



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Pezzato, Luciane Maria; L'Abbate, Solange; Botazzo, Carlos
Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 7, julio, 2013, pp. 2095-2104
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027990025>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica

The production of micro-policies in the work process in oral health: a socio-analytical approach

Luciane Maria Pezzato ¹

Solange L'Abbate ²

Carlos Botazzo ³

Abstract *Oral health care has been gradually consolidated into the Brazilian public health system, though different know-how and practices in the oral health area continue to coexist in the institutions involved, creating an environment of constant dispute. The scope of this paper is to discuss the meanings and effects brought about by an institutional proposal evaluated by a group of professionals in the city of Campinas, State of São Paulo, Brazil, involved in primary oral health care. Based on their everyday work, these professionals evaluated the care they provide and sought to adapt it better to the real needs of the service users and to make it more accessible. The socio-analytical institutional analysis method was used and the results indicated that micro-policies arise from the balance of forces that are established and from the subjectivities that are generated. The most serious challenge for the projects of intervention analyzed by the group was how to overcome “dentalizing” approaches that are highly prevalent in the day-to-day activities of oral health care in the Brazilian Unified Health System, not only among its professionals and managers, but also its users as well.*

Key words *Oral health, Primary health care, Institutional analysis, Public health*

Resumo *As ações de saúde bucal, desde sua inserção até os dias atuais, vêm se consolidando nos serviços públicos de saúde. Os encontros de saberes e fazeres da produção do cuidado em saúde bucal acontecem num espaço de disputa dos distintos projetos que operam no interior das instituições. Este artigo se propõe a refletir sobre os efeitos e os sentidos provocados por uma proposta instituinte colocada em análise por um grupo de profissionais da saúde bucal que atuam na atenção primária em saúde no município de Campinas (SP). A partir das suas práticas cotidianas, estes sujeitos procuraram repensar seus modos de produzir o cuidado, direcionando-o às reais necessidades dos sujeitos que utilizavam esses serviços e, consequentemente, ampliar o acesso. Para tanto, usaram a abordagem da Análise Institucional socioanalítica que permitiu revelar a produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal, a partir do campo de relação de forças que se estabelecem e produzem subjetividades. O maior desafio dos projetos de intervenção analisados pelos integrantes do referido grupo, foi a superação dos saberes “odontologizantes”, ainda presentes e fortemente instituídos no dia-a-dia dos que vivenciam o cotidiano da produção do cuidado em saúde bucal no SUS, seja como profissional, gestor ou usuário.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Atenção primária, Análise institucional, Saúde coletiva*

¹ Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av. Jonh Boyd Dunlop s/n, Jd. Ipausurama. 13059-740 Campinas SP.

lucianepezzato@puc-campinas.edu.br

² Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

³ Faculdade de Saúde Pública, USP.

Introdução

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 instituintes¹.

O campo de saberes e práticas da saúde bucal coletiva encontra-se envolto em muitas lutas e espaços ainda a serem conquistados no conjunto das práticas sanitárias. Historicamente, esteve “paralelo e afastado do processo de organização dos demais serviços de saúde”².

Genericamente, os encontros de saberes e fazeres na produção do cuidado em saúde acontecem num espaço de disputa dos distintos projetos, que operam no interior das instituições. O mesmo tem ocorrido com a saúde bucal que, desde sua inserção, até os dias atuais, vem lutando para se consolidar no âmbito do SUS.

A Odontologia – instituição histórica e hegemônica consolidada, 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 estados que se mantêm em um processo natural de continuidade”³.

Centrada em procedimentos e não na produção de saúde, a Odontologia toma a boca como órgão fragmentado e destituído de corpo^{4,5}. Esta visão é favorecida e reforçada tanto pelas suas características de prática privada e mercantilista, como também pelos processos de formação da maioria dos cursos de graduação e pós-graduação.

De acordo com Iyda⁶:

“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”.

O município de Campinas (SP), cenário desta investigação, apresentava em 2003 uma cobertura das ações de saúde bucal da população de apenas 8%, e um perfil epidemiológico preocupante para crianças e adultos. Este quadro refletia o modo de organização da atenção até então pouco articulado às demais ações e cuidados da Unidade de Saúde, seguindo um modelo hegemônico de atenção voltado ao atendimento individual, centrado no cirurgião dentista, com ênfase na população escolar e com uma estrutura física precária.

Diante desta conjuntura, três cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) propuseram outro modo de organizar a atenção em saúde bucal no município, direcionando-o às necessidades dos sujeitos que utilizavam esses serviços, de modo a propiciar a ampliação do acesso. Ou seja, “ouvir” as demandas dos usuários, “escutar e atender, da maneira mais completa possível, as necessidades das pessoas, no sentido de buscar a máxima integralidade (possível) da atenção (integralidade ampliada)”⁷.

Com isso, os serviços seriam oferecidos de forma pactuada entre profissional e usuários, respeitando suas demandas e as tecnologias disponíveis. Tal proposta, denominada Alta Pactuada em Saúde Bucal, inicialmente discutida entre os três profissionais, envolveu outros trabalhadores da rede municipal: cinco apoiadores distritais da saúde bucal, um representante do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde, e cirurgiões-dentistas da atenção primária indicados pelos apoiadores.

Conformou-se, assim, o Grupo Alta Pactuada (GAP) em Saúde Bucal, com o intuito de refletir sobre a realidade local e de construir projetos de intervenção, respeitando as diferentes realidades, disparando processos substitutivos com práticas de cuidado em saúde bucal instituintes, considerando todos os sujeitos envolvidos.

O movimento de discussão-reflexão-ação, gerado pelo GAP Saúde Bucal, foi foco de um doutorado em saúde coletiva, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unicamp. Negociações com os participantes do GAP possibilitaram à autora da tese integrar-se ao grupo e à pesquisa, caracterizada como Intervenção Socioanalítica que, segundo Hess e Savoie⁸, constitui-se num

“Método pelo qual um grupo de analistas sob a encomenda de uma organização social, institui nesta um processo coletivo de autoanálise, (conforme) definição proposta em 1967 por Georges Lapassade [...]. Herdeira da psicossociologia, esta definição é retomada pela Análise Institucional que a reelabora e aí introduz seus conceitos próprios”.

A expressão Análise Institucional (AI) não possui sentido único. Na realidade, resultou da articulação de várias disciplinas e também de movimentos sociais que ocorreram na sociedade francesa de 1940 a 1970.

Ressalte-se que a proposta da 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 instituição⁹.

Este artigo não pretende descrever, em detalhe, as características desta abordagem. Mas deve-se destacar que uma intervenção socioanalítica nem sempre é realizada de acordo com as seis regras propostas por Lourau e Lapassade: a análise da encomenda e da demanda, a autogestão do grupo, a regra do “tudo dizer”, a elucidação da transversalidade, a análise das implicações e a explicitação dos analisadores¹⁰. De acordo com Monceau¹¹, essas operações “devem ser consideradas mais como princípios do que como regras, pois muitas vezes são difíceis de serem desenvolvidas na sua totalidade. Pode-se conduzir a Intervenção Socioanalítica de outra maneira. Assim, nada impede que a encomenda seja construída coletivamente com o grupo no qual se intervém, como ocorreu com o GAP Saúde Bucal

Segundo Merhy¹², na maior parte dos debates travados na área da saúde evidenciam-se “as dimensões das macroestruturas” do processo de trabalho em saúde. O autor reafirma a urgência em enfocar as ações sobre os aspectos micro-políticos, abordando questões teóricas e operacionais desses processos nos cotidianos dos serviços de saúde.

É na direção deste debate que este artigo pretende contribuir, ao refletir sobre os efeitos e os sentidos provocados pela proposta do GAP Saúde Bucal na rede da atenção primária em Campinas. Para tanto, é necessário analisar a articulação entre a dimensão normatizada/instituída e os movimentos inovadores/instituintes nos modos de operar da **Instituição Odontologia**, fortemente estabelecida, mas plena de contradições.

Percorso teórico metodológico

“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”¹³.

Apoiado na lógica hegeliana, Lourau¹⁰ define instituição como um movimento dinâmico e dialético entre três momentos: o instituído, o instituinte e a institucionalização. O instituído ou universal é o momento do que está posto, estabelecido, as normas, as leis. O momento do ins-

tituinte exprime a particularidade, a negação do instituído, “a contestação, colocação em questão o instituído pelo projeto do que ainda não é”¹³

O resultado da relação entre instituído e instituinte é a institucionalização, a singularidade, “o equilíbrio metaestável, em perpétuo devir, e não ‘síntese’ definitiva...”¹³. Com seus três momentos, o conceito de instituição inscreve-se como instrumento de análise das contradições sociais¹⁴. Como assinala Rodrigues¹⁵, “nada é natural, tudo é sócio-históricamente instituído.”

Macro contexto: o campo de análise

Os modelos de atenção em saúde bucal presentes nos serviços públicos são marcados pela iniquidade de acesso e orientados por uma racionalidade instrumental em que a prática liberal dos consultórios privados simplesmente é transferida para a esfera pública, de forma mecânica e acrítica^{16,17}.

Essas condições imprimem suas marcas na produção do cuidado em saúde bucal no cotidiano dos serviços. Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas em nosso país, ainda persistem elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e grande parte da população permanece desassistida¹⁸.

Em 2004, a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal definiu as diretrizes nacionais para a área, buscando fortalecer a institucionalização da saúde bucal no SUS, já experimentada com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSP) de 2003, 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”². Contemplam a necessidade de ampliação das ações na atenção básica e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com serviços de média e alta complexidade.

Como toda proposta instituinte, esta também enfrentou obstáculos para ser implementada, pois sua operacionalização depende dos gestores municipais, e estes nem sempre possuem as ferramentas necessárias para dar conta dos atravessamentos de regras formais e informais que, a todo tempo, influem e modificam o cotidiano dos serviços de saúde. Mas ela poderá, com o tempo, “[...] se institucionalizar, isto é, adquirir a forma da específica política pública do Estado, que se supõe permanente ou estável.”¹⁹

Como assinala Botazzo¹⁶:

“A saúde bucal ainda está por realizar uma das consignas mais referentes da Reforma Sani-

tária, 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”.

Os diversos projetos em disputa no cotidiano dos serviços é que poderão produzir singularidades, contribuindo para o movimento contínuo de transformação das práticas de saúde bucal, num movimento de institucionalização da saúde bucal na saúde coletiva.

O micro-contexto: o campo de intervenção

Na proposta feita em 2004 pelo GAP Saúde Bucal havia um desejo de acompanhar o movimento de mudança que ocorria na rede municipal de saúde de Campinas, no âmbito do Projeto Paidéia Saúde da Família²⁰, nele inserindo a saúde bucal. Apoando-se na AI, o GAP buscava revelar a “face oculta” da Odontologia, fazendo emergir, também, o “não dito”. Como diria Lourau²¹, toda instituição tem uma “face oculta” e os analisadores ajudam a revelar e analisar este “não dito”. A Alta Pactuada propunha um “contrato” entre trabalhadores e usuários sobre o modo de organizar a atenção em saúde bucal, bem como as ações específicas do seu cuidado. Ou seja, uma cogestão do cuidado em saúde bucal.

Tratava-se de enfrentar três desafios dos serviços públicos de saúde bucal para a efetiva implementação do SUS: a ampliação do acesso com promoção da equidade; a integralidade e a apropriação dos temas da saúde bucal pelos espaços do controle social. Daí, a necessidade de uma elaboração conceitual da Alta Pactuada em Saúde Bucal que permeou praticamente todos os 21 encontros do GAP. Em um deles, uma das integrantes sintetizou qual era seu entendimento:

[...] a Alta Pactuada não é um modelo que deve 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 [...] e para iniciar um processo de implementação, estamos propondo que haja uma discussão em diferentes instâncias: com a ESB, a ESF, a gestão local e outras equipes das Unidades, o Conselho local, distrital e municipal. A proposta é, também, que esses profissionais que tomarem a frente dessa proposta façam parte desse grupo para possibilitar a discussão das dificuldades, acertos etc., [...]. Esta discussão vai além das mudanças no plano de tratamento, pois é preciso rever também as estruturas físicas e

administrativas, que são da área meio, como manutenção dos equipamentos, disposição física das clínicas, para depois poder pensar e construir coletivamente outro modelo de atenção em saúde bucal.

A intenção era provocar as equipes, fazê-las refletir, analisar seus recursos, seu arsenal pessoal, tecnológico e institucional e buscar a participação dos usuários, trabalhadores e gestores envolvidos na produção do cuidado, em outras atividades e também nos conselhos²². Tudo isto permitiu revelar um “mundo” extremamente rico em sua micropolítica, ampliando-se a clínica odontológica, introduzindo o atendimento centrado no usuário, abrindo espaço para o diálogo, para o encontro de saberes instituintes da saúde bucal, em busca de outras formas de institucionalização.

Numa perspectiva ampliada, a saúde e o adoecer são formas de manifestações da vida²³. Para Czeresnia²⁴, tais formas “correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal estar ao médico.” Se nem toda experiência bucal pode ou deve ser traduzida como doença, ouvir o usuário e os motivos que o trouxeram à consulta é o primeiro passo para o cirurgião-dentista efetivar o diálogo e o vínculo. Assim, conjuntamente, construir uma agenda terapêutica que contemple as necessidades de tratamento identificadas e as demandas específicas do usuário²⁵.

Entretanto, a percepção do doente sobre sua enfermidade, numerosas vezes, não coincide com a doença que o acomete. De outro lado, o profissional de saúde nem sempre valoriza as queixas do usuário, demarcando o distanciamento entre o médico e a situação de adoecimento dos pacientes, legitimando o saber tecnicista da prática médica e odontológica e a submissão do doente. Para Carvalho e Luz²⁶, “a percepção não é imediata, mas construída socialmente a partir dos sentidos que o indivíduo atribui à ação.”

Sabe-se que encontros de saberes e fazeres acontecem no âmbito das micropolíticas, ou seja, na disputa de poderes e saberes dos distintos projetos de saúde que operam no interior das instituições, nos “espaçostempos” do cotidiano dos serviços de saúde.

Os acontecimentos gerados nas experiências da Alta Pactuada, bem como as reflexões produzidas, eram relatados nos encontros do GAP Saúde Bucal, de acordo com o princípio do “livre dizer”. Tal liberdade de se expressar não significa ignorar as relações de poder existentes

em todo grupo, em toda instituição. Trata-se, na realidade, de uma aposta feita entre os sujeitos, por estarem num “espaço protegido”, envoltos numa intervenção que se produz mediante um processo coletivo de análise. Vale lembrar que o GAP não foi proposto pela gestão, o que, sem dúvida, facilitou a livre circulação da palavra, criando assim um dispositivo de análise social coletiva ou, dizendo de outro modo, “analisar coletivamente uma situação coletiva”²⁷.

É a partir desse dispositivo que se promove a fala e, no caso em questão, o encontro entre os integrantes do grupo com seus desejos, interesses, saberes e experiências trazidos do cotidiano das práticas sanitárias, ou, pode-se dizer, apoia-dos no conceito de transversalidade²⁸.

A transversalidade, conceito proposto por Félix Guattari no âmbito da psicoterapia institucional, refere-se aos pertencimentos de ordem formal e informal aos quais todos estão vinculados, e cujo esclarecimento permitirá que as pessoas tornem-se menos sujeitadas, mais autônomas²⁹. Até porque, como afirma L'Abbate⁹, 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.

Com o intuito de registrar as discussões no grupo, as implicações e reflexões geradas na experiência de cada um dos integrantes do GAP Saúde Bucal, foi proposta e aceita, como ferramenta de intervenção, a produção de Diários individuais dos participantes e da pesquisadora, durante todo o período de existência do grupo, conforme proposto por Pezzato e L'Abbate³⁰.

O grupo: os agenciamentos, os analisadores

Para Lourau²¹, a “análise institucional nasceu de uma crítica aos métodos de grupo centrados no grupo”. Barros³¹ analisou o grupo como dispositivo e como instituição e, a um só tempo, propôs um olhar sobre esse dispositivo, considerando as instituições que o atravessam. A autora propõe um deslocamento na direção de diferentes modos de significação dos grupos, partindo do conceito de transversalidade, pois este:

“ [...] implica uma quebra das dimensões horizontais e verticais, tão frequentemente sinalizadas nos grupos. Ultrapassá-las pela transversalidade implicaria, certamente, uma ampliação do campo de análise [...] na direção da desnaturalização, ou seja, a da inclusão [...] da própria instituição da análise e de seus dispositivos. [...] sig-

nificaria não tomá-la apenas como mais um eixo para o grupo ser pensado, mas enquanto algo que o configuraria de outra maneira – como processualidade”.

Nesta perspectiva, estar no e com o grupo instaurou um campo de possibilidades para que os sujeitos, integrantes/implicados no e com o GAP Saúde Bucal, construíssem o seu projeto de intervenção. Assumir o grupo como dispositivo permitiu a discussão dos conceitos-ferramentas da AI, no sentido de os participantes apropriarem-se deste referencial, disparando alguns acontecimentos, instaurando um campo de possibilidades geradoras do novo. Tais movimentos produziram rupturas no instituído, fazendo emergir os analisadores. De acordo com Lourau¹⁰, “analisador é aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar.” São os analisadores que produzem um processo de “desnaturalização permanente da instituição, incluindo a própria instituição da análise e a da pesquisa”³¹.

O processo é produzido por estratégias de intervenção, dependendo do modo como os analisadores colocam “em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas”³².

Nesta investigação destacaram-se dois analisadores que fizeram emergir singularidades reveladoras daquilo que estava instituído no cotidiano de cada um dos profissionais do GAP: a própria proposta da Alta Pactuada e a saída de uma das integrantes do grupo.

O analisador Alta Pactuada foi um acontecimento que veio “inesperadamente ao encontro da situação, condensando forças dispersas até então”¹⁵. Este acontecimento fez fluir uma série de movimentos instituintes no modo “tradicional” de fazer a clínica odontológica no cotidiano dos cirurgiões-dentistas implicados na investigação. Colocou em análise concepções, saberes, relações profissional/usuário/gestor/colegas de trabalho, bem como com os conselhos. 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 na rede pública, como se observa em trechos dos diários:

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, da prótese, do longo tratamento), e aí percebo que somos autoritários [...]; claro que na maioria das vezes, sem o perceber, não reconhece-

mos o que o usuário sente, pensa, como legítimo, daí a dificuldade de se estabelecer o diálogo.

Quando, você vai construir um pacto, [...] 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 acha isso, mas você se coloca numa discussão aberto, entendeu?

A Alta Pactuada propôs um “descentramento dental”, modificando a prática hegemônica, e este é um grande desafio, pois, como relatou no diário um integrante do grupo:

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? [...] 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 microprocessos, no dia a dia e de preferência, construídas [...] pela própria equipe.

Muitas vezes uma mudança não depende só de pessoas – seus saberes e desejos –, mas de interesses, disponibilidades, conjunturas histórico-político-institucionais. Foi o que aconteceu com uma das integrantes do grupo, ao afirmar:

Como iríamos propor o tratamento? o que fazer? Eu percebi que são questões que não estão bem esclarecidas para mim. Sinto que, na prática, eu queria estar fazendo o que eu achasse que seria melhor e pactuasse com o paciente a sua responsabilidade na manutenção, com higienização e uso do fio dental. 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.

Para falar, socializar, 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, esta mesma integrante referiu pontos teóricos de René Lourau²⁷:

A AI 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).

Resistência à mudança foi algo percebido, sentido, verbalizado e registrado pelos integrantes do grupo no decorrer dos encontros, constituindo-se em forte obstáculo para as experiências da Alta Pactuada nas Unidades, de acordo com os relatos e registros dos diários.

Entende-se, conforme Monceau³³, a implicação como “uma relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição”, sendo os mesmos “tomados pela instituição, querendo eles ou não”, a profissional referida acima encontrava-se fortemente implicada com o grupo e sua proposta. Neste sentido, analisando suas implicações, podemos dizer que ela desnaturalizou o modo como vinha sendo discutida no grupo a implementação da proposta da Alta Pactuada nas Unidades de Saúde. Muitos foram os efeitos que, infelizmente, não contaram com respaldo institucional. A participante percebeu seus limites e o da própria proposta que vinha tentando experientiar no cotidiano de sua Unidade de Saúde, e diante disso, optou por se retirar do grupo. Dada a potência reveladora de tal acontecimento, ele foi tomado como analisador.

As experiências da alta pactuada e a produção das micropolíticas

As experiências da Alta Pactuada tomaram como foco as experiências bucais daqueles que procuraram os serviços de saúde, trazendo suas necessidades para o cotidiano dos serviços.

“Experiências bucais” relacionam-se a tudo o que acontece e se passa e que, muitas vezes, transforma-se em e por nossa boca. Vale destacar, de acordo com Botazzo⁵ que, se tomarmos como referência a Bucalidade, nem sempre nossa “experiência bucal” assumirá a forma “doença”. Para este autor, a bucalidade constitui-se dos sentidos da boca humana em que se realiza a manducação (“o consumo que a boca realiza”), a linguagem e o erotismo, sendo que “esses três trabalhos são na realidade três dimensões da vida do homem em sociedade”. Assim, extrapola-se a concepção de odontologia, do centramento dental, da exclusividade da odontotécnica, da naturalização do adoecimento bucal e das perdas dele advindas, por meio da fala “do próprio sujeito que experimenta na sua cotidianidade as sensações que esses órgãos lhe proporcionam”^{5,34}.

Nas experiências da Alta Pactuada os efeitos da cotidianidade estiveram presentes singularmente em cada serviço, em cada sujeito, produzindo acontecimentos que alteraram seus projetos, suas implicações.

“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”³⁵.

É neste cotidiano que o vivido ganha significado. Apesar de não se referir aos serviços de saúde, concorda-se com Agnes Heller³⁶, quando afirma que o cotidiano é o contexto de novas invenções, contradições e superações, é heterogêneo. Este constitui-se, assim, como possibilidade e matriz de provocações, solicitando uma constante atribuição de sentido para as práticas e teorias gestadas nos “espaçostempo” dos serviços de saúde. Práticas estas, orientadas por intenções, finalidades, desejos, questionamentos, expectativas.

Esta cotidianidade atravessou os encontros, as Unidades, a pesquisa, os sujeitos, os múltiplos espaços ocupados pelos integrantes do grupo, evidenciando os “objetos-efeitos” como acontecimentos únicos e irrepetíveis das experiências da Alta Pactuada, como indicam as falas abaixo:

A Alta Pactuada vai depender do conhecimento e da 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 essa! [...] 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. [...] 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, de dar o clássico TC – tratamento completado. Isso precisa ser realmente muito conversado. [...] Nós não acreditamos que o tratamento seja só isso. A dificuldade que nós temos é a de convencer mesmo, não só o paciente, mas os profissionais sobre isso.

Estou num embate com um paciente, ele quer extrair um dente e eu não quero! aí eu explico, marco outra consulta... o paciente sabe o que representa usar prótese? a ausência de dente?

Essa discussão da necessidade, me fez lembrar do caso do nosso zelador. 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... Fizemos a prótese e ele não usa, pra ele incomoda. [...] A gente impõe. Quer dizer esse cara recebeu uma prótese que não usa e tomou o lugar de outro, percebe?

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 – que a gente acha o certo – pra pessoa, né? [...] Então eu acho que a gente, um pouco, sufoca.

As discussões e reflexões geradas nos encontros trouxeram diferentes enfoques, mas os participantes consideraram muito difícil articular demanda, oferta e necessidade do cuidado em saúde bucal. Considerando 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”³⁷, na medida em que, historicamente, a oferta de serviços de saúde bucal foi alicerçada no modelo biomédico, centrado na doença, como alterar este fluxo? Estes autores pressupõem que a demanda dos usuários dos serviços 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”³⁷.

As necessidades dos usuários também são socialmente construídas e, muitas vezes, trazem equívocos. Não se trata, portanto, de deixar o processo nas mãos do usuário, mas trazer para o encontro a negociação de ofertas das tecnologias de saúde bucal apropriadas, analisando a produção dessa demanda, articulando-a aos serviços disponíveis naquele nível de atenção.

No debate da saúde bucal, para Santos e Assis³⁸ “[...] 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”.

Daí, é possível refletir sobre o desafio em lidar com os limites do saber/fazer dos profissionais de saúde e com a complexidade existente no cotidiano das unidades de saúde. Isto foi discutido em um dos encontros do grupo, quando um dos integrantes abordou a dificuldade sentida em sistematizar e operacionalizar, em sua prática diária, os processos de educação em saúde, dado a preocupação com a organização e o acesso aos diferentes níveis de atenção.

A gente leva, oferece alguma coisa, mas eles vêm esperando outra coisa. É difícil negociar isso! Falar com eles e não para eles. Existem questões do micro espaço, negociação com a equipe, no conselho local que são fundamentais

E o mesmo integrante concluiu que se não houver um verdadeiro encontro de trabalhador de saúde/usuário, para juntos produzirem algo em comum, incorporando os saberes e poderes ali estabelecidos, estará se mantendo a postura que vimos criticando até então, distanciando-se cada vez mais da possibilidade de torná-lo sujeito do seu próprio processo saúde-doença-cuidado.

Trata-se, sem dúvida, de considerar as relações de força, portanto de poder, no âmbito da dimensão política, pois “tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica”. O macro e o micro são dois modos de recortar a realidade, “as duas efetivamente se distinguem, mas são inseparáveis, embaralhadas uma com a outra, uma na outra”³⁹.

Pode-se dizer que a micropolítica trata do campo de forças das subjetividades que, embora sentidas, nem sempre são explicitadas claramente, em oposição à dimensão da macropolítica que trata das objetividades, do que é mais visível e observável.

Para Guattari²⁹, a micropolítica é uma maneira de se fazer um corte na realidade, a partir do campo de forças, à medida que essas também produzem realidades, afetos, desejos. E, no caso desta investigação, a micropolítica permitiu analisar cada singularidade produzida nas diferentes experiências da Alta Pactuada. Foi possível, assim, reconhecê-la como prática política, por meio das forças que se instalaram e que induziram, inibiram, facilitaram ou dificultaram ações, produzindo outras subjetividades.

Producir rupturas com os paradigmas epistemológicos que se fazem presentes nos processos de trabalho em saúde bucal representou o início de enfrentamento da visão histórica que a odontologia carrega. Como assinala Merhy¹²: [...] ***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 micro-políticos***.

Neste sentido, experienciar o GAP Saúde Bucal possibilitou aos cirurgiões-dentistas implica-

dos na, e com esta, investigação, a produção de provisóriedades instituintes em seus cotidianos considerando as dimensões da atenção primária.

Considerações finais

A proposta da Alta Pactuada em Saúde Bucal trazia em si um desejo muito grande de acompanhar o movimento de mudança que estava acontecendo na rede municipal de saúde, revelar a “face oculta” da instituição Odontologia, fazendo emergir o “não dito” da inserção da saúde bucal nas diretrizes do novo modelo em processo de implantação à época. Segundo Lourau²¹, toda instituição tem uma “face oculta” e os analisadores ajudam a revelar e analisar este “não dito”. As experiências da Alta Pactuada revelaram dimensões significativas do processo de trabalho das equipes, dimensões estas não manifestas, ou até camufladas.

Na perspectiva da AI, instaurou-se um campo de possibilidades no qual os sujeitos integrantes/implicados com e no GAP Saúde Bucal construíram seus projetos de intervenção nas respectivas Unidades de Saúde. Nos momentos das negociações do cuidado proposto pela Alta Pactuada, havia uma busca de introduzir tecnologias leves, relacionais no trabalho odontológico, o que potencializou encontros, no sentido deleuziano, entre os indivíduos e, no plano das subjetividades, em fazer aflorar a criatividade, as técnicas não estruturadas, os desejos, os afetos e os desafetos, enfim, produzir micropolíticas. O que abriu outras brechas no instituído, em múltiplas direções, rumo a uma “Clínica do Desvio”⁴⁰.

O grande desafio dos projetos de intervenção, analisados pelos integrantes do GAP, foi a superação dos saberes “odontologizantes”, ainda presentes e fortemente instituídos no dia a dia dos que vivenciam o cotidiano da produção do cuidado em saúde bucal no SUS.

Enfim, é preciso acreditar no papel instituinte de cada um na construção de uma outra odontologia, que venha se “perder no turbilhão do movimento sanitário”, mais humana, acolhedora, integral e integrada nos “espaçostempo” onde a vida acontece.

Colaboradores

LM Pezzato realizou a pesquisa, redigiu e revisou o artigo; S L'Abbate orientou a pesquisa e participou da elaboração e revisão do artigo; C Botazzo participou da elaboração e revisão do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos todos os participantes do Grupo Alta Pautada em Saúde Bucal.

Referências

1. Merhy EE. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A política nacional de saúde bucal do Brasil*: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
3. Merhy EE. *A Saúde Pública como Política*. São Paulo: Hucitec; 1992.
4. Netleton S. Protecting a vulnerable margin: towards to na analysis of how the mouth came be separated from the body. *Sociology of Health and Illness* 1988; 10(2):156-169.
5. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):7-17.
6. Iyda M. "Saúde bucal: uma prática social". In: Botazzo C, Freitas ST, organizadores. *Ciências Sociais e Saúde Bucal*: questões e perspectivas. Bauru, São Paulo:EDUSC, Fundação Editora UNESP; 1998. p. 127-139.
7. Cecílio LCO. "As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção". In: Pinheiro R, Mattos RA. Organizadores. 8ª Edição. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2009. p. 117-130.
8. Hess R, Savoie A. L'intervention socianalytique. In: Hess R, Savoie A. *L'Analyse Institutionnelle*, 2ª Edição. Paris: PUF; 1993. p. 97-111.
9. L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à sua gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine* 2012; 8(1):194- 219.
10. Lourau R. *A Análise Institucional*, 1ª Edição. Petrópolis: Vozes;1975.
11. Monceau G. Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle. *L'homme et la société* 2003; 147:11-33.
12. Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em Saúde*: um desafio para o público. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 197-228.
13. Ardoino J, Lourau R. *As Pedagogias Institucionais*. São Carlos: Rima; 2003.
14. Lapassade G, Lourau R. *Chaves da Sociologia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1972.
15. Rodrigues HC. *As Subjetividades em revolta*: Institucionalismo Francês e novas análises [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro;1994.
16. Botazzo C. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: Garcia DV, organizador. *Novos rumos da saúde bucal*: caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Odontologia; 2005. p. 43-47.
17. Roncalli AG. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminhar compartilhado. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):105-114.
18. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):841-850.

19. Barros RS, Souza LMO, Dias PB, Diaz PHP, Soster JC, Heinzelmann RS, Botazzo C. Gestão participativa e controle social. In: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 135-145.
20. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
21. Lourau R. Objeto e Método da Análise Institucional. In: Altoé S, organizadora. *René Lourau. Analista Institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.66-86.
22. Nakachima A, Clemente C, Santangelo E, Nascimento, RA. *A co-participação do usuário do SUS no seu cuidado em saúde bucal: o conceito da Alta Pautadá* [monografia]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2004.
23. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
24. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 39-53.
25. Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4337-4348.
26. Carvalho MCVS, Luz MT. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(29):313-326.
27. Lourau R. *René Lourau na UERJ*. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da UERJ;1993.
28. Barros RB. *Grupo*: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: SuSol, Editora UFRGS; 2007.
29. Guattari F. *Revolução Molecular*: pulsões políticas do desejo. 3ª Edição. São Paulo: Brasiliense; 1987.
30. Pezzato LM, L'Abbate S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. *Physis* 2011; 21(4):1297-1314.
31. Barros RB. Institucionalismo e dispositivo grupal. In: Rodrigues HBC, Altoé S, organizadoras. *Saúde Loucura, n. &* Análise Institucional. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 65-78.
32. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: ciência e profissão* 2003; 23(4):64-73.
33. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e impliação profissional. *Fractal Revista de Psicologia* 2008; 20(1):19-26.
34. Botazzo C. *Da Arte Dentária*. São Paulo: Hucitec, FAPESP; 2000.
35. Garcia RL. A difícil arte/ciência e pesquisar com o cotidiano. In: Garcia RL, organizador. *Método, métodos e contramétodo*. São Paulo: Editora Cortez; 2003. p.193-208.
36. Heller A. *O cotidiano e a história*. 2º Edição. São Paulo: Paz e Terra; 1985.
37. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção Social da Demanda*: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos; Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005. p. 183-196.
38. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):53-61.
39. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs*: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 3. Rio de Janeiro: Editora 34; 1996.
40. Souza ECF. *Bocas, câncer e subjetividades* [tese]. Campinas-SP: Faculdade de Ciências Médicas-Unicamp; 2003.

Artigo apresentado em 05/08/2012

Aprovado em 25/10/2012

Versão final apresentada em 01/11/2012