasileiros no Final do Século XX. **Revista Odontologia e Sociedade.** São Paulo, 1999. 1(1/2):25-29.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

_____. "Recursos Humanos para a promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI". In.: KRIEGER, L. (org.) **Promoção de Saúde Bucal**. 3ª. edição. São Paulo:Artes Médicas/ABOPREV, 2003.

_____. "Saúde Bucal Coletiva, bucalidade e antropofagia". **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2006. Jan/Mar, 11(1):18-21.

_____. "Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade". **Rev. Saúde Pública:** São Paulo, 2006a. 40 (nº especial):141-147.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. "Política de saúde bucal no Brasil". In.: MOYSÉS, S.T.; KRIEGER, L; MOYSÉS, S.J. (Coordenadores). **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo:Artes Médica, 2008. p. 01-20.

NASCIMENTO, E.P.L.; CORREA, C.R.S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2008. Jun, 24(6):1304-1313.

NASCIMENTO, A.C. "Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico?" **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva), Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba-PR, 2007.

NUNES, E. D. "Saúde Coletiva:história de uma idéia e de um conceito". **Saúde e Sociedade.** São Paulo, 1994. 3(2):5-21.

_____. “Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas”. **Physis. Rev.de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005. 15(1):13-38.

_____. “Interdisciplinaridade:conjugar saberes”. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2002. Set/Dez 26(62):249-258.

OLIVEIRA, G.N. “O Projeto Terapêutico Singular”. In.: CAMPOS, G.W.S.; GERRERO, A.V.P. (ORGS). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p.283-297.

ONOKO CAMPOS, R. “O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva”. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 2005. 10(3):573-583.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **“**Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas”. **Rev.Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 1998. 32(4):299-316.

PARADELLA, T. C.; LIPORONI, P. “Selamento de fóssulas e fissuras X Restaurações ultraconservadores: Considerações clínicas”. **Revista Online – APCD SJCampos**. Acessado em 31/03/08 (http://www.apcd.com.br/rev_art.asp?path=REVISTA&artigo=61).

PASSOS, E.; BARROS, R.B. "A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade". **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** Brasília, 2000. 16(1):71-79.

PAULON, S.M. “A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção”. **Psicologia & Sociedade.** Porto Alegre, 2005. Set./Dez, 17(3):18-25.

PEREIRA, E.M.A. “Professor como pesquisador: o enfoque da pesquisa-ação na prática docente”. In: GERALDI, C.M.G.; FIORENTINI, D.; PEREIRA, E.M.A. (orgs.) **Cartografias do trabalho docente:professor(a)-pesquisador(a).** Campinas,SP: Mercado de Letras: Associação de Leitura do Brasil – ALB. 1998. p. 153-181.

PÉREZ, C.L.V.; AZEVEDO, J.G. “Apontamentos de aula:questões teórico-metodológicas a respeito dos estudos com o cotidiano.” In.: FERRAÇO, C.E.; PÉREZ, C.L.V.; OLIVEIRA, I.B. (orgs.) **Aprendizagens cotidianas com a pesquisa:novas reflexões em pesquisa nos/dos/com os cotidianos das escolas.** Petrópolis:DP *et Alii*, 2008. p. 35-64.

PEZZATO, L.M.; MONTEIRO, M.I.; BAGNATO, M.H.S. “O Processo de Formação do Técnico em Higiene Dental e do Atendente de Consultório Dentário, no Brasil: uma História silenciada”. **Odontologia e Sociedade**. São Paulo, 2007. 9(1):39-49.

PEZZATO, L.M. “O Processo de Formação do Técnico em Higiene Dental e do Atendente de Consultório Dentário, no Brasil: uma História silenciada”. **Dissertação** (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2001.

PRADO, G.V.T.; CUNHA, R.C.B. “O diálogo da experiência com a teoria no cotidiano da escola”. In.: FERRAÇO, C.E.; PÉREZ, C.L.V.; OLIVEIRA, I.B. (orgs.) **Aprendizagens cotidianas com a pesquisa:novas reflexões em pesquisa nos/dos/com os cotidianos das escolas.** Petrópolis:DP *et Alii*, 2008. p. 95-104.

RAMIRES, I.; BUZALAF, M.A.R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinqüenta anos no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. 12(4):1057-1065,

ROCHA, M.L. ; AGUIAR, K.F. “Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises”. **Psicologia: ciência e profissão.** (Versão eletrônica). Brasília, 2003. Dez., 23(4):64-73.

RODRIGUES, B.H.C.; LEITÃO, M.B.S.; BARROS, R.D.B. “Notas para um pensamento institucionalista”. In.: RODRIGUES, B.H.C.; LEITÃO, M.B.S.; BARROS, R.D.B. (Orgs.) **Grupos e Instituições em Análise**. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: Record: Rosas dos Tempos, 2002. p.11-15.

RODRIGUES, A.A.A.O.; ASSIS, M.M.A. “Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no programa saúde da família em Alagoinhas-Bahia”. **Revista Baiana de Saúde Pública.** Salvador-Bahia, 2005. Jul/Dez, 29(2):273-285.

RONCALLI, A.G. “Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado”. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2006. Jan/Mar, 11(1):105-114.

_____. “A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: uma contribuição ao estudo da universalidade, da equidade e da integralidade em saúde bucal coletiva”. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual Paulista, Araçatuba-SP. 2000.

SAMPAIO, C.S. **Alfabetização e formação de professores:** aprendi a ler (...) quando eu misturei todas aquelas letras ali (...). Rio de Janeiro: Wak Ed., 2008.

SANTOS, I., SOUZA, A. “Formação de Pessoal de Nível Médio pelas Instituições de Saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção”. **Saúde em Debate**, Londrina, 1989. Março, no. 20. p.61-64.

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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006. 11(1): 53-61.

SANTOS, A.M. et al., “Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família”. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 2008. 42(3): 464-470.

SERRA, C.G. “A Saúde Bucal como política de saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. **Dissertação** (Mestrado em Medicina Social). Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1998.

SILVEIRA FILHO, A.D. “A saúde bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)”. In.: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M.A. (Orgs.) **Atenção básica no Sistema**

Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008. p 31-49.

SMEKE, E.L.M. "Saúde e democracia, experiência de gestão popular: um estudo de caso". **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas, 3 vol. Campinas, São Paulo, 1989.

SOUZA, E.C.F. de. "Bocas, câncer e subjetividades". **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2003.

_____. "Formação e trabalho em Odontologia: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em Saúde Bucal". (**mimeo)** III Conf. Est. de Saúde do RN, painel temático: Formação e Trabalho em Saúde Bucal. Natal-RN, 28/05/2004.

_____. "Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e Saúde Bucal Coletiva". **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2006. Jan/Mar, 11(1): 24-28.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. "Saúde Bucal no Programa Saúde da Família". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007. Nov, 23(11):2727-2739.

SPAGNOL, C. "A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar: como explicitar seus nos?". **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. Campinas-SP. 2006.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 1ª. ed. aum. São Paulo:Cortez, 1985.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 14ª. ed. aum. São Paulo:Cortez, 2005.

TRIPP, D. " Pesquisa-ação: uma introdução metodológica". **Educação e Pesquisa,** São Paulo, 2005. Set./Dez., 31(3): 443-466.

VARGAS, A. M. D. ; PAIXÃO, H. H. "Perda Dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte". **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005. 10(4):1015-1024.

VASCONCELOS, E.M. “Educação popular e a atenção à saúde da família”. 3ª. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

VIANA, A.L.D. et al. “Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade”. **Ciênc. saúde coletiva.** 2006. 11(3): 577-606.

WERNECK, M.A.F.; FERREIRA, R.C. “Tecnologia em Saúde Bucal”. In.: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª. Edição. São Paulo: Santos Editora, 2000. p.277-291.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS:** uma perspectiva de mudança. Niterói. 1994. 186p. **Tese** (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, 1994.

_____. “Organização do trabalho em saúde bucal na média e alta complexidade: a experiência dos CEO.” **17ª Sessão do Seminário de pesquisa em Saúde Bucal Coletiva**. Instituto de Saúde, São Paulo, 27-29/02/2008.

ANEXOS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP.
(0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-7187
www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
cep@fcm.unicamp.br

CEP, 20/12/05.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 736/2005
CAAE: 1675.0.146.776-05

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"A CLÍNICA ODONTOLÓGICA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA POSSIBILIDADE DE (DES)CONSTRUÇÃO"**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Luciane Maria Pezzato
INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Campinas
APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/11/2005
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 20/12/06

II - OBJETIVOS

Analisar e discutir a clínica odontológica nos serviços públicos de saúde a fim de contribuir com a formulação e aprofundamento conceitual da clínica da saúde bucal, buscando compreender as racionalidades construídas, na perspectiva da saúde bucal coletiva.

III - SUMÁRIO

Será um estudo de Análise Institucional Socioanalítica. Serão selecionados para participar deste estudo os integrantes do Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal - GAP saúde bucal, e o grupo de sujeitos (profissionais envolvidos na organização do processo de trabalho da saúde bucal bem como, os usuários em questão) das 4 Unidades de Saúde selecionadas para implementar o projeto de intervenção proposto pelo GAP saúde bucal. Além disso, serão incluídos 5 sujeitos por Unidade de Saúde. Nesses grupos serão representados em diferentes instâncias: gestão, área meio, área fim, universidade e usuários dos serviços de saúde. Cada integrante do GAP saúde bucal fará o registro do que for acontecendo ao longo do período em que estiver envolvido com a pesquisa que implicará também com sua relação teoria/prática, reflexão/intervenção na pesquisa. Serão gravados os encontros mensais (duração de 30 minutos a 3 horas).

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto adequado com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido completo e bastante claro.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 20 de dezembro de 2005.

Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO NA QUAL SERÁ REALIZADA ESTA PESQUISA

Campinas, 11/10/2005

Ilmo Sr. Pedro Humberto Scavariello
Diretor de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Vimos através deste solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa com o título: ***A clínica odontológica nos serviços públicos de saúde: uma possibilidade de (des)construção***, desenvolvida pela doutoranda Luciane Maria Pezzato, da FCM/UNICAMP-SP. Esta pesquisa tem como objetivo analisar e discutir a clínica odontológica nos serviços públicos de saúde a fim de contribuir com a formulação e aprofundamento conceitual da clínica da saúde bucal coletiva.

Para tanto, iremos acompanhar os encontros do grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal - GAP saúde bucal bem como, o processo de implementação do projeto *Alta Pactuada em Saúde Bucal* que vem sendo construindo pelos integrantes deste referido grupo. Para isso, trabalharemos com os relatos dos encontros mensais do GAP saúde bucal e, após serem determinadas as Unidades de Saúde que irão implementar o projeto de intervenção a pesquisadora irá acompanhar esse processo em cada unidade, pactuando com a equipe de saúde local e os usuários envolvidos.

Sou docente na Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, na qual ministro aulas nas disciplinas da área social. A orientadora desta pesquisa é a Profa. Dra. Solange L'Abbate, docente no Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP-SP. Esta pesquisa seguirá todas as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo encaminhado para aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Para isso, pedimos autorização da V.S. para desenvolver nossa pesquisa junto à esta Instituição.

Dr. Gilberto L. M. Selber
Secretário Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Desde já, agradecemos sua atenção,

Profa. Luciane Maria Pezzato

Profa. Dra. Solange L'Abbate

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com a pesquisadora:
Luciane Maria Pezzato – Tel: (0XX19) 3243-8254 ou 96146939
e-mail: lpezzato@fcm.unicamp.br ou lupezzato@yahoo.com.br

Anexo 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa com o título provisório ***A clínica odontológica nos serviços públicos de saúde: uma possibilidade de (des)construção***, desenvolvida pela doutoranda Luciane Maria Pezzato, da FCM/UNICAMP-SP tem como objetivo analisar e discutir a clínica odontológica nos serviços públicos de saúde a fim de contribuir com a formulação e aprofundamento conceitual da clínica da saúde bucal coletiva.

Para tanto, iremos acompanhar os encontros do grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal - GAP saúde bucal bem como, o processo de implementação do projeto *Alta Pactuada em Saúde Bucal* que vem sendo construindo pelos integrantes deste referido grupo. Para isso, trabalharemos com os relatos dos encontros mensais do GAP saúde bucal e, após serem determinadas as Unidades de Saúde que irão implementar o projeto de intervenção a pesquisadora irá acompanhar esse processo em cada unidade, pactuando com a equipe de saúde local e os usuários envolvidos.

Para a finalidade desta pesquisa os encontros em ambos os grupos serão gravados em fitas magnéticas e transcritos. Será garantido o anonimato de todas as pessoas que participarão dos encontros, não sendo revelado o seu nome nos resultados da pesquisa, a menos que autorizem. Em qualquer momento dos encontros será permitida a sua interrupção, caso algum integrante não deseje que sua fala seja gravada.

Durante a realização dos encontros, os integrantes dos grupos não serão obrigados(as) a falar daquilo que ele/ela não desejar falar. O tempo dos encontros será de acordo com o andamento dos grupos. Estima-se que seja no mínimo 30 minutos e no máximo 3 horas.

A participação nas discussões dos grupos é de livre e espontânea vontade dos participantes. O fato de participar dos grupos não o obriga a participar da pesquisa.

Declaro que após ter sido informado(a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa com o título provisório ***A clínica odontológica nos serviços públicos de saúde: uma possibilidade de (des)construção*** desenvolvida sob responsabilidade da doutoranda Luciane Maria Pezzato, da UNICAMP/SP e sob orientação da Professora Doutora Solange L'Abbate, e tendo sido garantido o anonimato das minhas declarações, bem como o direito de eu não participar ou de me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isto traga algum prejuízo para mim, que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos em qualquer tempo na realização da pesquisa, concordei, espontaneamente, em participar desta pesquisa.

Campinas, ____/____/_____.

Nome do Integrante do Grupo: _____

Assinatura do Integrante do Grupo: _____

Autorizo que utilize meu nome na pesquisa: _____

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com os pesquisadores:
Luciane Maria Pezzato ou Solange L'Abbate
Departamento de Medicina Social e Preventiva – FCM/UNICAMP-SP
Fone: 0XX (19) 37888036
e-mail: lpezzato@fcm.unicamp.br ou slabbate@fcm.unicamp.br
Comitê de Ética FCM/Unicamp Telefone: 0XX (19) 3788-8936

Anexo 4 - LISTA DE PSEUDÔNIMOS DOS SUJEITOS INTEGRANTES DO GAP-SAÚDE BUCAL COM SUAS RESPECTIVAS TITULAÇÕES E INSERÇÃO INSTITUCIONAL DURANTE O PERÍODO DE DURAÇÃO DESTA INVESTIGAÇÃO.

Pseudônimo	Titulações e Inserção institucional
Azul	Cirurgiã Dentista formada pela F.O./Unb e PUC-Campinas Sanitarista – FCM/Unicamp Mestrado profissional em Saúde Coletiva – FOP/Unicamp Apoiadora do CETS – 2005-2006 Atua na assistência no serviço de referência de Prótese dentária no Distrito de saúde Fogo
Flora	Cirurgiã Dentista formada pela F.O. de Ribeirão Preto - USP Especialista em Dentística Restauradora - FORP-USP, Atua na assistência em uma Unidade do Distrito Metal Inserção institucional na SMS desde 1998
Leão	Cirurgião Dentista formado pela FOP/Unicamp Especialista em Saúde Coletiva – PUC-Campinas Apoiador do Distrito Madeira na gestão municipal 2001-2004 Atua na assistência em uma Unidade de Saúde do Distrito Água Está há mais de 20 anos na SMS de Campinas
Marina	Cirurgiã Dentista formada pela PUC-Campinas Especialista em Saúde da Família – FCM/Unicamp Atuou na assistência em um Módulo do PSF do Distrito Fogo Em 2007 passou a Coordenar uma Unidade do Distrito Fogo Inserção institucional na SMS desde 1986
Sol	Cirurgiã Dentista formada pela PUC-Campinas Especialista em Saúde Coletiva – PUC-Campinas Apoiadora do Distrito de Saúde Fogo desde agosto de 2002 Inserção institucional na SMS desde 1987
CD1	Cirurgiã Dentista formada pela PUC-Campinas Especialista em Saúde Coletiva – PUC-Campinas Apoiadora do Distrito de Saúde Terra antes da gestão municipal 2001-2004 e continuou depois desta gestão.
CD2	Cirurgiã Dentista formada pela FO/USP – São Paulo Cientista Social IFCH/Unicamp Sanitarista FCM/Unicamp Apoiadora do CETS – aposentou-se em 2007
CD3	Cirurgiã Dentista formada pela USF – Bragança Especialista em Saúde Coletiva FOP/Unicamp Apoiadora do Distrito de Saúde Metal durante a gestão municipal de 2001-2004 e continuou depois desta gestão.
CD4	Cirurgião Dentista formado pela PUC-Campinas Especialista em Saúde Coletiva FOP/Unicamp Atua na assistência em uma Unidade do Distrito Madeira Inserção institucional na SMS desde 07/02/1990
CD5	Cirurgião Dentista formado Apoiador do Distrito de Saúde Água a partir de 2005
CD6	Cirurgião Dentista formado pela PUC-Campinas Especialista em Saúde Coletiva – PUC-Campinas Apoiador do Distrito Madeira a partir de 2005

Anexo 5 - TABELA COM DATAS, TEMAS GERADORES DE ANÁLISE E RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES EM CADA ENCONTRO DOS DIÁRIOS DE MOMENTOS-DM DO GAP-SAÚDE BUCAL

Ano	Data	No.	Temas geradores de análise	Relação dos Participantes	Total
2004	22/11/04	1º	- Estratégias de organização do grupo; - Composição inicial do grupo: cada apoiador deveria indicar um CD da assistência;	Pesquisadora 04 apoiadores 01 CETS	06
	13/12/04	2º	- Relato da experiência da Azul e do CD4; - Diagnóstico da SB da rede;	Pesquisadora 03 apoiadores 02 CD	06
2005	15/01/05	3º	- nova gestão municipal - proposta da nova gestão: construir uma política de SB através da realização de oficinas distritais; - Discussão da proposta da AP da monografia;	Pesquisadora 02 apoiadores 01 CETS 02 CD	06
	17/03/05	4º	- Relato da polêmica da proposta da AP na oficina do distrito Madeira; - Sobre a proposta da AP do grupo;	Pesquisadora 03 apoiadores 01 CETS	05
	05/05/05	5º	- dificuldades nos micro-espaços dos serviços de SB: operacionalizar a Ed. em Saúde, a integralidade, a visita domiciliar, trabalho em equipe; - necessidade do usuário/demanda X oferta dos serviços de SB; - necessidade de deixar mais claro a proposta da AP	Pesquisadora 03 apoiadores 03 CD	07
	09/06/05	6º	- Relato feito por Sol; - modificar um serviço X criar um novo; - proposta para todos do grupo fazerem DI	03 apoiadores 01 CETS 03 CD	07
	11/07/05	7º	- resistência à mudanças; - dificuldades em levar a proposta da AP nas Unidades; - importância de participar dos Cons. local	Pesquisadora 03 apoiadores 03 CD	07
	20/10/05	8º	- relato do curso sobre diagnóstico e terapêutica da lesão de cárie; - resistência de alguns CD aos novos conceitos; - formação do CD	Pesquisadora 01 apoiadores 01 CETS 04 CD	07
	16/12/05	9º	- Aprovação do meu projeto pelo CEP; - gestão atual X Paidéia; - regulamentação do THD e do ACD	Pesquisadora 01 CETS 02 CD	04
2006	09/02/06	10º	- 1º encontro gravado; - Preocupação com a cobertura da atenção em SB; - Proposta de cada um dos 04 CDs da assistência trazer para o grupo como esta organizando seu processo de trabalho e como vem introduzindo a proposta da AP em sua Unidade; - Limites do papel de apoio; - Calculo do acesso como dispositivo para	Pesquisadora 02 apoiadores 01 CD	04

			mudança; - Relato de Flora da situação atual de implantação da AP em sua Unidade.		
	16/03/06	11º	- encontro gravado; -Portaria 95/06: introduzir os Procedimentos Coletivos no SIGAB; - Relato dos 04 CDs sobre seu modo de fazer AP em sua Unidade; - Re-elaboração do "conceito" de AP;	Pesquisadora 04 apoiadores 04 CD 01 CETS	10
	25/05/06	12º	- encontro gravado; - esclarecimentos sobre a minha pesquisa; - necessidade do TC x necessidade sentida pelo usuário x tratamento proposto pelo CD; - Fazer o Diário Institucional; - Sobre filas e agendamento de consulta;	Pesquisadora 01 apoiadores 02 CD	04
	29/06/06	13º	Discussão das idéias gerais de um texto baseado nos DI que estavam sendo produzidos	Pesquisadora 01 apoiadores 02 CD	04
	15/08/06	14º	- encontro gravado; - Sobre como calcular o acesso aos serviços de SB ; - Sobre filas e agendamento de consulta; - Leitura e discussão do texto sobre os DI que estava em construção; - Sobre a proposta da AP; - modos de inserir o CD na equipe e socializar os saberes da SB/gestão e com outras áreas.	Pesquisadora 03 apoiadores 04 CD 02 CETS	10
	19/09/06	15º	- Sol e Flora fizeram o relato -inserção da bucal nas reuniões de equipe da Unidade/gestão; -sobre os Conselhos locais da Unidade do Leão	01 apoiadores 03 CD	04
	17/10/06	16º	- Sol foi relatora - necessidade do TC x necessidade sentida pelo usuário x tratamento proposto pelo CD; Trabalho em ESB - PAO - debate sobre o texto: "Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de SB ...	01 apoiadores 03 CD	04
2007	31/05/07	17º	- encontro gravado; - Construção de um projeto de intervenção do GAP; - demanda /necessidade sentida pelo usuário x oferta dos serviços da SB - acesso aos serviços - reflexões da Marina e do Leão com relação aos seus processos de trabalho; - monografia da Marina; - ausência de trabalho em ESB – falta de profissional auxiliar ; - definição de AP X educação em saúde	Pesquisadora 01 apoiadores 02 CD	04
	26/06/07	18º	- encontro gravado; - Convite da Sol para participação do GAP	Pesquisadora 01 apoiadores	06

			na reunião do conselho distrital – Pauta principal: SB ; - a qualidade do trabalho as SB no SUS X tempo despedido para realizá-lo; - trabalho em SB no SUS X trabalho odontológico; -papel da gestão com a SB; - falta de profissional auxiliar	04 CD	
	28/08/07	19º	- encontro gravado; - discussão do texto publicado por um dos Assessores da SB, analisando a implantação do Paidéia na SB– 2001-2004. - implantação do Paidéia; - orientações da assessoria da bucal no Paidéia; - Construção do projeto AP e pactuação com a gestão; - Auto-análise do processo de trabalho da Sol; - sua implicação; - Papel da gestão local na organização do trabalho da SB; - Estratégias para fortalecer o GAP após a retirada da minha pesquisa do grupo; - a influencia da cultura institucional	Pesquisadora 01 apoiadores 03 CD	05
	18/09/07	20º	- apresentação das experiências do Leão e da Marina; - algumas conclusões sobre a AP	Pesquisadora 01 apoiadores 03 CD	05
2008	2309/08	21º	Restituição	Pesquisadora Orientadora 02 apoiadores 05 CD 01 visitante	10

Tabela com datas, temas geradores de análise e relação dos participantes nos dois encontros que compõe o Diário de Momentos Singulares-DMS do GAP-Saúde Bucal

Data	Temas geradores de análise	Relação dos Participantes	Total
11/12/05	Apresentação do projeto de doutorado desta pesquisa na disciplina de pós-graduação da Profa. Solange L'Abbate	Pesquisadora Orientadora 01 apoiadores 03 CETS 03 CD 05 alunas/os da pós	14
10/07/07	Reunião do Conselho Distrital do Distrito de Saúde Fogo – Temática da Saúde Bucal	Pesquisadora 01 apoiadora 02 CD Profissionais, coordenadores e conselheiros de saúde	30

Anexo 6 - CARTA AO GAP-SAÚDE BUCAL

Campinas, 01 setembro de 2008

Queridos/as amigos/as do GAP-Saúde Bucal,

Como todos já sabem, qualifiquei minha pesquisa de doutorado em Saúde Coletiva (título ainda provisório: Por uma clínica da saúde bucal: as instituições e seus sujeitos), orientada pela Profa. Dra. Solange L'Abbate em 06/06/08. Alguns de vocês puderam assisitir, o que me deixou muito feliz!

A banca de qualificação foi composta pelos professores: Solange L'Abbate, Carlos Botazzo e Rosana Onoko Campos. Durante as discussões e propostas para finalização do texto, chegamos a conclusão que seria necessário a realização de mais um encontro com as pessoas que foram integrantes do GAP-Saúde Bucal no período de nov/2004 até set/2007 (mesmo aqueles que não participaram dos últimos encontros) para que eu pudesse dar esta devolutiva para vocês sobre o material que produzimos durantes os encontros, as visitas às Unidades, os Diários Institucionais, enfim a leitura que estou fazendo desses registros. Na Análise Institucional este processo é denominado **restituição**, ou seja, "consiste em se centrar numa tarefa – a análise coletiva da situação presente, no presente – em função das diversas implicações de cada um com e na situação" (Lourau, 1993).

Para isso e por isso, proponho agendarmos um encontro do GAP-Saúde Bucal para que eu faça a restituição "pessoal, implicada e posta" das análises produzidas até este momento, antes de terminar a pesquisa, "como um procedimento real e necessário do ato de pesquisar (intervir)" (Lourau, 1993).

Para este encontro estou preparando um texto que na verdade é um recorte do texto da minha qualificação, pois estou selecionando algumas partes para não ficar extenso e nem cansativo e possibilitar que todos leiam. Apresentarei principalmente os registros dos encontros, pois gostaria muito que lessem. Sei que alguns de vocês já leram alguns registros, mas é fundamental socializar todos os registros com vocês.

A Profa. Solange se propôs a participar deste encontro a fim de conhecer todo o grupo, pois como leu todos os registros e vem orientando a análise deste material, ela gostaria muito de vivenciar um encontro com todos vocês. Vocês concordam com a participação dela? Caso alguém se oponha, fique a vontade para se manifestar.

Assim que fechar este texto enviarei à tod@s por e-mail uma semana antes da data agendada para nosso encontro. Desde já agradeço a participação de tod@s.

Abraços, Luciane.