



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Silveira, Fernando; Martins Mishima, Silvana; Matumoto, Silvia; Fortuna, Cinira Magali; Bistafa, Maria
José; Bregagnolo, Janete Cinira; Gonçalves Carvalho Watanabe, Marlívia

The interaction of several fields of knowledge for the articulation of collective oral health actions: the
mapping of a family health team

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 12, diciembre-, 2014, pp. 4879-4888

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63032604028>

- 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

Interação de saberes para articulação de ações de saúde bucal coletiva: cartografia de uma equipe de Saúde da Família

The interaction of several fields of knowledge for the articulation of collective oral health actions: the mapping of a family health team

Fernando Silveira ¹
Silvana Martins Mishima ²
Silvia Matumoto ²
Cinira Magali Fortuna ²
Maria José Bistafa ²
Janete Cinira Bregagnolo ¹
Marlívnia Gonçalves Carvalho Watanabe ¹

Abstract *This paper maps the experience of a family health team (FHT) in the creation of a knowledge and responsibility field to practice Oral Health (OH). Institutional analysis was used to establish the theoretical and methodological framework, supported by the concept analyzers, implication analysis, territorialization and de-territorialization. Cartography was used to monitor the procedures and the order of events and to facilitate understanding. The subjects were members of an FHT in a training context. Data production took place during the FHT meetings on administrative and family discussion matters. The case study presented here was one of the research analyzers. As results, the process of building the case study was identified, which revealed how the FHT took the family into care; the movements broadening the perspective of care, finding ways for disciplinary interactions in order to construct a collective OH approach, which emerged from the day-to-day tensions of the FHT work process. The conclusion reached is that this case study revealed the stresses involved in the process of deconstruction of dental assistance and the movement towards the interaction of several fields of knowledge and practices for the production of care from the perspective of OH attention.*

Key words Oral health, Dentistry, Primary health care, Interdisciplinarity, Collective health.

Resumo O objetivo foi cartografar a experiência de uma equipe de saúde da família (ESF) na construção de um campo de conhecimento e de responsabilidade para a prática de Saúde Bucal (SB). A análise institucional conformou o referencial teórico-metodológico, apoiado nos conceitos de analisadores, análise de implicação, territorialização e desterritorialização. A cartografia, método da pesquisa-intervenção, se propõe a acompanhar a processualidade dos acontecimentos e da produção de sentidos. Os sujeitos foram os membros de uma ESF, que atua também como cenário de formação. A produção dos dados deu-se nos espaços de reunião da ESF, tanto administrativas como de discussão de famílias. O caso apresentado constituiu-se um dos analisadores da pesquisa. Como resultados, obteve-se o processo de construção do caso, que revelou como a ESF tomou a família para cuidar; os movimentos de ampliação do olhar para o cuidado, encontrando formas de interações disciplinares para compor um campo de SB coletiva, que emergiu em meio a tensões do cotidiano do processo de trabalho da ESF. Conclui-se que o caso permitiu apresentar as tensões do processo de desconstrução da assistência odontológica e do movimento para a interação de saberes e práticas para produção do cuidado na perspectiva da atenção à SB.

Palavras-chave Saúde bucal, Odontologia, Atenção Primária à Saúde, Interdisciplinaridade, Saúde coletiva

¹ Departamento de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Café s/nº, Bandeirantes. 14040-904 Ribeirão Preto SP Brasil. fernandosilveira.48@gmail.com

² Departamento Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Introdução

A organização do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma das possibilidades da atenção primária à saúde no Brasil, fundamenta-se em abordagens no cuidado à saúde, pautadas por uma prática integradora¹ e interdisciplinar², que tem sido priorizada pelo Ministério da Saúde, e estão expressas nas diretrizes da Atenção Básica à Saúde³, na Estratégia de Saúde da Família⁴ (ESF) e nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal⁵. Além disso, a interdisciplinaridade nas práticas de saúde tem sido objeto de investigação na área de Saúde Coletiva^{6,7}.

A ESF tem potencialidades para substituir o modelo hegemônico, biomédico e pouco resolutivo, ampliar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado, focar a atenção à saúde nas famílias e no território, e priorizar atividades de prevenção e promoção à saúde, o que pode gerar a construção de projetos de saúde e de vida.

O Ministério da Saúde⁸ incentiva a inclusão de equipes de Saúde Bucal em ESF, denotando a inserção de uma equipe em outra, mas com poucas informações a respeito dos desdobramentos deste processo.

Essa conformação de trabalho em equipe nos remete ao questionamento a respeito do contexto em que se desenvolve um processo de trabalho, que implica em um processo grupal⁹, que gera estranhamentos, expõe diferenças e distanciamentos entre as duas equipes, e pede reconfigurações de universos referenciais¹⁰.

Entende-se que, se as equipes tomarem para si o propósito de um trabalho do tipo integrador/interdisciplinar, deparar-se-ão com necessidades de trocas de saberes e práticas entre os profissionais no seu cotidiano. No contexto de integração de equipes de saúde da família e de Saúde Bucal, a reconfiguração de saberes e práticas certamente desencadearão, entre outros processos, a manifestação de subjetividades relacionadas ao objeto da odontologia, à boca e, ao tratamento odontológico; assim como manifestação de sentimentos de perda (de poder) para alguns, e de satisfação para outros, por representar estratégia de democratização de saberes; e ainda, manifestação de sentimentos relacionados às vivências individuais às vezes traumáticas.

Tornar o diálogo possível em torno destas questões pode ser uma das formas de possibilitar a construção de um campo de Saúde Bucal coletiva nas ESF, fortalecendo a substituição da tradicional assistência odontológica centradas

no procedimento cirúrgico-restaurador¹¹ para o modelo de atenção à Saúde Bucal⁵.

Para a área da saúde coletiva, a discussão a respeito dos recortes de objetos do cuidado à saúde, na perspectiva da clínica ampliada¹², está bem discutida. Porém na área da Saúde Bucal, ainda é uma práxis incipiente, embora haja no campo da Saúde Bucal coletiva uma permanente discussão em torno dos polos de assistência e atenção à Saúde Bucal.

Assistência¹¹, enquanto uma práxis de Saúde Bucal, está restrita a um campo cirúrgico-restaurador e que tem o mérito de ter alcançado um alto nível de desenvolvimento científico-tecnológico e reconhecida produção de conhecimento científico, nos cursos de pós-graduação no Brasil¹², formando um conjunto imprescindível para garantir a integralidade da prática odontológica. Entretanto, sua capacidade está mais relacionada à recuperação da Saúde Bucal causada pelos agravos da boca, do que o controle das doenças bucais¹³.

A atenção à Saúde Bucal^{5,11} incorpora a prática cirúrgico-restauradora às ações sobre as causas das doenças, sejam estas de natureza biológica, social, econômica ou política. Situa-se num campo extraclínica, englobado por práticas de saúde e de outros setores sociais e busca atingir grupos populacionais por meio de ações coletivas com o objetivo de manter a Saúde Bucal.

Para compreender melhor a construção do campo de Saúde Bucal na ESF, realizou-se pesquisa tomando como objeto a produção de cuidados de Saúde Bucal por uma equipe de saúde da família, entendendo esse processo como um território de produção de saberes, práticas, subjetivações e subjetividades, um campo em que a sua natureza é de permanente movimento, o que requereu uma metodologia adequada que permitisse o acompanhamento da produção da realidade.

O método da cartografia é uma prática de pesquisa que se propõe a acompanhar os processos, onde a realidade se apresenta como plano de composição de elementos heterogêneos e de função heterogenética¹⁴. Este método mostrou coerência com objeto e objetivo do estudo.

O presente artigo foi extraído da referida pesquisa. Neste recorte, tem-se como objetivo cartografar a experiência de uma Equipe de Saúde da Família na construção de um campo de conhecimento e de responsabilidade, para a prática de Saúde Bucal a partir do caso de uma das famílias acompanhadas.

Metodologia

A abordagem adotada foi a pesquisa-intervenção, uma metodologia que se filia ao paradigma das pesquisas participantes¹⁴ e interessa-se pelos movimentos, pela processualidade, onde a intervenção se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática num mesmo plano de produção e de coemergência. É um dispositivo de intervenção, no qual se afirma o ato político de que toda investigação constitui, a todo o tempo, o vínculo entre a gênese teórica e a gênese social dos conceitos.

A cartografia é o método da pesquisa-intervenção que se propõe a um caminhar, que traça em seu percurso suas metas, considera os efeitos recíprocos entre investigadores, objeto da pesquisa e da própria produção em ato. Compõe um movimento que a cada passo são revistos os resultados e as possibilidades junto à equipe de saúde da família. Por isso, o trajeto da pesquisa foi edificado a partir das informações levantadas, interpretadas e/ou compreendidas, o que determinou as atividades seguintes.

O pesquisar-intervir está associado à construção e/ou utilização de analisadores, um “conceito-ferramenta” da análise institucional. Os analisadores podem ser acontecimentos que causam rupturas, crises, catalisam fluxos, produzem análise, decompõem e desconstruem o instituído. Essa modalidade de pesquisa possibilita que cada participante informe sobre suas implicações e permite compreender as relações de poder nas organizações.

O campo de intervenção da pesquisa foi uma unidade de saúde da família do município de Ribeirão Preto (USF Rubi), composta por um médico (MD), um enfermeiro (EF), duas auxiliares de enfermagem (AE), cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar de serviços gerais, um coordenador da equipe e um dentista (CD). Também compõem a equipe: residentes de medicina de família e saúde da comunidade (RMFC), fisioterapia (RFI), nutrição (RNU), fonoaudiologia (RFO), terapia ocupacional (RTO), psicologia (PS), farmácia (RFA); alunos dos cursos de enfermagem (ALE), medicina (ALM), odontologia (ALO), terapia ocupacional (ATO), nutrição (ALN); docentes (DO) responsáveis pelos campos de estágios. O CD e o docente do Curso de Odontologia, do grupo de pesquisadores, realizaram as intervenções na equipe de saúde da família.

A equipe da USF Rubi é referência para a atenção à saúde de uma área de classe média. Possui na sua organização reuniões para dis-

cussão de casos de família, com o propósito de discutir as situações de risco para o adoecimento e reuniões administrativas para organização do trabalho.

A produção dos dados foi realizada no período de fevereiro de 2010 a fevereiro de 2011, nas reuniões administrativas e discussões de casos de família, gravadas em áudio digital e registro em diário de campo. Outro movimento de produção de dados constituiu-se das reuniões do grupo de pesquisadores, que também foram registradas em diário de campo.

O grupo de pesquisadores era composto por quatro enfermeiras com formação em análise institucional, sendo que uma delas era orientadora da pesquisa, além do CD e docente do Curso de Odontologia. No grupo de pesquisadores elaboraram-se diagnósticos prévios e definitivos, identificaram-se analisadores, desenvolveram-se planos de intervenção e avaliaram-se as ações realizadas junto à equipe.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado às unidades de saúde da família do Distrito e apresentado nas reuniões administrativas. Neste momento, foram explicados os motivos para realização da pesquisa, o seu objetivo, a metodologia e os possíveis produtos que poderiam ser gerados no percurso do estudo em função da organização da atenção à Saúde Bucal para a unidade.

O parecer da USF Rubi no projeto de pesquisa ressaltou a inserção do pesquisador na equipe, enquanto dentista da unidade e pelo interesse na área de Saúde Bucal, concluindo que a pesquisa deveria ser realizada neste serviço.

Na seleção da unidade para a pesquisa, considerou-se a implicação do CD em relação à equipe Rubi desde a sua instalação, o que permitiu compartilhar da utopia ativa¹⁵ da equipe, ou seja, das metas e objetivos mais altos e nobres que orientam os processos produtivos-desejantes-revolucionários, que nesta unidade se relacionava com a construção de um processo de trabalho da equipe pautado pelos princípios do SUS, diretrizes da ESF e, principalmente, no que se refere à interdisciplinaridade e a humanização do cuidado na saúde.

A relação entre os membros da equipe era de cooperação e solidariedade, mas também de reflexão e discussão exaustiva, de envolvimento nos processos de avaliação, planejamento e execução de ações, momentos que revelavam a existência de divergências internas.

Esse contexto propiciou que a inserção do pesquisador na unidade se voltasse para a construção de uma prática de saúde direcionada à

atenção à saúde da população, e não exclusiva à assistência odontológica. Ao mesmo tempo, compartilhou com a equipe a construção de ações de Saúde Bucal. Essa inserção revela um oferecimento do profissional CD da equipe como pesquisador-analista institucional, como um “militante¹⁵ da saúde”, tendo como acordo formal a pactuação da equipe de participação da pesquisa-intervenção a ser vivenciada.

Como um conjunto de pessoas reunidas periodicamente, a equipe da USF Rubi desenvolveu um processo grupal⁹, levando o grupo a formular regras que permitissem a sua manutenção, tais como a participação de todos nas reuniões, discussão dos problemas da equipe apenas nas reuniões, atenção afetuosa entre os participantes em relação ao bem-estar de cada um e a crença de que a USF Rubi é “a equipe que deu certo”. Também se criaram regras de comunicação entre seus participantes, como a proibição de mencionar os nomes das pessoas em discussão de casos e família, identificando-os apenas pelo número da família.

Esses processos proporcionaram aos membros da equipe sentimentos da ordem de ganhos e satisfações, em vista do reconhecimento por parte dos usuários do trabalho realizado, da credibilidade no modelo de saúde praticado e, por vezes, de perda e frustrações, em razão dos desacertos entre os seus membros, do sentimento de impotência frente a situações sociais complexas, situações para as quais, a ausência de instrumentos de trabalho, principalmente, para lidar com necessidades intersetoriais, por exemplo, tornava a resolução impraticável.

Esse processo foi pautado pela discussão participativa e construção coletiva dos projetos terapêuticos. E levou à construção de um processo de trabalho, que buscava romper com o isolamento disciplinar e procurava construir práticas e saberes interdisciplinares. Porém, na maioria das vezes, o que ocorria era a sobreposição de conhecimento das diversas disciplinas.

Em decorrência disto, surgiram dificuldades para a construção de um campo de conhecimento em Saúde Bucal pela equipe, a ponto de não incluí-la na prática do cuidado à saúde dos seus membros.

Demarcou-se o início da pesquisa com o processo da equipe da USF Rubi de elaboração de diagnóstico provisório, identificando analisadores e elaboração de um planejamento preliminar. Assim, alguns analisadores foram propostos no desenvolvimento da investigação e desencadearam processos de desterritorialização e reterritorialização, além de implicação. Nessa etapa tam-

bém foram discutidos com a equipe a proposta de intervenção e um contrato de intervenção.

Para Deleuze e Guatarri¹⁰, cartografar é construir um mapa voltado para a experimentação ancorada no real, contribuindo para conexão de campos saberes e práticas. Os campos e as diversas conexões formam platôs, os quais podem ser definidos como uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, e que se desenvolve, evitando toda orientação sobre um ponto culminante ou em direção a uma finalidade.

O saber relacionado à prática de um CD compõe um platô que está conectado a outros platôs, compostos por saberes de outras disciplinas, como, a microbiologia, a bioquímica, a engenharia de materiais, a epidemiologia, a estatística e a sociologia. As especialidades odontológicas clínicas irão intensificar algumas das conexões no mesmo platô. A especialidade Saúde Bucal Coletiva, que possui uma especificidade em torno do serviço público de saúde, do SUS, das Ciências Sociais, da Epidemiologia, rompe com a atividade puramente clínica, compondo outro platô, conectado com platôs estabelecidos por cada uma das especificidades da área, de outras disciplinas e, fundamentalmente, da odontologia.

O objetivo da esquizoanálise é a raspagem, uma desconstrução do inconsciente, das crenças e representações, possibilitando que sujeitos passem por processos de desterritorializações e de reterritorializações. A Análise Institucional, na perspectiva da Esquizoanálise, consiste em ver que, por trás da hierarquia indivíduo/grupo/sociedade e suas várias modalidades sociológicas, movem-se interminavelmente constelações fluidas e instáveis de forças ativas e inertes que se organizam e se desorganizam ao sabor das crises, dos desejos e dos comprometimentos. Possuem a característica de ser provisório, o que sugere as qualidades de fluidez e dinamicidade do social¹⁶.

René Lourau, analista institucional, diz que a implicação é o cerne do trabalho socioanalítico e não consiste em apenas analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo momento, inclusive no momento da própria intervenção, de forma individual e coletiva, o que é uma atividade intensa e muitas vezes penosa. As implicações podem ser da ordem libidinal, que estão presentes nos grupos e em qualquer situação de vida, e trata-se dos sentimentos afetivos homossexuais ou heterossexuais. Podem ocorrer na forma de jogos de sedução, visando ao exercício de certa hegemonia de poderes e podem ser ideológicos e políticos, que, durante a investigação, podem gerar situações de conflito^{17,18}.

A ação de pesquisar conformou uma espiral, na qual se executava uma intervenção planejada e em seguida eram realizadas avaliações junto ao grupo de pesquisadores, que são momentos de parada para identificar os resultados e voltar a analisar a implicação que se vinha gerando e elaborava-se uma nova ação de intervenção. Iniciava-se um novo ciclo, realizando a intervenção com a equipe Rubi.

No percurso do estudo foi possível identificar analisadores, que surgiram desde as primeiras reuniões e mantiveram-se em pauta no transcorrer da produção de dados, dentre eles o caso do Sabiá, que se refere a uma das famílias que foram acompanhadas e que devido à sua complexidade, geraram na equipe processos de desterritorializações e reterritorializações, revelando o modo de funcionamento da equipe e do seu processo de trabalho.

No percurso desta investigação, foi possível restituir à equipe as sínteses das reuniões administrativas, apresentar os produtos gerados pela própria equipe neste processo e realizar intervenções que tiveram a intencionalidade de motivar a todos os envolvidos a construir um campo de competência e responsabilidade de saúde bucal coletiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola do Sumarezinho, e foram cumpridas todas as exigências da Resolução CNS 196/96¹⁹, garantindo-se toda a proteção dos sujeitos da pesquisa e o anonimato dos participantes, sendo utilizados nomes fictícios para os membros da família estudada e uma sigla que identifica a categoria profissional ou a condição de aluno já indicada na apresentação da equipe.

Construindo o caso

Trata-se de uma família que apresentava uma complexidade em relação aos agravos de saúde, ao seu próprio funcionamento e possuía uma demanda de saúde bucal importante.

Embora a equipe tivesse discutido em reuniões anteriores, na maioria das vezes era apresentada pelo ACS da microárea, e o grupo ainda não tinha desenvolvido uma sensibilidade para refletir sobre o caso de família do Sabiá Laranjeira.

A entrada desta família no estudo teve duas vertentes. Uma delas foi a discussão do caso pela equipe da USF Rubi, onde se começou a compreender os problemas da família e a intenção da agente comunitária em sensibilizar a equipe para uma abordagem da família baseada em uma in-

teração disciplinar e setorial que proporcionasse cuidados de saúde e para a vida.

A ACS na reunião de discussão de casos de família estava muito preocupada com uma das famílias de sua microárea. Era uma família composta por três pessoas, um pai, Sr Curió, uma filha, a Andorinha, de dezoito anos que tem uma deficiência mental e o filho Sabiá, de dezessete anos, que tem uma defasagem de aprendizagem, tem atitudes de uma criança de 12 anos, mas não tem nenhum diagnóstico. (Relato da Reunião de Discussão de Casos de Família, 04/02/2011) A outra vertente do encontro com esta família foi à recepção de Sabiá no serviço de urgência odontológica da UBDS no dia anterior à reunião de discussão de casos de família e que foi relatada à equipe.

Sabiá procurou o serviço de urgência odontológica no dia anterior para tratar um de seus dentes anteriores, que estava fraturado, mas não causava dor. Estava sozinho, não tinha nenhum documento e dizia ter 12 anos. O Sabiá tinha um incisivo central com 1/3 da coroa fraturada e escurecida e que provavelmente necessitaria de uma radiografia, anestesia e intervenção endodôntica, sendo necessária a presença de um responsável para acompanhá-lo durante o seu atendimento. O Sabiá foi orientado a retornar com seu pai ou responsável para receber o tratamento. Foi visto que morava na área da unidade de Saúde de Família Rubi. (Relato da Reunião de Discussão de Casos de Família, 04/02/2011)

A apresentação do Sabiá para atendimento de urgência coloca para o CD a responsabilidade pelo atendimento odontológico, que envolve procedimentos invasivos e, ao mesmo tempo, requer a presença de um responsável. Por outro lado, há uma enunciação de possíveis problemas de saúde e de vida, que requerem um olhar ampliado para a compreensão do sujeito Sabiá na família e no mundo. Em função disto, o CD Buriti levou o caso para ser discutido junto à equipe da USF Rubi.

Estas circunstâncias não mobilizaram de imediato a equipe no sentido de torná-la objeto de seu processo de trabalho, limitando-se a sugestões para agendamento de um horário para atendimento do Sabiá e articulação com uma das instituições especializadas no atendimento de pessoas com necessidades especiais, depositando neste caminho as possibilidades para resolução dos problemas.

Uma psicóloga se dispôs a verificar a situação dos filhos do senhor Curió junto ao CADE, uma organização especializada no tratamento de pessoas especiais.

[...] *fizeram uma avaliação psicológica cognitiva no menino e realmente foi constatado que ele*

tem um retardo mental maior do que estavam imaginando. Ele tendo este retardo mental, elas puderam fazer um laudo através do CADE e apresentar este laudo no PANAN, para que ele pudesse fazer um curso de auxiliar administrativo, que é justamente para estas pessoas que tem retardo mental. Então, o menino está frequentando o PANAN, está quatro vezes por semana na parte da manhã e está gostando muito. [...] isto estava parado e elas disseram que conseguiram fazer este laudo e, com base neste laudo, elas também podem receber este menino na CADE. [...] vai cuidar da família toda. [...] é o que a família precisa mesmo. (Reunião de discussão de casos de família 29/04/2011, psicóloga)

Neste momento, a compreensão da equipe acerca do processo saúde-doença do Sabiá pode estar vinculada a um objeto de trabalho, cujo recorte está restrito a questões biomédicas, o que leva a uma tendência, a ações de enquadramento em patologias, gerando ações de institucionalização e medicalização.

Nesta perspectiva biomédica, o CD, ao deparar-se com a queixa do Sabiá do dente fraturado, poderia objetivar sua ação centrada na recuperação do dente restaurando-o, em função das subjetividades presentes naquele momento: o compromisso profissional em reabilitar dentes; o prazer do trabalho artesanal proporcionado pela restauração; o sentimento de um dever a ser cumprido; um estímulo pelo desafio que o caso apresentava; um caso muito interessante para os alunos; o sentimento de fraternidade ou caridade; a idealização por um sorriso bonito.

Mas, a objetivação do processo de trabalho para o sujeito Sabiá parece ter-se ampliado, tendo em vista as condições em que se apresentava naquele momento: confuso, com dificuldades de relacionar-se, sem documentos, sozinho, frágil e desamparado. Estas condições acionaram no CD outras questões, como família, organização familiar, proteção da família, autonomia, possibilidades de transtornos mentais.

Ampliando o olhar para o cuidado do Sabiá

A distinção entre uma práxis da assistência e da atenção à Saúde Bucal pode ser compreendida a partir do processo de trabalho na saúde²⁰, entendendo-o como um processo de transformação, onde é possível identificar os seus elementos constituintes na produção do cuidado à saúde: o objeto que será transformado, os instrumentos e meios para produção e a força de trabalho ou profissionais.

Segundo o referencial do processo de trabalho, o objeto não se apresenta de forma natural, mas recortado pelo olhar do agente da ação – os profissionais da saúde, que imprimem nele as qualidades do produto que se intenciona gerar. Esta qualidade é evidenciada ativamente pelo agente que antevê no objeto de trabalho o resultado desejado pelo projeto de transformação. Ressalta-se que esse olhar é norteado por uma dada finalidade, geradora de todo o processo transformador. Esta qualidade inerente ao objeto e diretamente vinculada ao desejo de transformá-lo em algo é a intencionalidade do processo de trabalho, ou seja, o projeto prévio para alcançar o produto desejado que esteja, ainda, na mente do trabalhador. Diz respeito à direção e à perspectiva em que será realizada a transformação do objeto em produto.

Assim, o objeto do processo de trabalho, na lógica da assistência odontológica, está localizado na cavidade oral reconhecida como área morfológica de atuação do CD, à qual direciona a sua prática. O objeto, a matéria que vai ser transformada, na assistência odontológica, refere-se às necessidades biológicas, ou seja, o dente, a gengiva, a mucosa ou, sinteticamente, os tecidos moles e duros da cavidade bucal e sua fisiologia.

Os instrumentos e meios empregados neste processo de trabalho dizem respeito a tudo aquilo que o trabalhador utiliza para a transformação de seu objeto. Constituem-se nos aparelhos, instrumentos, materiais consumíveis, equipamentos e saberes específicos para a operação destes dispositivos.

Na perspectiva da atenção à Saúde Bucal, adicionalmente, se reconhece os elementos do processo de produção do cuidado à saúde. Neste campo, as práticas de Saúde Bucal extrapolam os limites da boca e estão constituídas por um conjunto de ações que incluem a assistência odontológica individual e ampliam seu campo teórico e prático em função dos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado. Estes elementos vinculam o adoecimento às condições de vida, do trabalho, da renda, da habitação, do saneamento e do lazer. Esta situação exige da atenção uma abordagem que transcende o âmbito da odontologia e também o da saúde, requerendo ações que envolvam outros setores da sociedade. Articula-se, também, com as outras disciplinas do campo da saúde, no sentido de identificar situações de risco comuns para agravos bucais e sistêmicos, buscando interagir com elas para elaboração de ações de saúde interdisciplinares^{5,11,21}.

Nessa perspectiva, os saberes e práticas de Saúde Bucal coletiva passam a se fazer presentes na produção do cuidado à saúde pelos trabalhadores da equipe de Saúde Bucal, da equipe de saúde da família, pelos profissionais das outras áreas da saúde e dos outros setores da sociedade⁵. Por conseguinte, a prática da atenção em Saúde Bucal vai ocorrer quando o trabalhador de saúde reconhecer como objeto de trabalho o sujeito, unidade mínima homogênea, autônoma, psíquica, sujeito da fala e do falar¹⁵. Também considera o sujeito, singular, único e insubstituível na sociedade, onde a relação sujeito-profissional e sujeito-paciente ocorrem segundo um horizonte de possibilidades, deslocando de uma individualidade-eu, substantiva, para uma individualidade-si, verbo, reflexiva e construída em ato, ou seja, a ipseidade²² do sujeito, historicamente constituído e protagonista do seu cuidado à saúde.

Isso nos encaminha para compreendermos a necessidade de ampliar os instrumentos ou meios de trabalho, incorporando tecnologias leves e leve-duras e criando dispositivos para que se expressem novos sentidos e significados acerca do que se faz, como se faz, para quem se faz, no sentido de possibilitar que a construção da intersubjetividade, entre os sujeitos envolvidos no cuidado nos serviços de saúde, contemple uma intencionalidade centrada no suporte para projetos de vida²².

Em um momento posterior, quando a equipe encontrava-se mais sensibilizada pela complexidade da família e agindo no contexto da atenção à saúde e da clínica ampliada, foi possível compreender o processo de saúde-adoecimento em que o Sabiá estava inserido, as circunstâncias familiares, as dificuldades para a sua adesão aos agendamentos, e a relação entre o “sorriso quebrado” e a afetividade de um adolescente. Este processo possibilitou que a equipe elaborasse um projeto terapêutico comum, melhorando a adesão do Sabiá ao tratamento odontológico, à terapia, ao estímulo para o desenvolvimento da sua cidadania e às ações de prevenção de Saúde Bucal.

[...] meu último atendimento foi ontem, deu para perceber mudanças, assim, nele, hora ele fica muito mais regredido, [...] então é um mundo de coisa que está acontecendo na vida dele e ele está experimentando mais, sabe. (Reunião de discussão de casos de família, 29/04/2011, ATO)

[...] ele participou conosco de uma oficina, despedida, estava lá embaixo e ele participou bem, a socialização dele, [...] achei muito educadinho, agora o que eu achei assim, nos fizemos uma brin-

cadeira, dançando, por que estava aquele clima meio, pusemos música e eu chamei uma senhora para dançar, na hora que chamei, vamos, na mesma hora ele participou, veio, dançou mesmo, [...], achei bonitinho, da socialização. (Reunião Administrativa, 30/04/2010, ACS.)

Percebe-se afetação e ternura no cuidado ao Sabiá e novos elementos são trazidos para a equipe, no sentido das descobertas que ele realiza neste momento da sua vida e que a aluna soube captar na forma de experimentação de vida. Esta produção de conhecimento a respeito do Sabiá, muito distinta do início, foi possível em função da interação entre os sujeitos profissional e usuário.

Neste sentido, a odontologia e a terapia ocupacional começam a integrar ações de saúde, produzem interações de interesses e saberes que possibilitaram o tratamento odontológico do Sabiá e a melhora da sua higiene bucal.

[...] nós temos feito atendimento odontológico ao menino e uma preocupação que nós temos é que o incisivo central dele não formou a raiz, evolui para um problema endodôntico e eu queria trazer para a equipe é que esse menino ele tem ido às visitas na T.O. e a sala da T.O. fica do lado da Odonto, então ficou interessante por que a T.O. marca, ele tem ido por que ele adere e já faz o atendimento odontológico. Então já foi possível fazer dois curativos neste dente para proporcionar a formação da raiz, tem que ir trocando este curativo uma vez a cada 15 dias... E aí da última vez, a aluna da T.O. comentou comigo que ela foi à casa conhecer e como ela está trabalhando com habilidades manuais, então, ela ensinou e acompanhou e ensinou a fazer a higienização bucal e está usando isso para desenvolver habilidades manuais [...]. (Discussão de Casos de Família, 01/07/2010, CD.)

Tal perspectiva, por outro lado, busca atingir grupos populacionais por meio de ações de alcance coletivo com o objetivo de manutenção da Saúde Bucal, fortalecimento da autonomia das pessoas no controle do processo saúde-doença e adoção de hábitos saudáveis para a vida. Articula-se, também, com as outras disciplinas do campo da saúde, no sentido de identificar situações de risco comuns para agravos bucais e sistêmicos, buscando interagir com elas para elaboração de ações de saúde interdisciplinares.

[...] o grupo que ele faz é junto com outro rapaz e é um grupo de atividade de vida diária, que é uma atividade de autocuidado e a atividade de vida prática, que é a parte de manuseio de dinheiro, de vida, das questões do dia a dia mes-

mo e ela está investindo bastante na saúde bucal dos dois, mesmo porque ele não tinha nem escova de dente na casa dele. Então, ela conversou com o pai dele, só tinha uma escova na casa, conversou sobre a importância disso e havia até trabalhado com ele para capacitar para compra de escova de dente, para depois trabalhar mesmo a saúde bucal [...]. (Reunião de discussão de casos de família, 01/07/2010, ATO)

Nesta perspectiva, os profissionais procuraram discutir o caso da família do Sabiá Laranjeira, com a intenção de ampliar o recorte do cuidado, trazendo novos elementos que produzem desterritorializações, reterritorializações e sensibilizam os profissionais para a ampliação da compreensão do processo saúde-doença.

Somando-se a ampliação do objeto da Saúde Bucal, resgata-se o conceito de bucalidade, que está composto pelos trabalhos de manducação, linguagem e erótica²³.

Manducar corresponde ao trabalho de apreender, triturar, insalivar e deglutir. Portanto, realiza consumo do mundo, ação que põe em relação às estruturas orgânicas e visíveis localizadas na parte superior do aparelho digestório com as vísceras não visíveis localizadas mais abaixo. Esta estrutura garante a sobrevivência do homem em sua natureza, a preservação ou reposição dos elementos que constituem sua unidade corpórea. Também é produzido o gosto ou formação do paladar, porque, para o homem, o hábito de se alimentar é uma atividade social, produzida culturalmente. Aqui reside uma relação entre a atividade de manducar e a satisfação, o gozo, que vão além das necessidades fisiológicas. Botazzo²³ diz que a satisfação e gozo bucais, conformados pela cultura, esbarram na razão e no desejo.

Assim, a manducação pode proporcionar que os prazeres bucais repitam-se incessantemente, e não havendo dispositivos reguladores, a manducação pode tornar-se deletéria para o próprio homem. Esses elementos da manducação se repetem nas outras atividades da boca. Produzem-se palavras e as consumimos, somos obrigados a pensar naquilo que falamos e, não raro, dizemos o que não queríamos dizer; também a palavra exagerada ou equivocada pode revelar-se deletéria. Quanto às relações amorosas, produzem-se atos bucais sexuais, o consumo e o deleite com o corpo do outro, pode resultar em conflito entre razão e emoção, por outra vez, a boca fará o que não devia ou de modo não recomendado²⁴. Posto que as três atividades da bucalidade são dimensões da vida do homem em sociedade, resultando na produção social da boca humana, este funcio-

namento da boca e esta fisiologia estão permanentemente encobertos.

Podemos associar que a demanda apresentada pelo Sabiá Laranjeira na USF Rubi, pode não representar as suas reais necessidades ou pode estar subdimensionada, em função da ausência de percepção dos usuários em relação ao funcionamento da boca na sua dimensão de produção social, a bucalidade.

Na perspectiva da Atenção à Saúde, a demanda do Sabiá Laranjeira, um adolescente, com “sorriso quebrado”, devido a um dente anterior fraturado, pode ser o constrangimento por ter prejudicada uma das capacidades de expressar suas afeições, o sorriso.

Compondo um campo de saúde bucal coletiva

A compreensão da demanda do Sabiá Laranjeira, a respeito do “sorriso quebrado” e das possibilidades do despertar para as relações de afetividade, foi possível de ser elaborada em um processo de desconstruções e construções de um saber a respeito da família, pelo terapeuta ocupacional, pelo agente comunitário de saúde, CD e outros que se mostraram atentos para outras leituras das necessidades expressas pelo Sabiá. Trata-se de uma leitura provisória, por ter sido verdadeira para aquele momento e capaz de gerar ações no sentido do cuidado em saúde, especificamente, a respeito dos cuidados de Saúde Bucal e o desenvolvimento da afetividade do Sabiá.

A conformação de um campo de conhecimento e práticas de Saúde Bucal na USF Rubi ampliou o acesso a atenção à Saúde Bucal, a exemplo do caso da Família do Sabiá, em que a ação de supervisão de escovação dentária, que incluía a aquisição de dentifrício e escova dentária, foi realizada por profissionais da Terapia Ocupacional, com um triplo objetivo: desenvolver habilidades manuais, melhorar o hábito de higiene bucal e estimular a socialização do Sabiá. Deste modo, este campo de conhecimento e de práticas de Saúde Bucal na equipe produz espaços para a criação de ações interdisciplinares e possibilita que os sujeitos/usuários estejam mais expostos a alternativas de cuidados de saúde. Essa composição do processo de trabalho em saúde leva a uma ampliação na oferta do cuidado em Saúde Bucal, mas, principalmente, a uma melhora na qualidade da atenção à saúde e a possibilidades de construção de projetos de vida pelos sujeitos/usuários e sujeitos/trabalhadores, o que pode ser

exemplificado pelo relato de uma médica do curso de residência em saúde da família e medicina comunitária sobre sua percepção e experiência em outro serviço:

[...] o sofrimento pode ser uma dor social, o não uso de uma prótese, a falta do dente. [...] Atendi um caso de desdentado e tive dificuldade de trabalhar com uma prótese, a partir da queixa do paciente, senti responsável em lidar com esta questão por não ter outro profissional dentista na unidade, examinei e achei engraçado pela falta de habilidade e a responsabilidade com o caso [...]. (Reunião Administrativa, 03/09/2010, RMFC)

Na interação entre a família do Sabiá e a equipe de saúde da família, o grupo de profissionais conseguiu reconhecer que o Sabiá obteve ganhos para a vida com as ações de saúde realizadas pela equipe, embora restritas ao Sabiá, ao mesmo tempo, vão percebendo que as ações estão limitadas ao modo como o pai cuida das crianças, sugerindo negligência. Esta percepção levou a equipe a acionar outros setores da sociedade em busca de melhorar a estrutura da família, tais como: o conselho tutelar e a promotoria da infância e juventude. A família continua sendo acompanhada pela equipe e mantém-se um bom vínculo entre ela e o serviço.

Conclusões

O estudo do caso do Sabiá, na pesquisa sobre a prática de Saúde Bucal em uma equipe de saúde da família, permitiu verificar que o trabalho em equipe pautado pela interação de saberes e articulação de práticas é um processo de construções e desconstruções, polarizado nas concepções de práticas de assistência e atenção à saúde, mas

possui potência para ampliar os horizontes para a compreensão do processo saúde-doença e a organização do cuidado a saúde.

A cartografia, enquanto método da pesquisa-intervenção mostrou-se potente para a compreensão das interações de saberes e práticas em uma unidade de saúde da família, permitindo acompanhar os movimentos de um grupo de pessoas, em seu processo grupal, de forma dinâmica e provisória, por ter sido verdadeiro para aquela equipe naquele momento.

A conformação de um campo de conhecimento e práticas de Saúde Bucal na USF Rubi ampliou o acesso à atenção à Saúde Bucal e a construção de projetos para a vida, a exemplo do caso do Sabiá, em que a ação de supervisão de escovação dentária, realizada por profissionais da Terapia Ocupacional e de Saúde Bucal, com um duplo objetivo, melhorar o hábito de higiene bucal e estimular a socialização do Sabiá.

Colaboradores

F Silveira, SM Mishima, MGC Watanabe, CM Fortuna, S Matumoto e MJ Bistafa, compuseram a equipe de pesquisadores, participando do planejamento do projeto e discussão dos resultados. JC Bregagnolo participou da revisão do texto do artigo.

References

1. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica* 2001; 35(1):103-107.
2. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 1997; 2(1-2):5-23.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: MS; 1994.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: MS; 2004.
6. Canesqui AM. *Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1995.
7. Nunes ED. História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2239-2243.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 267, de 6 de março de 2001. Dispõe sobre as normas e diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2001; 7 mar.
9. Lapassade JG. *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1977.
10. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia v.1*. São Paulo: Ed. 34; 2009.
11. Narvai PC. *Saúde bucal: assistência ou atenção? Oficina do Grupo de Trabalho "Odontologia em Silos – Sistemas Locais de Saúde"*. São Paulo: Rede CEDROS; 1992.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: MS; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
13. Cavalcante RA, Barbosa DR, Bonan PRF, Pires MBO, Martelli-Júnior H. Perfil dos pesquisadores da área de odontologia no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). *Rev. bras. epidemiol* 2008; 11(1):106-113.
14. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina; 2009.
15. Baremlitt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes. Teoria e Prática*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 2002.
16. Barbier R. *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
17. Altoé S, organizador. *René Lourau. Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004.
18. Rodrigues, BC, organizador. *René Lourau na UERJ, 1993: análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro, 1993. [cited 2011 nov 23]. Available on: <http://pt.scribd.com/doc/49274700/analise-institucional-lourau>
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
20. Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. [Cited 2011 Sep 20]. Available on: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>.
21. Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec; 1994.
22. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude colet* 2001; 6(1):63-72.
23. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):7-17.

Artigo apresentado em 18/10/2013

Aprovado em 27/02/2014

Versão final apresentada em 04/03/2014