



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ÂNGELA ANDRADE MARTINS

AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA DE SAÚDE BUCAL EM UM CENTRO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE CAMPINAS A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA GRUPAL

CAMPINAS

2017

ÂNGELA ANDRADE MARTINS

AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA DE SAÚDE BUCAL EM UM CENTRO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE CAMPINAS A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA GRUPAL

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas como parte dos  
requisitos exigidos para a obtenção do  
título de Mestra em Saúde Coletiva:  
Políticas e Gestão em Saúde, na área de  
concentração de Política, Gestão e  
Planejamento

ORIENTADORA: LUCIANE MARIA PEZZATO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA  
ALUNA ÂNGELA ANDRADE MARTINS, E ORIENTADA PELA  
PROFA. DRA. LUCIANE MARIA PEZZATO.

CAMPINAS

2017

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** Não se aplica.

Ficha catalográfica

Universidade Estadual de Campinas

Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas

Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

Martins, Ângela Andrade, 1966-  
M366a Ampliação da clínica de saúde bucal em um centro de saúde do município de Campinas a partir de uma perspectiva grupal / Ângela Andrade Martins. – Campinas, SP: [s.n.], 2017.

Orientador: Luciane Maria Pezzato.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde bucal. 2. Saúde pública. 3. Promoção da saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5. Análise institucional. I. Pezzato, Luciane Maria. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Oral health clinic expansion from a group perspective in a public health center unit of Campinas city

**Palavras-chave em inglês:**

Oral health

Public health

Health promotion

Primary health care

Institucional analysis

**Área de concentração:** Política, Gestão e Planejamento

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Luciane Maria Pezzato [Orientador]

Núncio Antônio Araújo Sól

Daniele Pompei Sacardo

**Data de defesa:** 21-07-2017

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

---

## **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

ÂNGELA ANDRADE MARTINS

---

---

ORIENTADOR: Luciane Maria Pezzato

---

---

### **MEMBROS:**

---

1. PROF. DRA. Luciane Maria Pezzato
2. PROF. DR. Núncio Antônio Araújo Sól
3. PROF. DRA. Daniele Pompei Sacardo

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: 21/07/2017**

---

Aos meus pais, pelo amor incondicional.

À Dona Alice (*in memoriam*), pelo seu empenho e dedicação ao grupo.

## **AGRADECIMENTOS:**

À Deus, nosso Senhor, por tornar esse desejo possível.

À minha família, pelo apoio e parceria: à minha filha Bruna, pela colaboração em todos os aspectos, desde conhecimentos sobre informática, filosofia, português e interesse pelo grupo.

Ao meu esposo Ricardo, por compreender as minhas ausências e pela paciência em meus momentos de crise.

À minha irmã Patrícia, sempre presente na minha vida.

À minha orientadora Luciane, que me fez vivenciar na prática a potência do encontro.

À Solange L'Abbate, pela generosidade em compartilhar tanto conhecimento e competência.

Ao Carlos Botazzo, por me trazer tantas inquietações e me apresentar à bucalidade.

À Daniele Sacardo e Núncio, que aceitaram o convite de compor às bancas de qualificação e defesa, por contribuírem com o trabalho com críticas e sugestões.

Aos professores e colegas do Mestrado Profissional, que proporcionaram viver uma experiência única.

À equipe amarela, especialmente Adriana Souza, Calixto e Parê.

Aos usuários do grupo, pelas trocas de experiências e saberes.

Aos professores da PUC-Campinas, especialmente Maria Teresa Cristina e Thiago Castro.

Às minhas amigas: Ana Cláudia Pimenta, Geowanna e Vania, pois sem amigos não é possível seguir em frente.

## **RESUMO**

Este trabalho teve a pretensão de analisar, a partir de um grupo educativo com hipertensos e diabéticos pertencentes à uma equipe de saúde da família do município de Campinas-SP, possibilidades de ampliação da clínica da saúde bucal. A Promoção da Saúde foi pano de fundo dessa pesquisa, pois entendemos que as práticas grupais são dispositivos importantes na Atenção Primária à Saúde (APS) para a ampliação da clínica. O aporte teórico-metodológico utilizado foi a Análise Institucional em sua abordagem Sócio-histórica. Utilizamos como ferramentas para a produção dos dados: a análise de alguns documentos existentes, a técnica de entrevista com profissionais e usuários/as integrantes do grupo, um grupo focal com a referida equipe de saúde da família e também o diário de pesquisa na perspectiva de analisar as implicações da pesquisadora. O trabalho de campo nos revelou que o grupo pode sim funcionar como ampliação da clínica da saúde bucal, tanto para os profissionais quanto para os usuários. A participação efetiva da dentista-pesquisadora no grupo com hipertensos e diabéticos mostrou para a equipe que é possível ao profissional da Odontologia sair do seu núcleo e buscar a saúde coletiva no seu campo.

**Palavras-chaves:** Saúde Bucal; Saúde Pública; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Análise Institucional.

## **ABSTRACT**

This paper intended to analyse - from an educational group of hypertensive and diabetics in the work area covered by a public system family health team located in Campinas city the possibilities of oral health clinic expansion. The Health Promotion was the background of this research, as we understand that group practices are important tools in Primary Health Attention for the expansion of the clinic. The theoretical-methodological contribution was the Institutional Analysis in its socio-historical approach. We used as tools to produce the data: the analyses of pre-existent documents, performing interviews with professionals and members of the group, a focus group with the referred family health team and the research journal with the perspective of analysing the researcher's implications. The field work revealed that the group can act and collect results as an extension of the oral health clinic, both for professionals and for users. The effective participation of the dentist-researcher in the group with hypertensive and diabetic showed to the team that it is possible to extend their core and seek for the collective health in their field.

**Key-words:** Oral Health, Public Health, Health Promotion, Primary Health Attention, Institutional Analysis.



## **LISTAS DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1-Mapa da cidade de Campinas, dividida em Distritos.....	21
Figura 2- O grupo com hipertensos e diabéticos- alongamento.....	25
Figura 3- Trabalhos manuais realizados pelas senhoras frequentadoras do grupo.....	45
Figura 4- Participação da enfermagem da PUC-Campinas.....	50
Figura 5- Amigo secreto realizado no grupo.....	53
Figura6- Atividade em comemoração ao dia da mulher.....	55

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB- Atenção Básica  
ACS- Agente Comunitária de Saúde  
AI- Análise Institucional  
AIDS/HIV- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
APS- Atenção Primária à Saúde  
ART- Tratamento Restaurador Atramático  
ASB- Auxiliar de Saúde Bucal  
CEP- Comissão de Ética em Pesquisa  
CETS- Centro de Educação do Trabalhador da Saúde  
CNE/CES- Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior  
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CS- Centro de Saúde  
DIM- Dispensação Individualizada de Medicamentos  
DM- Diabetes Mellitus  
DP- Diário de Pesquisa  
DPNSB- Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal  
DST/AIDS- Doenças Sexualmente Transmissíveis  
EP- Educação Permanente  
ESF- Estratégia de Saúde da Família  
FCM- Faculdade de Ciências Médicas  
FORP-USP- Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo  
GAP- Grupo Alta Pactuada  
GF- Grupo Focal  
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica  
MCTI- Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações  
MEC- Ministério da Educação  
MG- Minas Gerais  
MS- Ministério da Saúde  
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NPS- Nova Promoção da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PA- Pressão Arterial

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET-SAÚDE GRADUA/SUS- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PIA- Programa Inversão da Atenção

PMC- Prefeitura Municipal de Campinas

PNES-SUS- Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNPS- Política Nacional de Promoção da Saúde

PR- Paraná

PSF- Programa de Saúde da Família

PT- Prótese Total

PUC-Campinas- Pontifícia Universidade Católica de Campinas

SCTI/MS- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

SMC- Secretaria Municipal de Campinas

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SP- São Paulo

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNASUS-UNIFESP- Universidade Aberta do SUS-Universidade Federal de São Paulo

UNICAMP- Universidade Estadual de Campinas

## SUMÁRIO

Apresentação.....	13
1. Introdução.....	17
1.1.Cenário da pesquisa.....	21
1.2.Objetivos.....	27
Objetivo Geral.....	27
Objetivos Específicos.....	27
2. Percurso teórico-metodológico.....	28
3. Referencial Teórico.....	33
3.1. Sobre Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde e Educação em Saúde.....	33
3.2. Sobre grupos.....	37
3.3. Sobre a Saúde Bucal.....	41
4. Resultados e Discussões.....	44
4.1. O grupo e a sua constituição sócio-histórica.....	44
4.2. Conhecer a percepção dos usuários e dos profissionais sobre o grupo.....	51
4.3. Ampliar espaços de diálogo entre esta equipe de saúde da família e o campo da saúde Bucal.....	55
5. Considerações Finais.....	59
6. Referências Bibliográficas.....	61
7. Apêndices.....	66
7.1. Termo de consentimento livre e esclarecido- profissionais.....	66
7.2. Termo de consentimento livre e esclarecido- usuários.....	69
8. Anexos.....	72
8.1. Parecer consubstanciado do CEP.....	72
8.2. Autorização da Instituição.....	78
8.3. Autorização da Universidade.....	79

## APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa remete às minhas relações com o Sistema Único de Saúde (SUS), à Atenção Primária à Saúde (APS) e às ações de Promoção da Saúde como dentista, pois acredito que uma das nossas funções enquanto profissionais da saúde é a de incentivar os pacientes no cuidado com sua saúde, tornando-os corresponsáveis pela manutenção da mesma.

Não posso deixar de mencionar as minhas implicações como sujeito também deste estudo, pois somos atravessados por múltiplas instituições e tal fato afeta as nossas escolhas e a nossa história.

Segundo Coimbra<sup>1</sup> René Lourau e Georges Lapassade nos trazem o conceito de implicação em suas publicações a partir de 1971, que contribuíram com relatos das intervenções sócio-analíticas produzidas pelo grupo relacionado a esses autores:

(...) naquele momento já se fazia uma crítica radical ao positivismo e sua crença na neutralidade científica (...) opondo-se ao intelectual neutro-positivista, a Análise Institucional vai nos falar do intelectual implicado, definido como aquele que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando também o lugar que ocupa na divisão social do trabalho na sociedade capitalista, da qual é um legitimador por suas práticas. Portanto, analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada<sup>1</sup>.

Trago a seguir minhas implicações com a odontologia, apresentando as escolhas que fiz ao longo dos anos na busca da ampliação da clínica.

### 1- De dentista para profissional da saúde bucal.

Eu tive uma formação numa Instituição hegemônica médico-centrada (FORP-USP), sem me dar conta desse fato segui meu caminho profissional, concluí a graduação em Odontologia em 1988. Fiz residência na mesma Instituição na qual me formei e através desta recebi o Título de Especialização em Dentística Restauradora. Trabalhei em algumas clínicas e cheguei a ter meu próprio consultório. Sempre gostei de conversar muito com as pessoas, de ‘olhar nos olhos’, dispensar a atenção necessária.

Em 1996, após 8 anos de formada ingressei no serviço público, trazendo comigo as experiências de trabalhar em um consultório particular, fazendo uma clínica individual e solitária. Em minha formação não tive contato prático algum com uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Esse aprendizado só foi acontecer durante o meu processo de trabalho, na prática mesmo. Neste período participei de algumas capacitações oferecidas pela Secretaria da Saúde embora sempre referente ao meu núcleo de formação, como capacitação em

campanhas de câncer bucal, ou técnicas como uso de papa-cárie nas restaurações, anestesiologia em odontologia e etc.

Em 2005 que algumas coisas começaram a mudar: foi quando participei de uma reunião com os profissionais da saúde bucal que pertenciam a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde tive o conhecimento da existência de um grupo denominado Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal (GAP-Saúde Bucal)<sup>i</sup>, que discutia uma proposta denominada Alta-Pactuada<sup>ii</sup> em saúde bucal. Fiquei muito interessada e ao final da reunião, procurei os apoiadores que coordenavam o projeto, para saber mais sobre o assunto.

Começo a participar então como sujeito da pesquisa de doutorado intitulada “Encontros, instituições e sujeitos em análise: a Alta Pactuada em Saúde bucal”, Pezzato<sup>3</sup>

Este momento foi um marco muito importante para mim, pois comecei a vivenciar outros paradigmas sobre o fazer saúde, fui apresentada à Saúde Coletiva e desde então nunca mais fui a mesma. Houve uma transformação pessoal, profissional, libidinal e filosófica em mim.

Nessa época, para entender melhor a tese de doutorado, cuja metodologia era baseada nos conceitos da Análise Institucional, me inscrevi em 2006, juntamente com outros colegas que faziam parte GAP-Saúde Bucal, como aluna especial na disciplina da pós-graduação da Professora Dra. Solange L’Abbate: Tópicos de Ciências Sociais, Medicina, Saúde e Sociedade, onde iniciei meu aprendizado no referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, e onde também tive meus primeiros contatos com as Ciências Sociais.

## 2- De profissional de saúde bucal para pesquisadora.

Em 2009, sofri um acidente de trabalho e tive que ser afastada durante um ano, retornando ao trabalho após esse período com restrição médica, sendo impedida de trabalhar na cadeira odontológica. Fato este que me possibilitou trabalhar exclusivamente com Promoção da Saúde, fora do consultório odontológico.

Além de ir para as escolas fazer atividades preventivas e educativas, me envolvi com a Integração Ensino-Serviço da parceria da Unidade onde trabalho com a Pontifícia Universidade Católica de Campinas- PUC- Campinas. Comecei então trabalhar com os

---

<sup>i</sup> Grupo Alta Pactuada em Saúde Bucal – GAP-Saúde Bucal, formado por profissionais da rede que faziam parte de um projeto de doutorado, que estava em andamento.

<sup>ii</sup> A proposta da Alta Pactuada era a realização de 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<sup>2</sup>.

estudantes de odontologia e a professora Luciane Maria Pezzato onde realizamos diversas atividades como visitas domiciliares com equipe multiprofissional com professores e estudantes da medicina, da enfermagem, da nutrição e da odontologia; grupos educativos e de vivências em espaços fora da Unidade de saúde (Grupo do Progen<sup>iii</sup> e Grupo com Hipertensos e Diabéticos de uma equipe de saúde); realização de Restaurações Atraumáticas (ART)<sup>iv</sup>, em escolares de escolas de ensino fundamental e infantil.

Terminada minha restrição médica, fui chamada pela gestão para retomar meu trabalho na cadeira odontológica. Existe uma normativa instituída no serviço público na qual o profissional de saúde bucal deve realizar 75% de suas atividades no consultório odontológico, e 25% em atividades fora da cadeira odontológica, que incluem os tradicionais Procedimentos Coletivos de escovação supervisionada em escolares, onde existe uma cobrança efetiva da gestão pela produtividade, para garantir a verba recebida pela execução dos mesmos. Diante do exposto, a gestão solicitou que eu escolhesse uma das atividades que eu estava exercendo com os estudantes para ser mantida. Foi neste momento que decidi continuar o trabalho com o grupo de hipertensos e diabéticos. Esta escolha tem relevância na minha implicação com o grupo, pois já estava bem envolvida com o mesmo, talvez pelo fato de também ser diabética e hipertensa o que me fazia partilhar dos mesmos sentimentos.

No final de 2011, iniciei uma especialização em Saúde da Família - Modalidade à Distância- UNASUS-UNIFESP, onde entrei em contato com conceitos que me ajudaram a ampliar minha atuação, pois o curso era interdisciplinar, contando com profissionais de enfermagem, medicina e saúde bucal. Pude ter contato com os serviços de outros municípios, da forma como eram organizados e como eram as políticas públicas dos mesmos.

Por causa do meu vínculo com o Grupo da Alta Pactuada em Saúde Bucal, em 2012 fui convidada a participar de um projeto de pesquisa coordenado pelo Prof. Dr. Carlos Botazzo- Faculdade de Saúde Pública-USP “Projeto Inovação na produção do cuidado em saúde bucal: possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema

---

<sup>iii</sup> O Progen (Projeto gente nova) é uma ONG localizada no território do CS, onde acontecem vários projetos com atividades extra-curriculares para crianças e adolescentes, foi fundado de início para esse fim, para tirar crianças e adolescentes da rua, mas ampliou para atender também as famílias desses jovens e crianças. Eles têm atividades para adultos e idosos também e, em 2011, iniciamos um grupo com os idosos como foi citado acima.

<sup>iv</sup> ART- o Tratamento Restaurador Atraumático foi proposto como uma nova abordagem para o tratamento da cárie, pois visou atender as populações carentes desprovidas de energia elétrica e reduzir custos. Este tipo de tratamento busca também respeitar um dos principais conceitos atuais da prática odontológica que é criar um ambiente favorável que detenha o processo da doença cárie através da mínima intervenção e máxima preservação das estruturas dentárias. Além do aspecto curativista dos preparos cavitários e restaurações, somam-se as vantagens da preocupação voltada para a promoção de saúde, educação e motivação dos pacientes<sup>4</sup>.

Único de Saúde”<sup>5</sup>. A proposta, para a minha Unidade, foi trabalhar a inovação com a inserção da dentista da equipe de saúde da família no grupo educativo com hipertensos e diabéticos. Participar desse projeto me trouxe mais inquietações sobre a minha prática e sobre a resolutividade do serviço de saúde bucal. Nesta fase comecei a refletir muito sobre a subjetividade. Em 2014 estava tão envolvida com o “Projeto Inovação na produção do cuidado em saúde bucal” que levei vários trabalhos para congressos, abordando minha atuação com o grupo e a partir daí iniciei uma nova empreitada: construir um projeto de pesquisa para participar da seleção do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Política e Gestão, do Departamento de Saúde Coletiva –FCM-Unicamp.

### 3- De pesquisadora para profissional da saúde coletiva.

Em 2015 finalmente consegui realizar um desejo antigo e ingressei no mestrado profissional em Saúde Coletiva: Política e Gestão, do Departamento de Saúde Coletiva –FCM-Unicamp, que foi uma experiência ímpar para mim, onde pude aprofundar meus conhecimentos da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais, dividindo espaço com pessoas de várias profissões e regiões do país, privilegiada pela troca de saberes e afetos.

Em 2016 iniciei minha participação como preceptora do PET-SAÚDE GRADUA/SUS ENFERMAGEM da PUC-CAMPINAS, que para mim teve um grande significado, pois neste biênio 2016-17 a Odontologia não foi contemplada e assim mesmo ingressei nesta nova atividade, reafirmando meu envolvimento e lugar de atuação como profissional da Saúde Coletiva que engloba também a Saúde Bucal.

Para encerrar, gostaria de reforçar que trabalho na mesma Unidade de Saúde há 19 anos, e que o grupo com diabéticos e hipertensos existe há 15 anos, e que faço parte da equipe de saúde e também do grupo (desde 2012), acompanhando todos os seus avanços e percalços. Este fato possibilitou que eu trouxesse as minhas narrativas/memórias sobre o grupo.



## 1-INTRODUÇÃO

Este trabalho iniciou-se junto a uma pesquisa multicêntrica denominada “Inovação na produção do cuidado em saúde bucal: Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde”<sup>5</sup> (Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-10/2012), aprovada pelo CONEP - Processo nº 501-069/2014, que propõe novas tecnologias para o cuidado em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, buscando experienciar outras possibilidades da clínica ampliada de saúde bucal na Atenção Básica, na perspectiva da integralidade.

Foi a partir da inserção da dentista, agora também pesquisadora, na pesquisa referida anteriormente que surgiu o desejo de continuar a investigar os outros espaços que a saúde bucal e, especificamente, o dentista de uma equipe de saúde da família pode ocupar na APS, numa perspectiva de promover saúde.

Em Campinas, o Projeto Inovação desenvolveu-se em dois Centros de Saúde, sendo um deles o Centro de Saúde que realizamos esta pesquisa para o Mestrado Profissional. A proposta foi trabalhar a inovação com a minha inserção como dentista da equipe de saúde da família no grupo educativo com hipertensos e diabéticos, existente desde 2002, onde foram realizadas ações semanais interdisciplinares com a participação também de estudantes de graduação de enfermagem, medicina, nutrição e, mais recentemente, de odontologia da PUC-Campinas.

Diante disso, esta dentista-pesquisadora começou a questionar-se sobre a sua própria clínica, sobre o acesso dos usuários na saúde bucal, refletindo sobre possibilidades de melhora da situação, se apenas o atendimento na cadeira odontológica seria resolutivo ou se deveríamos investir mais na Promoção da Saúde em outros espaços.

Uma ferramenta que pode nos ajudar a refletir sobre essas questões foi proposta por Campos<sup>6</sup> através dos conceitos de campo e núcleo: “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”<sup>6</sup>.

Estes conceitos reforçam a ideia de que a saúde bucal pode se estender para outros espaços, além dos já ocupados por ela, como rotineiramente acontece dentro do consultório do centro de saúde em seu núcleo de atuação, como ficou evidenciado durante o Projeto Inovação.

Trazemos aqui um episódio ocorrido no trabalho de campo do Projeto Inovação que trouxe outros modos de se fazer saúde bucal na APS. Seguindo as etapas do projeto, foi ofertado

aos frequentadores do grupo com hipertensos e diabéticos, também a possibilidade de tratamento odontológico, porém, de forma diferente da que acontecia rotineiramente na Unidade.

Primeiro foi proposto uma anamnese coletiva, onde reunimos os interessados no mesmo local onde acontecia as reuniões do grupo e realizamos uma conversa sobre saúde, vida, sobre as condições bucais dos usuários e refletimos porque foi assim esse percurso. Foi muito rica essa discussão, e no final desse encontro foi feito um agendamento individual para cada um dos participantes desse primeiro momento. Entretanto a consulta seria numa sala comum do centro de saúde (onde ocorriam consultas médicas, nutricionais, entre outras), sem equipamentos odontológicos. Os pacientes sentiram-se mais à vontade e relataram suas histórias de vida e o que queriam para seu tratamento dentário. E somente após este momento foi agendado o tratamento<sup>5</sup>. Em um desses atendimentos, houve um fato peculiar, que foi registrado no diário desta dentista-pesquisadora na época:

*“Minha última paciente agendada de hoje chegou meio receosa, comentou que precisou criar coragem para vir até a consulta pois tinha muita vergonha. Ela disse que havia quebrado a Prótese Total (PT) superior e que o vizinho havia colado com super-bonder. Já tinha algum tempo que havia crescido ‘uma carne esponjosa’ por cima. Tempos atrás, ela levou seu filho com problemas psiquiátricos para fazer tratamento odontológico com o dentista do período da tarde (que não era eu), e que ela tentou falar para o dentista, mas teve muita vergonha. E que, agora sim, bem reservado comigo, por ser dentista mulher, ela criou coragem para contar. Depois de conversar propus irmos para a sala da odonto para examinar e, qual não foi a minha surpresa, quando vi que ela estava usando a P.T. superior partida ao meio, em 2 pedaços, com Hiperplasia fibrosa na borda esquerda da maxila. Ela usa assim solta, quebrada na boca. A paciente comentou ‘Sem dente não dá para ficar, né doutora?!’. Mais tarde em casa refletindo, constatei que o grupo está sendo uma porta de entrada para um outro modo de fazer o tratamento odontológico”<sup>5</sup>.*

Foi preciso mudar de lugar, sair do consultório odontológico, sem abandoná-lo, para que esta dentista pudesse buscar outros modos de fazer a clínica na APS.

Defendemos a ideia de que a saúde bucal pode ampliar sua clínica para além dos consultórios odontológicos e dos procedimentos preventivos coletivos realizados nas escolas, e também ocupar um espaço mais frequente nas visitas domiciliares, com uma participação mais efetiva no núcleo de saúde coletiva, no colegiado gestor da unidade, nos conselhos locais de saúde, nas reuniões de equipe, nas ações de vigilância, na integração ensino-serviço-comunidade, na gestão, nas ações de promoção da saúde, onde podemos destacar os grupos educativos, abrindo

assim o leque de opções para o profissional ampliar também sua visão enquanto trabalhador de uma unidade básica de saúde que oferece diferentes serviços para a produção do cuidado.

Estamos entendendo saúde bucal como um campo de saberes e práticas que não é o mesmo da odontologia. Alguns autores se debruçaram em esclarecer esta distinção nos quais destacamos dois deles: Carlos Botazzo<sup>7-9</sup> e Paulo Capel Narvai<sup>10</sup>. Saúde bucal pode ser entendida, então, como um movimento instituinte dentro da odontologia, trazendo uma abordagem da clínica ampliada à clínica odontológica tradicional, instituída, centrada nos dentes e suas patologias. Fonseca et al.<sup>11</sup> ressalta que essa visão “limitada” da odontologia se deve principalmente pelas características do processo de formação na área da saúde, em que prioriza o atendimento assistencial, e reforça:

Entretanto, tendo em vista que essa é apenas uma dimensão da atenção em saúde e que, sozinha, não responde aos anseios e necessidades de saúde da população, há que se pensar a formação em saúde com o olhar voltado para o cotidiano do ‘trabalho vivo’ em saúde<sup>11</sup>

A última atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da Odontologia é do final de 2001, onde resume as competências para formar um profissional cirurgião-dentista:

Que tenha uma vasta vivência clínica, com técnicas sofisticadas de cura sustentada por uma sólida base em ciências básicas. Que possa exercer a profissão em consultório privado, mas que se adapte a equipes multidisciplinares e serviços socializados<sup>12</sup>

Como pode ser observado na citação anterior, existe uma necessidade de mudança curricular nos cursos de graduação em Odontologia, para que haja maior relevância para a saúde coletiva, tratando-a como eixo importante e, com um perfil generalista.

Fajardo<sup>13</sup> enfatiza que há uma questão cultural, envolvendo os sujeitos com relação ao processo operacional do dentista, em que ainda pesa o velho e tradicional lugar nuclear, instituído: a cadeira odontológica:

A cultura tradicional enfatiza a imagem do dentista em um consultório com instrumentos na mão, realizando procedimentos e cercado de um aparato tecnológico mais ou menos avançado.

Creio que neste ponto deve ser feita uma reflexão sobre a identidade e o papel de uma odontóloga como trabalhadora comunitária em uma equipe multidisciplinar que entrecruza seus conhecimentos e práticas. (...)

Isso reforçou meu incômodo com a questão de que eu não era dentista se não estivesse no gabinete, cercado de instrumentos e “arrancando” um dente!<sup>13</sup>

Entendemos que é preciso ir além, e compreender o adoecimento bucal para além da boca, além dos dentes, enfim, olhar para o sujeito que adoecer, pois, a boca faz parte de um corpo, corpo este que pulsa, vive, sonha, sofre. O conceito de bucalidade pode nos auxiliar neste caminho, como Botazzo <sup>9</sup> nos explica:

As reduções nas desigualdades sociais encontram ocasião de serem superadas com o conceito de bucalidade. Ele se vincula à experiência do sujeito como totalidade e não apenas como experiência dentária (ou separada, o que é o mesmo). É assim que a bucalidade vem articulada com a vida social genérica ou como parte do nexo biopsicossocial. Assim, permite pensar na promoção da saúde em saúde bucal de outra forma, não mais como expressão separada de órgãos do corpo, mas, sim, como manifestação do corpo por completo, o sujeito por inteiro nas suas determinações, limites e possibilidades<sup>9</sup>.

O conceito de bucalidade aproxima e amplia o que se coloca como “objeto” da odontologia na perspectiva da integralidade do cuidado, reforça a possibilidade de estar em outros espaços do cuidado, juntamente com outras áreas da saúde.

Fonseca et al.<sup>11</sup> relata que:

(...) Integralidade diz respeito ao “homem inteiro, salvo, intacto, salvo”, como expressa Nunes (1995). Pensar a pessoa doente é aspecto fragmentado da realidade, porque a realidade da pessoa distribui-se de modo muito mais amplo e significativo que pensá-la na dimensão da sua especificidade, como “ser doente ou ser doença” Pensar desse modo é pensar de modo fragmentado, imaginando a pessoa doente separada do seu contexto social, da sua vida por inteiro<sup>11</sup>.

Para tanto, a subjetividade é fundamental nesse processo, enxergar o outro, escutar suas demandas, respeitar suas necessidades, sem a imposição hegemônica do saber biomédico, permitindo um diálogo com o paciente, empoderando-o como sujeito de sua própria história, incentivando o autocuidado, tornando-o corresponsável.

Para trabalhar a clínica ampliada, é necessário conhecer a realidade cotidiana do sujeito, onde vive, como são suas relações sociais e psicológicas. Como Hafner et al.<sup>14</sup> relata quando se refere ao foco da singularidade do paciente, a partir da sua individualidade e suas relações familiares e sociais e também o estabelecimento de vínculo, a autora nos lembra que: “a clínica ampliada é entendida, então, como a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais”<sup>14</sup>

Esta pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/12 do CNS referentes aos aspectos éticos. Teve a aprovação do CEP Processo no. 1.552.954.

### 1.1-Cenário da pesquisa

#### Uma breve apresentação da Políticas de Saúde de Campinas:

- Gestão do período de 2001-2004.

Campinas apresenta cinco distritos de saúde: Norte, Sul, Sudoeste, Leste e Noroeste. Em 2001, o Programa Saúde da Família torna-se diretriz da Secretaria Municipal de Saúde, numa perspectiva ampliada do Paidéia/PSF.



Figura 1- Mapa da cidade de Campinas dividida em Distritos.

A concepção Paidéia foi apresentada na tese de livre docência do então secretário da saúde, Gastão Wagner de Souza Campos, que trazia algumas características diferentes do Programa Saúde da Família, como explica Marques<sup>15</sup>:

Durante o ano de 2001, as equipes locais da rede básica de Campinas foram inteirando-se do projeto Paidéia/PSF e redefinindo seus processos de trabalho, alocando-se em equipes de referência de acordo com a necessidade da área de cobertura de cada CS. (...) todas as equipes ampliaram seu território para se adequar a esta nova proposta do Paidéia/PSF<sup>15</sup>

Os conceitos que direcionaram a organização da proposta na concepção Paidéia são basicamente: a clínica ampliada, a democratização da gestão (sistema de cogestão) e a integração do hospital<sup>16</sup>

Sousa e Hamann<sup>17</sup> destacam as experiências de alguns municípios como a cidade de Campinas que contribuíram para a mudança no modelo assistencial de saúde no Brasil:

As experiências desenvolvidas em municípios como Montes Claros (MG), Londrina (PR), Campinas (SP) e outros revelam a possibilidade de questionar, na prática, a concepção da saúde restrita à dimensão médico-assistencial. Seguramente as experiências destes municípios alicerçaram as bases conceituais, técnicas e ideológicas do desenho em escala nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) que vêm sendo implantadas no Brasil desde 1991 e 1994, respectivamente<sup>17</sup>.

O Programa Saúde da Família baseia-se nos seguintes princípios: adscrição de clientela; territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado em realidade local.

- Gestão do período de 2005-2008.

Seguindo o trajeto na linha do tempo, nesta gestão foi introduzida uma nova maneira de lidar com a questão relacionada aos medicamentos, como podemos entender no relato:

Em 2007 a Secretaria de Saúde iniciou a implantação do DIM (Dispensação Individualizada de Medicamentos), sistema informatizado de dispensação de medicamentos. Paralelamente à implantação do sistema foram introduzidos os auxiliares e técnicos de farmácia, que foram capacitados para a operacionalização do sistema e para o atendimento adequado aos usuários. A introdução dos profissionais e do sistema informatizado possibilitou um grande avanço da Assistência Farmacêutica no município, pois hoje todas as saídas de medicamentos estão registradas por lote e validade, possibilitando a rastreabilidade dos medicamentos dispensado, melhor gerenciamento dos estoques e possibilita estudos de utilização de medicamentos<sup>18</sup>.

Durante esta gestão ocorreu uma epidemia de dengue (2006/07), sendo compatibilizado pela vigilância epidemiológica dois casos de AIDS com crianças menores de cinco anos.

- Gestão 2009-2012.

No ano de 2011 foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Campinas, trazendo profissionais de psicologia, terapia ocupacional, medicina alternativa, entre outros para uma parceria com os profissionais de saúde da unidade básica:

Atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais<sup>19</sup>.

Em 2011, Campinas sofreu uma crise política, a partir da denúncia de um esquema de corrupção envolvendo o alto escalão da Prefeitura que resultou no impeachment do então prefeito e de seu vice. A partir daí o município teve como consequência uma crise econômica instaurada, com falta de medicamentos, materiais de consumo e recursos humanos. Foram realizadas novas eleições, e o foco da gestão municipal na saúde não foi o fortalecimento do SUS bem como da APS. Com isso o modelo Paidéia foi muito abalado e vem sofrendo o desmonte do SUS a cada dia que passa.

#### O Centro de Saúde deste estudo.

O Centro de Saúde (CS) deste estudo fica situado no Distrito de Saúde Noroeste possui uma população de 21597 habitantes<sup>v</sup>, sendo que o perfil predominante é de idosos. Possui três equipes de referência de saúde da família.

Segundo Martins<sup>20</sup>, a história de formação deste CS iniciou com os trabalhos da parceria da Secretaria Municipal e a Universidade, a Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Diante das novas diretrizes apontadas pelo SUS e em face da organização dos serviços de saúde do Município naquele momento (1990), os quatro centros de saúde que eram administrados pela Universidade, perderam suas características anteriores e sua vinculação exclusiva à PUC- Campinas, para integrar-se às unidades básicas da Secretaria Municipal de Saúde. Tal fato teve como consequência uma proposta de gestão compartilhada das ações de produção do cuidado, principalmente no que se referia às ações relacionadas aos cursos de nutrição, de enfermagem, de medicina, de psicologia, de terapia ocupacional, de farmácia, de fonoaudiologia e de fisioterapia. A odontologia não participou deste processo e só foi fazer parte da integração ensino-serviço-comunidade em 2004, porém ainda de maneira muito incipiente. Para compor a equipe do CS, contamos com a participação ativa de quatro técnicas/os de enfermagem da PUC-Campinas realizando as ações de produção do cuidado, seguindo a rotina da Unidade, e

---

<sup>v</sup> Fonte: Sistema de Informação TabNet-SMS de Campinas. População das Áreas de Abrangência dos CS, 2016.

acompanhando ações de ensino que são realizadas no serviço. Portanto, este CS faz parte da Política de Integração Ensino–Serviço–Comunidade do município, num trabalho coletivo, pactuado e integrado visando facilitar o processo de formação profissional na área da saúde, em consonância com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.

Em agosto de 2003, a direção da Faculdade de Odontologia solicitou ao setor responsável pelos campos de estágios da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas que iniciasse a organização de Campos de Estágio Curricular para o Curso de Odontologia nos serviços de saúde da SMS de Campinas, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Odontologia, aprovadas pela Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. A partir daí deflagrou-se um processo de organização envolvendo vários serviços, porém o estágio neste CS teve início somente em meados de 2010 como um dos cenários de prática.

#### A equipe de saúde da dentista-pesquisadora

A equipe de saúde que esta dentista-pesquisadora faz parte é formada atualmente por quatro agentes comunitários de saúde (ACS) (divididos pelas micro-regiões), um médico da saúde da família (nos últimos dois anos um médico cubano do Programa Mais Médicos), uma pediatra, um ginecologista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), dois dentistas (com carga horária semanal de 20 horas cada), duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem (do serviço, ou seja da rede municipal de Campinas), dois técnicos/as de enfermagem (do ensino, ou seja, da PUC – Campinas), as profissionais da saúde mental: uma psiquiatra, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional também participam das reuniões da equipe.

#### Caracterizando o grupo com hipertensos e diabéticos.

Atualmente as atividades do grupo estão sob responsabilidade de três profissionais da equipe: esta dentista-pesquisadora, uma agente comunitária de saúde e o técnico de enfermagem da PUC-Campinas que faz também a aferição da PA e Dextro dos participantes. Temos contado também, sempre que possível, com a participação de estudantes da nutrição, da enfermagem e/ou da medicina, que somados aos profissionais, realizam ações interdisciplinares associadas à promoção da saúde, tais como: exercícios de alongamento, coordenação e memória, além das ações educativas multidisciplinares. Os frequentadores do grupo são pacientes com diabetes e/ou



hipertensão arterial, todos pertencentes a esta equipe. São em sua maioria idosos, totalizando trinta usuários.



Figura 2- O grupo com hipertensos e diabéticos- alongamento.

Esse grupo teve seu início em 2002 para atender uma demanda do Ministério da Saúde, o Hiperdia:

O Hiperdia foi criado por meio Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, por um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. Trata-se de reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos acompanhados em unidades de saúde, nas quais esses pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento<sup>21</sup>.

O grupo de hipertensos e diabéticos da Unidade foi criado por quatro profissionais: uma médica generalista, uma enfermeira e duas agentes comunitárias de saúde. De início as reuniões desse grupo eram realizadas no centro de saúde, mas, como o número de participantes foi

aumentando a cada dia, o local de encontro foi transferido para um espaço fora da unidade, em uma antiga sede social do bairro no território de abrangência da equipe de saúde.

A relevância do grupo aumentou com o passar dos anos, tornando-se referência para os usuários desta equipe de saúde, mais tarde os estudantes da enfermagem, da psicologia, da nutrição e da medicina começaram a participar do grupo.

A participação da odontologia no grupo era pontual, restringia-se a palestras sobre o tema prevenção que eram realizadas de acordo com convites feitos pela coordenadora do grupo, e como até o momento não havia sido estabelecido um vínculo com a dentista da equipe de referência<sup>vi</sup> cada vez a apresentação era realizada por uma profissional diferente.

Somente 10 anos após o início do grupo, pudemos experimentar uma outra maneira de participação da saúde bucal no grupo. Estudantes do curso de odontologia chegaram na Unidade e esta dentista-pesquisadora foi designada pela gestão distrital para acompanhá-los em atividades de promoção e prevenção da saúde. A partir de então esta profissional, que era a dentista da equipe pôde se inserir no grupo de outra maneira, o que possibilitou o surgimento no grupo de questões para além dos dentes e próteses, ampliando o território de ação da odontologia, para a saúde bucal.

Durante muito tempo a coordenação do grupo era realizada por uma auxiliar de enfermagem da PUC-Campinas que trabalhava na Unidade, dentro da política de integração ensino-serviço-comunidade, com apoio de uma agente comunitária de saúde da equipe. Infelizmente essa profissional faleceu no início de 2016, o que foi uma grande perda, pois ela tinha um forte vínculo com os pacientes, ela era moradora do mesmo bairro que os usuários/pacientes do grupo e teve uma trajetória muito bonita na Unidade e com esses usuários. Ela começou a trabalhar nesta unidade como agente comunitária de saúde, conhecia pessoalmente muitos dos pacientes do centro de saúde, depois foi trabalhar na PUC-Campinas como auxiliar de enfermagem, sendo lotada no mesmo local onde havia trabalhado como ACS. Retornou para essa equipe e para o grupo com hipertensos e diabéticos.

Fizemos algumas escolhas para desenvolver esta pesquisa e o aporte teórico-metodológico que entendemos atender aos propósitos desta pesquisa é a Análise Institucional em sua abordagem sócio-histórica. Utilizamos como ferramentas para a produção dos dados: a análise

---

<sup>vi</sup> De acordo com Cunha<sup>22</sup>, a equipe de referência é um modo de organização do trabalho em saúde que busca redefinir o poder de gestão e de condução de casos, geralmente fragmentado entre especialidades e profissões de saúde, concentrando-se em uma equipe interdisciplinar. Geralmente são organizadas a partir de uma distribuição territorial de acordo com uma clientela adscrita.

de alguns documentos existentes, a técnica de entrevista com profissionais e usuários/as integrantes do grupo, um grupo focal com a referida equipe de saúde da família assim como, o diário de pesquisa na perspectiva de analisar as implicações da pesquisadora e também suas narrativas sobre o que viveu, observou, testemunhou durante os 19 anos que trabalhou nesta Unidade.

## **1.2 – Objetivos**

### **Objetivo geral:**

Analisar, a partir de um grupo educativo com hipertensos e diabéticos de uma equipe de saúde da família, do município de Campinas-SP, possibilidades de ampliação da clínica da saúde bucal no contexto da promoção da saúde.

### **Objetivos Específicos:**

- Reconstruir a história, de um grupo educativo com hipertensos e diabéticos existente desde 2002 em um centro de saúde;
- Conhecer as percepções dos usuários e dos profissionais sobre o grupo, e entender o processo de Educação em Saúde no mesmo;
- Ampliar espaços de diálogo entre esta equipe de saúde da família e o campo da saúde bucal.

## 2-PERCURSO TEÓRICO-METODOLOGICO:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, onde será utilizado o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI) em sua vertente sócio-histórica, “por possibilitar compreender também situações passadas”<sup>23</sup> no grupo e não apenas como o grupo se encontra hoje.

Segundo L`Abbate<sup>24</sup>:

(...) a Análise Institucional tem por objetivo compreender uma determinada realidade social, organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos. A Análise Institucional situa-se na fronteira da ciência e da prática, a teorização de pesquisas e as experiências de psicoterapia, daí poder estar próxima tanto dos cientistas, como dos que exercem a prática<sup>24</sup>.

A Análise Institucional Sócio-histórica é justificada por Savoye<sup>25</sup> no sentido de que para se entender a institucionalização é necessário ter uma referência à sua história, compreendida em história recente ou antiga, que pode ser em um campo restrito, como em um estabelecimento, conforme exemplifica o autor: “a pertinência da pesquisa sócio histórica numa perspectiva de AI é atestada por uma série de trabalhos, remontando os mais antigos aos primórdios da AI”<sup>25</sup>. Estes trabalhos se baseiam principalmente em disciplinas como a sociologia e as ciências da educação e, também, em correntes pedagógicas que tentam transformar as práticas educativas. Porém, não se trata de uma questão estática, objetiva e sim viva e dinâmica como afirma:

(...) mesmo quando o autor visa apenas a produzir um conhecimento objetivo, o trabalho histórico pode ter efeitos analisadores do presente e pode inclusive engendrar, se forem reunidas circunstâncias para tanto através de dispositivos grupais que permitam uma palavra coletiva, verdadeiros momentos socioanalíticos. (...) neste caso, o projeto não mais seria estritamente histórico; teria por objetivo explícito esclarecer o presente através da restituição do passado<sup>25</sup>.

Como ferramenta para produção dos dados utilizamos o Diário de Pesquisa (DP) que foi construído por esta dentista-pesquisadora durante todo o percurso da pesquisa em seu cotidiano do serviço, segundo Pezzato e L`Abbate<sup>26</sup>:

(...) o diário de pesquisa seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa, e que reflete sobre e com a sua atividade de diarista. Trata-se de uma técnica capaz 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 num dado contexto (Lourau, 2004)<sup>26</sup>

Seguindo estas proposições, recuperamos também o DP que foi produzido durante a participação desta dentista-pesquisadora na pesquisa do Projeto Inovação, citada na introdução deste trabalho, pois continham anotações sobre o grupo, objeto de estudos desta pesquisa. Nele temos um registro mais detalhado sobre os sujeitos participantes do grupo, ações envolvidas, suas implicações. Certamente um relato que trará muito desta dentista-pesquisadora, de sua participação no campo de trabalho, de sua percepção sobre os sujeitos da pesquisa, como enfatizam Pezzato e L'Abbate<sup>26</sup>:

Entendemos que o diário, na perspectiva da AI, é uma ferramenta de intervenção que tem o potencial de produzir um movimento de reflexão da própria prática, na medida em que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou coletivo, é o momento de reflexão sobre e com o vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar<sup>26</sup>.

Alguns conceitos da AI como o de implicação, analisador, transversalidade, movimento instituído, instituinte e institucionalização, apoiaram a análise dos dados produzidos ao longo da pesquisa.

A Análise Institucional teve origem na França anos 60, e, de acordo com L'Abbate<sup>24</sup> surgiu como crítica: “(...) dos partidos políticos de esquerda, dos hospitais psiquiátricos, das escolas de nível médio, das universidades, e das fábricas”<sup>24</sup>.

Didaticamente podemos dizer que a AI possui duas vertentes: Sócio-análise (Lorau e Lapassade) e Esquizoanálise (Deleuze e Guattari). Porém, no conjunto de abordagens que se apoiam no aporte teórico-metodológico da socioanálise está a AI sócio-histórica elaborada por Antoine Savoye, na qual a história e a sociologia são articuladas.

Em nosso trabalho utilizaremos a abordagem da AI sócio-histórica, trazendo uma perspectiva histórica de uma “realidade tangível”<sup>25</sup> em diferentes olhares, pois nos propomos construir a história deste grupo com hipertensos e diabéticos existente desde 2002, ouvindo alguns de seus integrantes, propositores e profissionais da equipe de saúde a qual este grupo pertence, para analisar possibilidades de ampliação da clínica da saúde bucal no contexto da promoção da saúde.

A socioanálise tem como base o conceito de instituição e a sócio-história analisa os processos de institucionalização. A seguir apresentaremos brevemente estes conceitos.

Instituição: 1- Ato de instituir, de educar. 2- Ato ou efeito de instituir (dar começo a), estabelecimento, criação, instauração<sup>27</sup>.

Para Lourau, (1975) a instituição compõe-se do movimento dinâmico e permanente de três momentos: o universal – instituído, o particular – instituinte e o singular – institucionalização.

Movimento instituído é quando algo já se estabeleceu/incorporou na instituição que a caracteriza. Já o movimento instituinte é algo novo, um processo de mudança no que era instituído, a institucionalização é exatamente isso, um movimento instituinte, novo, no que era instituído, velho<sup>24</sup>.

As instituições não são somente os objetos ou as regras visíveis na superfície das relações sociais. Têm uma face escondida. Esta face que a AI se propõe a descobrir, revela-se no não dito. O ocultamento é produto de uma repressão (repressão social) que produz o inconsciente social. Aquilo que se censura é a palavra social, a expressão da alienação e a vontade de mudança. Estas manifestações de não-conformidade com o instituído são, reveladoras da natureza do instituído, são o analisador<sup>24</sup>.

A implicação deseja colocar fim às ilusões e imposturas da “neutralidade” analítica, para o novo espírito científico, o observador já está implicado no campo da observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o<sup>24</sup>.

Transversalidade não é dialético, está ligado com a psicanálise (Freud). As instituições na sociedade não funcionam isoladamente, mas de forma conjunta e articulada. As instituições se misturam e cada uma delas, interfere na outra. A forma como isso acontece é através da transversalidade<sup>24</sup>.

Com o intuito de atingir nossos objetivos, foram utilizadas algumas técnicas da pesquisa qualitativa: entrevista, grupo focal e o diário de pesquisa.

Assim que obtivemos aprovação do comitê de ética e pesquisa, iniciamos nosso trabalho de campo com a entrevista da profissional que foi uma das fundadoras do referido grupo, realizada na própria Unidade. Sabemos que outros profissionais já fizeram parte deste grupo na sua origem, no entanto mudaram de empregos e/ou não se encontram mais disponíveis para tal.

Após a realização da entrevista com a profissional, demos sequência para o segundo momento: as entrevistas com usuários que participam do grupo há mais de cinco anos, estas foram realizadas no mesmo local onde acontece o grupo. Para Haguette<sup>28</sup> a entrevista pode ser definida como:

Um processo de interação entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte de outro, o entrevistado. As informações são obtidas através de um roteiro de entrevista constando de uma

lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática central e que deve ser seguida<sup>28</sup>.

A entrevista é uma boa escolha como técnica de produção de dados subjetivos e objetivos. Existem várias formas de entrevistas utilizadas em Ciências Sociais, como a entrevista estruturada, semi-estruturada, aberta, história de vida e projetiva; mas segundo Boni e Quaresma<sup>29</sup>:

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa que requer tempo e exige alguns cuidados, entre eles destacam-se: o planejamento da entrevista, que deve ter em vista o objetivo a ser alcançado; a escolha do entrevistado, que deve ser alguém que tenha familiaridade com o tema pesquisado; a oportunidade da entrevista<sup>29</sup>.

O tamanho da amostra não é de grande relevância em nossa investigação, pois trata-se de uma pesquisa que privilegia a análise qualitativa em que a representatividade amostral em relação ao universo pesquisado não necessita ser considerada. O principal é o aprofundamento da informação e este se dá menos na quantidade de pessoas entrevistadas, e mais nos critérios de seleção dos participantes, atentando-se para relevância, liderança, ou qualquer outra qualidade do entrevistado que contribua para produção dos dados da pesquisa. Outro fator importante é a complementaridade da produção dos dados com o uso de múltiplas estratégias, como será apresentado a seguir.

Com o intuito de abordar outros ângulos presentes fizemos um grupo focal com os profissionais que pertencem à equipe de saúde do grupo em questão para complementar e ampliar a produção dos dados da pesquisa. A equipe é composta por 20 profissionais; o grupo focal foi realizado no dia da reunião de equipe, através de convite feito previamente por esta pesquisadora.

O grupo focal é uma técnica, cujo objetivo principal é discutir sobre um assunto de interesse comum, trata-se de um debate aberto sobre um tema.

De acordo com Trad<sup>30</sup> o grupo focal inicia-se explicando as questões centrais que serão abordadas e faz-se as apresentações dos participantes, incluindo um observador e um moderador. Recomenda-se que o pesquisador não seja o moderador. Após breve apresentação dos termos e dos participantes, é importante especificar as regras básicas de funcionamento dos grupos. A autora<sup>30</sup> faz referências às regras propostas por Gondim (2002), a saber:

1) falar uma pessoa de cada vez; 2) evitar discussões paralelas para que todos possam participar; 3) dizer livremente o que pensa; 4) evitar o domínio da discussão por parte de um dos integrantes; 5) manter a atenção e o discurso na temática em questão. O moderador deve assegurar, ainda, que todos os participantes tenham assinado previamente o TCLE, o qual deve incluir a referência ao uso de gravadores ou câmaras (se for o caso)<sup>30</sup>.

Com isso podemos perceber a importância da escolha do moderador para o sucesso do grupo focal, este deve ter experiência, Gatti”<sup>31</sup> nos explica algumas qualidades importantes para o moderador: “Ser hábil, ter clareza de expressão, ser sensível, flexível e capaz de conduzir o grupo com segurança, lidando com as relações e interações que se desenvolvam”<sup>31</sup>. Pois, a maior contribuição que o grupo focal pode trazer para a pesquisa é justamente as interações entre os participantes, o que o diferencia das entrevistas coletivas.

Todos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE e suas identidades foram preservadas, usando-se de pseudônimos para denominá-los (Apêndices 1 e 2).



### **3- REFERENCIAL TEÓRICO**

Faremos aqui uma revisão teórica sobre alguns dos conceitos relevantes para este trabalho, tais como, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Saúde Bucal e Grupos.

#### **3.1. Sobre Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde e Educação em Saúde.**

Como nossa proposta não é realizar um tratado ou mesmo uma revisão de literatura de nenhum destes campos do conhecimento, optamos por trabalhá-los juntos, pois entendemos que estão articulados e um faz parte do outro.

A Declaração de Alma Ata no ano de 1978, tornou-se um marco importante para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, pois defendia a APS como núcleo central de um sistema de saúde Arantes et al.<sup>32</sup> e segundo Ayres<sup>33</sup> foram recomendados oito itens para as políticas de saúde: educação, prevenção e controle dos problemas de saúde; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; água e saneamento básico adequados; atenção materno-infantil, planejamento familiar; imunização; prevenção e controle das doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; distribuição de medicamentos básicos.

Mais tarde, ocorreram importantes Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde - Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2006. De acordo com Ayres<sup>33</sup> tais conferências levaram a uma mudança de paradigma na prevenção e promoção da saúde, resultando em sete princípios da Nova Promoção da Saúde (NPS): concepção holística da saúde; intersetorialidade; empoderamento; participação social; equidade; ações multiestratégicas; sustentabilidade.

- Intersetorialidade é fundamental para o estabelecimento da clínica ampliada. Para proporcionar um trabalho onde o foco central é o usuário faz-se necessário, como Oliveira<sup>34</sup> relata trazendo Buss (2009) e Campos (2004):

Na situação brasileira, em que se observam altos índices de doenças crônicas, situação crescente de agravos pela violência, envelhecimento populacional, entre outros agravos, a realização de ações intersetoriais é estratégia para o enfrentamento de problemas relativos ao meio ambiente, à urbanização, à segurança alimentar e nutricional, ao desemprego, à moradia, ao uso de drogas lícitas e ilícitas<sup>34</sup>.

- Empoderamento é uma das temáticas da Nova Promoção da Saúde, e refere que<sup>33</sup>: “é preciso que os indivíduos tenham efetivo poder para transformar as diversas situações sociais que restringem ou ameaçam sua saúde”<sup>33</sup>.

A Participação social tem duas formas: a institucionalizada (em Conselhos) e a não institucionalizada (em Fóruns Participativos) e é fundamental para a democracia da Saúde, Kleba e Wendausen<sup>35</sup> complementam:

A participação social na construção do Sistema de Saúde, bem como no espaço das demais políticas sociais, é defendida enquanto necessária e indispensável para que sua consolidação se conforme mais democrática e eficaz. A institucionalização da participação social no Brasil, principalmente através dos Conselhos Gestores, representa um avanço na democratização, não somente em relação aos serviços, mas também nas práticas políticas, ampliando o poder de intervenção da população nos rumos da coisa pública, impondo maior responsabilidade pública aos governos e à sociedade<sup>35</sup>.

- Sustentabilidade é um assunto que atualmente está em voga e uma preocupação de várias áreas da sociedade, incluindo sua aplicação na Promoção da Saúde. Porém, nesse caso, abordamos a questão da longevidade das iniciativas no tempo, observando duração, manutenção e continuidade.

A sustentabilidade relacionada às políticas de Promoção da Saúde é especialmente importante tendo em vista que as iniciativas dessa área dirigem-se a questões de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos, com impactos a médio e longo prazo<sup>36</sup>.

A duração ou continuidade de ações estão relacionadas às questões políticas<sup>37</sup>:

(...) o que significa problematizar e analisar a possibilidade de sobrevivência quando das transições dos governos que se sucedem periodicamente e de continuarem a obter e manter os recursos para o desenvolvimento das atividades e, ainda, em que medida essas iniciativas podem manter os seus efeitos por um longo período<sup>37</sup>.

Importante ressaltar que a sustentabilidade de projetos por anos traz a confirmação do sucesso e relevância dos mesmos como Tavares et al.<sup>38</sup> confirma:

Mas apesar das dificuldades para o desenvolvimento do trabalho, as entrevistas ressaltaram a necessidade da identificação do profissional com o trabalho que realiza para que este tenha resultados positivos. Esta identificação ganha um destaque significativo na manutenção do Grupo por tantos anos<sup>38</sup>.

Embora tenham sido discutidas internacionalmente as conferências sobre Promoção de Saúde, existem diferentes formas de implementar a APS, segundo Arantes et al.<sup>32</sup>:

Em alguns países, a APS é considerada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços a populações mais pobres; em outros, é o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos, responsável pela coordenação do cuidado e pela sua organização, e ainda como uma política de reorganização do modelo assistencial<sup>32</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem denominado APS como Atenção Básica, definindo-a como um conjunto de ações, individuais ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde<sup>39</sup>.

Sendo o Brasil um país de dimensões continentais, não há dúvidas que estas ações são diferentes nas diversas regiões, nos estados, nas cidades, nos bairros, percebendo as particularidades de cada espaço. Essa diversidade traz à tona a discussão sobre o processo de trabalho de um profissional dentro do PSF, para entendermos melhor como esse processo ocorre, vamos relembrar a existência de três clínicas, citadas por Campos<sup>40</sup>:

Há uma Clínica Oficial (a Clínica clínica), uma Clínica Degradada e uma outra Ampliada (Clínica do Sujeito).

Clínica Degradada ou Ampliada, sempre, em relação àquela considerada Oficial, é óbvio. Degradada por quê? Este conceito procura reconhecer que contextos socio-econômicos específicos podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a prática clínica, que esta teria sua potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída. Então o degradado aqui se refere a limites externos impostos à potência da Clínica clínica (...), no entanto, a Clínica Oficial (Clínica clínica) é também bastante limitada. E estes limites, ao contrário daquilo divulgado pela ideologia médica, não resultam apenas de aspectos obscuros - desconhecidos - dos processos saúde-doença. (...) pois bem, e a Clínica do Sujeito? Ampliada e revisada, revista (...), para (...) superar a alienação e a fragmentação e o tecnicismo biologicista, centrando-se no eixo da criação de Vínculos entre Clínico de Referência e sua clientela. Superar a fragmentação entre a biologia, subjetividade e sociabilidade operando-se com Projetos Terapêuticos amplos, que explicitem objetivos e técnicas da ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o ex-paciente, para o enfermo em luta e em defesa de sua saúde<sup>40</sup>.

Cunha<sup>22</sup> enfatiza que: “a clínica ampliada seria capaz de lidar com a singularidade de cada sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades”<sup>22</sup>, ou seja, é necessário tratar a doença, mas também é importante ater-se às forças internas e externas que afetam o sujeito doente, tendo assim um olhar biológico, psicológico e social. Para trabalhar sobre a ótica da Clínica Ampliada se faz necessário trabalhar a autonomia do sujeito, quanto mais ele se conhecer, entender sobre a sua condição de saúde, saber o que ele pode fazer para melhorar, ou o que se fizer piora sua condição, ou seja, sendo corresponsável pelo seu cuidado. Oliveira<sup>34</sup>:

A passividade do paciente ou da comunidade é, em geral, um grande empecilho ao processo de cura. É no âmbito desse conjunto de necessidades que se inserem as práticas de educação em saúde, sejam desenvolvidas no momento assistencial ou nos espaços coletivos<sup>34</sup>.

No Brasil, segundo Ayres<sup>33</sup> o debate sobre a nova promoção da saúde vem desde a década de 1990, culminando com uma “Política Nacional de Promoção da Saúde” (PNPS) em 2006, criada pela Portaria de número 687/GM/2006. Outro fato importante foi de que o conceito de vulnerabilidade ter sido incorporado ao Programa Brasileiro de DST/AIDS e também na Política Nacional de Promoção de Saúde.

A Promoção da Saúde será pano de fundo dessa pesquisa, pois entendemos que as práticas grupais são dispositivos importantes na APS. Acreditamos ser importante ressaltar para o paciente a necessidade da promoção da saúde como potência na sua vida e também lembrar ao profissional que na APS tanto trabalhos preventivos como ações de promoção são alicerces fundamentais para o trabalho em saúde. É de extrema importância ressaltar essa questão, para não deixarmos que a rotina esmagadora de procedimentos curativos tomem conta do trabalho numa unidade básica de saúde. Sobre isto Mendes et al.<sup>41</sup> destaca que:

A promoção da saúde como potência trata da passagem passividade à atividade, da heteronomia à autonomia, da técnica à ética, da razão à emoção, do instituído ao instituinte (...) significa o reconhecimento de inter-relações dinâmicas que são ao mesmo tempo, objetivas e subjetivas, que há tendências ora para tencioná-las, ora para colocá-las lado a lado<sup>41</sup>.

A Educação é a base para se conquistar melhores condições para se viver em sociedade em todos os aspectos, desde questões amplas como os problemas sociais, políticos e de saúde, ou seja, problemas coletivos até questões mais singulares ou individuais.

Na área da saúde existem dois sujeitos a serem trabalhados: o usuário e o profissional de saúde. Machado et al.<sup>42</sup> relata sobre a questão para o usuário: “a importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno”<sup>42</sup>.

O profissional de saúde quando for realizar atividades educativas com o usuário deve se ater a cultura local, ao nível de conhecimento, falar de maneira simples para que haja perfeito entendimento, sem usar termos técnicos, propiciar uma conversa onde exista respeito, diálogo ou seja:

(...) agregar “valor” na Educação em Saúde. Isto implica que o educador reconhece que o sujeito é detentor de um valor diferente do dele e que pode

escolher outros meios para desenvolver suas práticas cotidianas. Há uma postura de aprendiz de ambos os lados e há na realidade possibilidades de trocas no processo educativo<sup>43</sup>.

Enfatizando que nessas trocas de saberes há muito da subjetividade que perpassa entre ambos: profissional e usuário. Em 2013, houve a institucionalização da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNES-SUS), destacamos seus princípios:

(...) a defesa intransigente da democracia em contraposição ao autoritarismo ainda comum em nossa jovem democracia; a articulação entre os saberes populares e os científicos promovendo o resgate de saberes invisibilizados no caminho de um projeto popular de saúde onde haja o sentido do pertencimento popular ao SUS; a aposta na solidariedade e na amorosidade entre os indivíduos como forma de conquista de uma nova ordem social; a valorização da cultura popular como fonte de identidade; a concepção de que a leitura da realidade é o primeiro passo para qualquer processo educativo emancipatório que vise contribuir para a conquista da cidadania<sup>44</sup>.

Acreditamos ser esse o caminho para melhorar a saúde do indivíduo, investir na educação em saúde, insistir nessa ferramenta, conquistar mais adeptos e fazer ecoar essas vozes para que a gestão invista cada vez mais em capacitações para os profissionais para que esses sejam facilitadores e ensinem aos usuários e estes possam multiplicar o seu aprendizado para os familiares, vizinhos.

### **3.2. Sobre grupos.**

Este estudo toma como base o percurso histórico dos grupos, passando por vários autores que contribuíram para a evolução dos mesmos. Não pretendemos realizar uma revisão sistemática, mas trazer elementos que nos ajudem a refletir com nosso objeto de estudo: o grupo com hipertensos e diabéticos.

Segundo Zimmerman e Osório<sup>45</sup> e Afonso<sup>46</sup> as atividades grupais são muito antigas e remontam o início do século XX.

J. Pratt, médico americano, em 1905 propôs aulas de higiene com pacientes tuberculosos, seguidas de discussão sobre o tema, “(...) pode-se dizer que constitui na primeira experiência grupoterápica registrada na literatura especializada e que, embora tenha sido realizada em bases empíricas, serviu como modelo (...) por exemplo, da prestigiosa “Alcoólicos Anônimos”, em 1935”<sup>45</sup>.

J. Moreno, psiquiatra de origem romena, introduziu a expressão “terapia de grupo”, e

fazia uso da técnica grupal do psicodrama<sup>45</sup>.

Kurt Lewin, psicólogo alemão, que migrou para os EUA no ano de 1940, foi o 1º a utilizar a expressão ‘dinâmica de grupo’ tendo feito pesquisas onde identificou que os grupos funcionavam melhor quando se proporcionava uma organização democrática internamente. Buscou entender as formas de discriminação e por isso realizou estudos sobre a estrutura psicológica das majorias e das minorias. Lewin é reconhecido como o fundador da teoria dos pequenos grupos e da pesquisa-ação<sup>45</sup>.

S. H. Foulkes, psicanalista alemão, desenvolveu na Inglaterra, país onde foi radicado, trabalhos em “grupo análise”. Segundo Afonso<sup>46</sup>: “(...) ele considerava que, no grupo, existia uma rede de elementos transferenciais dirigidos (1) de cada participante para o analista, (2) de cada participante para o grupo, (3) de cada participante para participante e (4) do grupo como um todo para o analista”<sup>46</sup>.

Pichon Rivièrè, psicanalista argentino, grande nome dos grupos operativos, partindo do seu “esquema-conceitual-referencial-operativo” (ECRO), segundo Zimerman e Osório<sup>45</sup> “aprofundou o estudo dos fenômenos que surgem no campo dos grupos e que se instituem para a finalidade não de terapia, mas, sim, a de operar numa determinada tarefa objetiva, como, por exemplo, a de ensino-aprendizagem”<sup>45</sup>. Pichon Rivièrè apresenta a concepção de uma espiral dialética relativa aos momentos do grupo<sup>46</sup>.

W. R. Bion, psicanalista britânico, criou e difundiu, durante a década de 40, conceitos totalmente originais acerca da dinâmica do campo grupal. Segundo Zimerman e Osório<sup>45</sup>

(...) entre suas contribuições vale destacar a sua concepção de que qualquer grupo se movimenta em dois planos: o primeiro, que ele denomina “grupo de trabalho”, opera no plano do consciente e está voltado para execução de alguma tarefa; subjacente a esse existe em estado latente, o “grupo de pressupostos básicos”, o qual está radicado no inconsciente e suas manifestações clínicas correspondem a um primitivo atavismo de pulsões e de fantasias inconscientes<sup>45</sup>.

Zimerman e Osório<sup>45</sup> destacam uma fase francesa para as teorias de grupo. “Na década de 60, começam a surgir os trabalhos sobre dinâmica dos grupos com um novo enfoque, a partir dos trabalhos dos psicanalistas franceses D. Anzieu e R. Kaes, os quais, (...) propõem o conceito de “aparelho psíquico grupal”<sup>45</sup>.

Sobre a fase francesa, L’Abbate<sup>24</sup> destaca outros autores importantes, como, René Lourau: “Os grupos são suscetíveis de vários níveis de análise” (...) “Todo grupo é atravessado por muitas instituições”<sup>24</sup>; Félix Guattari: “Todo trabalho de grupo deve contribuir para que o

grupo se torne menos sujeito e mais sujeito”. (...) “Todo coordenador de grupo deve se preocupar, antes de tudo, em “não atrapalhar”<sup>24</sup> e também Georges Lapassade com seu livro “Grupos, organizações e instituições”.

Zimerman e Osório<sup>45</sup> citam também uma Escola Argentina: “Os nomes de psicanalistas argentinos L. Grinberg, M. Langer e E. Rodrigué são bastante conhecidos, porquanto seu livro “Psicoterapia del grupo” tornou-se uma espécie de bíblia para algumas gerações de grupo terapeutas em formação”<sup>45</sup>.

No Brasil, Paulo Freire questionava sobre o que um educador teria a acrescentar a um grupo:

(...) uma concepção de aprendizagem dinâmica, em que a motivação do educando e a relação da aprendizagem com a vida sejam fundamentais e em que essa dinâmica seja empreendida pela ação de um sujeito social (...) reunidos em grupo, no chamado “círculo de cultura”, os alfabetizando empreendem uma tarefa de se educarem.<sup>46</sup>

Dentre os autores brasileiros, L’Abbate<sup>24</sup> destaca Regina Benevides de Barros com seu livro “Grupo: A Afirmação de um Simulacro”, apresentando múltiplas possibilidades teóricas e práticas de se conceituar grupos. E Heliana de Barros Conde Rodrigues, com o artigo “Sobre as histórias das práticas grupais- Explorações quanto a um intrincado problema”.

#### - A Coordenação do Grupo.

A postura do coordenador do grupo é fundamental para o seu desenvolvimento, ele necessita ter requisitos que possibilitem ao grupo seguir, caminhar, continuar, para tanto, como Afonso<sup>46</sup> relata: “(...) o coordenador não pode assumir o lugar de quem detém a verdade ou de quem decide pelo grupo. O coordenador deve buscar, ao contrário, ser um facilitador para que possam realizar suas tarefas internas e alcançarem os seus objetivos”<sup>46</sup>. Vindo ao encontro desse pensamento, Barros<sup>47</sup> relata:

(...) em nossa experiência com grupos temos observado que “o experimentar ouvir o outro” irradia uma experimentação de ouvir outros- outros modos de existencialização, outros contextos de produção de subjetividade, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar.  
(...) o trabalho com o dispositivo-grupo se dá no desembaraçamento das linhas que o compõem- linhas de visibilidade, de enunciação, de força, de subjetivação. Por isso dizemos que nosso trabalho é cartográfico. Numa cartografia o que se faz é acompanhar as linhas que se traçam, marcar os pontos de ruptura e de enrijecimento, analisar os cruzamentos dessas linhas diversas que funcionam ao mesmo tempo. É transformando que se conhece. Logo, insistimos, não há sentidos a serem revelados, mas a serem criados<sup>47</sup>.

É interessante destacar que o grupo apresenta vantagens tanto para o profissional, que se sente amparado pela colaboração de seus colegas, como para o paciente que se sente mais acolhido e percebe que não está sozinho na sua condição de saúde, que existem mais pessoas nessa situação. Maffacciolli e Lopes<sup>48</sup> concluem:

Somado a isso, o formato de grupo possibilita o senso de inclusão, valorização e identificação entre os participantes, sendo que muitos buscam amparo diante de seus problemas de saúde (...) desenvolve-se uma relação onde cada indivíduo vê-se acolhido: a situação do outro reflete a sua situação pessoal. A partir disso, constitui-se uma base de sustentação e fortalecimento de relações, em que as vivências individuais transformam-se em aprendizado.

O trabalho com grupos proporciona o aprofundamento de discussões pelas quais consegue-se ampliar conhecimentos e melhor conduzir o processo de educação em saúde, de modo que as pessoas possam superar suas dificuldades, obtendo maior autonomia e podendo viver mais harmonicamente com sua condição de saúde.<sup>48</sup>

Outra vantagem do trabalho com grupos é a horizontalidade das relações. Ocorre uma ruptura da relação vertical estabelecida entre o profissional e o usuário/paciente, trazendo uma proximidade maior, fortalecendo o vínculo entre eles, como nos lembram Costa e Rodrigues<sup>49</sup> na fala a seguir:

Assim, na promoção da saúde, o trabalho em grupos possibilita a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo esta uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que têm algum impacto na saúde de indivíduos e de grupos (...)<sup>49</sup>.

As desvantagens que ocorrem nos trabalhos em grupos aparecem através de diversos aspectos, como salienta Tavares et al.<sup>38</sup>:

Aspectos limitantes para o trabalho grupal, como a constante discussão acerca dos recursos humanos, materiais, de área física e sobrecarga do trabalho, foram apontados para enfatizar a necessidade de apoio institucional para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade e o aproveitamento do potencial do Grupo. Sem essas condições a atividade grupal limita-se ao atendimento no espaço institucional, deixando de realizar ações que poderiam contribuir com a instituição, o ensino, a pesquisa e a sociedade<sup>38</sup>.

Para tanto se faz necessário entender que num grupo existe um processo de altos e baixos, de períodos de muito interesse e busca em contraposição a momentos de esvaziamento,



esses processos fazem parte da dinâmica de um trabalho de grupo. Por isso que Mendes et al.<sup>37</sup> chama atenção:

Mais razoável seria considerar a equipe como uma possibilidade de construção/desconstrução/reconstrução permanente. Nela há movimentos, momentos de maior potência de trabalho, sinergia, organização, momentos de maior desarticulação, desânimo, resistência, momentos de criação e de invenção. Somente a colocação dos trabalhadores juntos num mesmo ambiente não se configura suficiente para construção da equipe. Os trabalhadores precisam ser *agenciados* para o “modo-equipe” de trabalhar (Brasil, 2009). Ou seja, como um modo que os trabalhadores se reorganizam para atender uma pessoa/família/grupo ou para desenvolver um projeto coletivo<sup>37</sup>.

A forma de abordagem no trabalho em grupo deve ser estudada, trabalhada para proporcionar resultados positivos, Fernandes et al.<sup>50</sup> refletem as tecnologias<sup>vii</sup> propostas por Merhy (2002) para serem utilizadas nos trabalhos com grupos, destacando que há momentos e espaços para utilizar todas elas, ou seja, as tecnologias leves, leves-duras e duras. Fernandes et al. destacam<sup>50</sup>:

“As falas que evidenciaram as tecnologias leves utilizadas nos grupos foram acolhimento, vínculo e busca da autonomia dos sujeitos, por meio de um diálogo aberto e escuta qualificada (...) (...) sabe-se que as tecnologias leves condensam em si as relações de interação e subjetividade, o que dinamiza o processo de interação do cliente no grupo, de modo a facilitar a aprendizagem. Ao se privilegiar o diálogo, a escuta e o envolvimento com a queixa do outro, tem-se um acolhimento resolutivo, sendo imperiosa a corresponsabilização entre profissionais de saúde e cliente na procura pelo melhor cuidado”<sup>50</sup>.

A proximidade entre os sujeitos que participam do trabalho em grupos, quebra barreiras, tornando os profissionais de saúde mais acessíveis aos usuários, essa característica de horizontalidade nos processos grupais faz o diferencial para que se possa alcançar bons resultados.

### 3.3. Sobre Saúde Bucal.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>39</sup>, a história dos modelos assistenciais na saúde bucal brasileira passou por três fases.

---

<sup>vii</sup> Tecnologias, segundo Merhy<sup>51</sup>, as tecnologias duras, representadas pelas máquinas; e leve-duras, representadas pelos saberes estruturados. As “tecnologias leves”, tecnologia de (e das) relações dos intercessores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde.

A primeira fase foi: - Odontologia Sanitária e Sistema Incremental, cujo modelo priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador. Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, mas, com abrangência predominante a escolares de 6-14 anos. Introduz algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar (Auxiliar em Saúde Bucal – ABS) em trabalho a quatro mãos em conjunto com o Dentista.

A segunda fase: -Odontologia Simplificada e Odontologia Integral, instituída ao final dos anos 70, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar.

A terceira fase: - Programa Inversão da Atenção (PIA), sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Contava, para isso, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole, em ações de caráter preventivo promocional.

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (DPNSB). Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o eixo do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente: o cuidado como eixo de reorientação do modelo, a

Humanização do processo de trabalho, a co-responsabilização dos serviços, o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do

adolescente, do adulto, do idoso. É importante deixar registrado o desmonte da política “Brasil Sorridente” no final de 2016, juntamente com o desmonte do SUS.<sup>viii</sup>

A definição do campo da prática das Equipes Saúde Bucal na Atenção Básica extrapola, e muito, os limites da boca, o que exige na composição que suas ações integrem diferentes áreas de conhecimento.

Transpor para a prática todo esse arsenal teórico, é no mínimo um grande desafio. Pôr em prática, fazer funcionar, acontecer de verdade, na realidade do cotidiano dos serviços é uma outra história, como enfatiza Botazzo<sup>9</sup>:

(...) frequentemente saúde bucal coletiva é apreendida apenas como dispositivo instrumental e técnico, ou suporte (desossado) para as tecnologias de cuidado da antiga odontologia preventiva e social (que desafortunadamente se mantém em robusta vigência no interior mesmo do Sistema Único de Saúde). Não por acaso se precisou dizer que saúde bucal coletiva não era sinônimo de Odontologia, que saúde bucal coletiva era outra coisa<sup>9</sup>.

Existe uma questão importante que remete à formação hegemônica dos profissionais de saúde, onde o saber científico, médico centrado dominou por muito tempo, formando profissionais voltados para assistência técnica.

Entendemos a necessidade do aparato técnico, e o uso de instrumentos e máquinas para alcançar o cuidado do usuário. Porém, sabemos que não é o suficiente para alcançar o cuidado integral do indivíduo. Para tanto, são fundamentais as tecnologias leves. Como relatam Franco e Merhy<sup>53</sup>: “A integralidade pode se realizar como uma diretriz burocrática e meramente prescritiva, quando sobretudo os processos de sua realização ficam centrados nos procedimentos, no ato burocrático, nas maquinarias, instrumentos”<sup>53</sup>.

Para buscar um cuidado integral do indivíduo se faz necessário o acolher esse sujeito, ouvir quais são as suas necessidades em saúde.

---

<sup>viii</sup> Segundo Narvai<sup>52</sup>: “(...) a chamada ‘PEC da Morte’ (EC 95), que reduz progressivamente por 20 anos os recursos para o SUS. Em seguida veio a decisão sobre a “desregulamentação” dos repasses federais, algo, em princípio, positivo, mas que do modo como foi efetivada, não atendeu ao interesse público na saúde, conhecida como “o fim dos blocos de financiamento do SUS”. Por essa razão, venho afirmando que a decisão sobre a PNAB é uma decisão que expressa uma disputa feroz, muito pesada, por recursos do SUS- que, apesar do estrangulamento financeiro, representa bastante dinheiro. Estou entre os que acreditam que o melhor a fazer com esses recursos que ainda temos, é aloca-los aos serviços públicos, de propriedade do Estado”<sup>52</sup>.

## 4-RESULTADOS E DISCUSSÃO.

*“Continuo fazendo a transcrição da entrevista da [Profissional] e fico pensando como estou implicada com o grupo, é até mesmo sobre implicada, pois eu torço, vibro e às vezes falo junto com ela interrompendo o seu relato” (Diário de Pesquisa, 02/06/2016).*

### 4.1-O grupo e a sua constituição sócio-histórica

Para resgatar a história do grupo com hipertensos e diabéticos, deparamo-nos com falta de registros, documentos, atas. O que havia eram apenas pastas com nome dos participantes, número da ficha familiar, anotação da pressão arterial e medida da glicemia e data em que aconteceu o encontro, localizamos também registro da contagem da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da diabetes mellitus (DM), número de consultas agendadas e renovação de receitas médicas. Alguns pacientes tinham o nome destacado com caneta marcadora de texto com uma observação, por exemplo: “marcar consulta com ginecologia”; “marcar acuidade visual”; “fazer receita”, informações desse tipo. Trazendo indícios da relação da Unidade de Saúde com o grupo numa perspectiva biologicista, médico centrada, da clínica oficial, na qual falamos na revisão teórica, demonstrando o quanto esta racionalidade está instituída no modelo de atenção, direcionando as dinâmicas de atendimento nesta Unidade Básica de Saúde.

Porém, fazendo parte desta Unidade de Saúde, como também deste grupo, sabemos que eram realizadas outras atividades nos encontros do grupo, sobre as quais não encontramos registro algum, como quais eram os temas que eram discutidos a cada encontro e quais profissionais faziam parte. Encontramos algumas fotos dos encontros, que mostravam momentos festivos, comemorações de datas especiais, realização de bingos e exposição de trabalhos manuais feitos pelas senhoras frequentadoras do grupo, ilustrando e comprovando a existência dessas outras atividades. Entendemos que estas atividades podem não ter importância clínica para alguns profissionais, como se não fizessem parte do tratamento ou da clínica, algo “menor”, que não está em nenhum protocolo ou descrito nos procedimentos técnicos dos profissionais de saúde. Isto, sem dúvida é um grande analisador para nossa pesquisa com este grupo.



Figura 3- Trabalhos manuais realizados pelas senhoras frequentadoras do grupo.

Com isso, fica demarcado algumas posições da equipe com relação às atividades educativas dentro da Unidade:

*“(...) e nós pedimos para o professor da medicina ser nosso generalista, fizemos uma reunião eu (Lucila), a enfermeira e a ACS-fundadora, e pedimos para ele ser nosso generalista, esclarecemos tudo o que estava acontecendo, as nossas angústias, como a coisa funcionava, mas estava difícil, né? E aí ele falou “tudo bem eu aceito”, mas ele queria parar com o grupo, ele não via necessidade, uma vez que já estavam todos orientados, todos medicados, que aí no decorrer do ano eles que viessem para as consultas de rotina. E viessem uma vez a cada 15 dias, medir pressão porque tudo o que eles tinham que saber eles já sabiam. Só que nós discordávamos, por quê? Porque nós pegamos a fase de briga na recepção, quem que estava brigando na recepção eram os hipertensos que não tinham paciência. Tinha uma média de 20, 24 hipertensos para medir a pressão, invés de sentar e relaxar, não, eles ficavam: - Faz dez minutos que eu tô aqui e ninguém me chamou” (Entrevista com ‘Lucila’ em 25/05/2016, grifos meus).*

A hegemonia médica centrada faz-se presente na atitude do professor em querer encerrar a realização dos encontros, dando fim a existência do grupo com hipertensos e diabéticos, pois para ele não havia mais necessidade em mantê-lo.

Do mesmo modo também sobre a participação dos profissionais da odontologia da Unidade, pois eram chamados apenas para dar palestras pontuais, sem se ater ao fato do profissional fazer ou não parte da equipe de referência, observando-se apenas a disponibilidade do profissional naquele momento. Aqui novamente podemos notar a falta de entendimento da equipe de saúde sobre o campo da saúde bucal, como se os profissionais da odontologia não fizessem parte da equipe de referência, não possuíssem vínculo com os usuários, até mesmo não tivessem competência para o trabalho com grupo. Mais analisadores: durante dez anos, a participação da odontologia foi pontual. Foi preciso ocorrer uma mudança para que a antiga odontologia, agora saúde bucal também fizesse parte dos processos grupais na Saúde Coletiva.

Por falar em tempo, o percurso, o momento fundador do grupo foi em 2002, buscando atender uma nova demanda do Ministério da Saúde, o Hiperdia. A médica da equipe de saúde, a enfermeira e duas ACSs fundaram o grupo com hipertensos e diabéticos, como foi descrito na entrevista realizada com profissional da unidade:

*“Olha a minha participação, ela se deu por necessidade. Nós tivemos um professor da PUC, não me lembro o nome dele, mas logo no começo que a PUC começou a interagir com o CS. O interesse dele era ver as comorbididades daqui do CS, qual a causa mortis. Aí ele fez um levantamento com os residentes, pegaram as pastas e foram nas residências e descobriu que a maior causa mortis era diabetes e hipertensão, depois problemas cardíacos, neoplasia e fatores externos. Ele apresentou este trabalho na nossa reunião de equipe, ele ficou*

*muito assustado com o número de hipertensos e diabéticos que nós tínhamos. E nós tínhamos como generalista a Doutora, então ela abraçou assim, não que ela abraçou ela se atentou para esse fator. Aí nós fizemos uma reunião para ver como nós poderíamos estar ajudando essas pessoas a mudar essa realidade, aí alguém, alguém que eu não me lembro o nome disse que nós poderíamos fazer o hiperdia, aí nós começamos a fazer hiperdia e coincidiu que foi logo na entrada dela [Doutora] aqui no serviço. Foi fim de 2001 mais ou menos começo de 2002, mas a demanda era tão grande pois a nossa população estava muito tempo sem consulta, porque a gente tem aquele círculo vicioso de quem vem todo dia e de quem realmente precisa e quando vem, não tem vaga. E aí a gente começou a fazer o hiperdia só que o que aconteceu: às 5:00 da manhã já tinha gente na fila. A gente media a pressão através da enfermeira, eu (Lucila) organizava as filas, a ACS-fundadora pegava as pastas, a Doutora consultava e a enfermeira dava o respaldo, e aí começou; só que incomodou o trabalho, o funcionamento do Centro de Saúde, porque a demanda era muito grande, então era o dia inteiro. Nós nunca chegamos a contar, mas era bastante. (...) a gestão conversou com a Doutora, porque nos dias de hiperdia era uma loucura, atrapalhava tudo o CS, aí nós resolvemos criar o grupo, foi assim que começou, foi o início: criar um grupo para atender essas pessoas toda semana num dia só que nós dávamos um número, tipo de senha, mas não funcionou nenhuma vez se a gente dava 40 vinha 80. Mas a porta ficou aberta nós atendemos a todos, acontecia na sala de reunião, a enfermeira na sala dela e a Doutora na sala dela. E na sala de reunião com as pessoas, estava eu (Lucila) e ACS-fundadora, meio que fazendo um grupo e ali rolava informação, poesia, a gente criava momentos para facilitar sempre tentando, pensando no bem-estar evitando a tensão e o tumulto porque o número de pessoas era muito grande” (Entrevista com ‘Lucila’ em 25/05/2016).*

Com o passar do tempo, o número de participantes só aumentava, trazendo transtornos para o funcionamento da Unidade. Outros problemas surgiam durante o deslocamento temporal do grupo, como a falta de recursos humanos, pois:

*“(...) a Doutora saiu, e aí que que nós vamos fazer com o grupo? Conversamos com o pessoal: - Olha, nós estamos sem a Doutora estamos só com enfermeira, eu (Lucila), e ACS-fundadora, mas nós vamos continuar entendeu? Uma vez que está todo mundo com os exames em dia nós vamos continuar até o próximo generalista vier a gente continua. Mas estava difícil, demorou deu uns dois, três meses e nada do generalista chegar, a enfermeira encabeçando e eu (Lucila) e ACS-fundadora. Então quem precisava de exame a enfermeira já via, solicitava, pedia para o médico de outra equipe carimbar, ele averiguava tudo. Continuou funcionando, mas sem a presença do generalista. E aí o Professor da medicina veio para cá foi quando a PUCC começou a interagir com Centro de Saúde, porque antes eles ficavam só no Castelinho, então eles desceram para cá com os residentes, os estagiários e vieram para nossa equipe” (Entrevista com ‘Lucila’ em 25/05/2016, grifos meus).*

A fala acima reforça a ampliação da clínica, pois mostra o não centramento na figura do médico, o grupo continuou existindo mesmo com a saída da médica, e esse movimento de insistência na manutenção do grupo pelas profissionais em parceria com os usuários fez o grupo

se fortificar. A clínica, o cuidado do paciente não é médico dependente. A clínica ampliada é composta por equipe multidisciplinar.

Importante ressaltar aqui a questão da necessidade de articular gestão e clínica para o êxito de qualquer atividade. O grupo tem um potencial grande na Atenção Primária à Saúde, é preciso ressaltar para todos, gestão, profissionais da ponta, que o grupo como dispositivo utilizado na promoção da saúde é também uma extensão da clínica.

É com um olhar mais em longo prazo, a Promoção da Saúde busca resultados longitudinais e não menos importantes do que nos procedimentos imediatistas, curativos. Não estamos desmerecendo o atendimento de urgência, pois ele é necessário e tem importante papel neste contexto. Porém, no planejamento em saúde, deve haver espaço para prevenção e promoção. Investir em promoção é pensar no futuro, projetar soluções de problemas existentes hoje, é sem dúvida alguma proporcionar redução de gastos.

Diante disso, vemos uma necessidade de negociar com a gestão, formas de as atividades grupais terem relevância na produtividade, somente assim conseguiremos discutir os nós encontrados no exercer da clínica rotineiramente em uma Unidade Básica de Saúde que é um *locus* muito complexo de se trabalhar.

Além da gestão do nível central, é preciso negociar também com a gestão no nível local. Por exemplo disputas/problemas com recursos humanos podem afetar a manutenção do grupo:

*“Falei assim: - Não vai mais ninguém? Não vai um auxiliar de enfermagem? Não vai um enfermeiro? Teve a crise na época. E aí nós tínhamos a Enfermeira que falou assim: - Ah, mas não tem funcionário, por mim tudo bem, se não tiver funcionário, por mim pode até acabar o grupo... A gente teve... Ela não está mais aqui, foi uma das coisas... Um dos embates que eu participei disso” (‘Corintiano’ no Grupo Focal, grifos meus)*

Através dos anos, o grupo com hipertensos e diabéticos passou por momentos de crises, como citado anteriormente e a enfermagem por vezes também não quis liberar a ACS-fundadora para participar do grupo, alegando que com a falta de recursos humanos, seria mais útil que ela entrasse na escala de enfermagem e que seria até melhor que o grupo deixasse de existir. Em depoimento informal a ACS-fundadora desabafa dizendo que teve que lutar muito para que esse grupo fosse mantido.

*“E conseguimos fazer com muito, com jogo de cintura, porque você sabe **que o sistema não capacita o suficiente para fazer grupos**, você tem que buscar. Eu*



*(Lucila) graças à Deus, aliás a população teve uma parceria muito boa com a Doutora, a Enfermeira, a ACS-fundadora e eu (Lucila) ” (Entrevista com ‘Lucila’ em 25/05/2016, grifos meus).*

Na fala anterior da ‘Lucila’ notamos a necessidade da Educação Permanente (EP) para melhorar a formação do profissional trabalhador da saúde, esta é uma questão importante e deve estar em pauta nos planejamentos da gestão, a EP do profissional é um investimento necessário, dentro de um serviço público ainda mais, por se trabalhar numa equipe multiprofissional, Machado et al.<sup>42</sup> reforçam:

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo<sup>42</sup>.

Então ocorreu a busca por outro local para realização dos encontros semanais do grupo, fazendo assim que o mesmo se mantivesse, como podemos certificar no relato abaixo:

*“(...) aí ele (Professor da medicina) usou outro argumento: - É, mas eu fiquei sabendo que não cabe. Tá tem bastante gente. Tá está atrapalhando o funcionamento dos outros profissionais? Mas aí eu (Lucila) falei: - Mas a gente poderia procurar um lugar, a gente tem a Guadalupe, tem o Progen. A ACS-fundadora falou: - Tem o Centro Social do Nóbrega. Eu (Lucila) falei: - Então pros moradores do Nóbrega, nada mais justo do que usar o Centro Social do Nóbrega, perfeito. E ele (Professor da medicina): - Não, porque... Não, porque... não. Aí a enfermeira falou: - Então tudo bem Doutor, vamos fazer o seguinte, o senhor fica como clínico, como generalista não vai mudar nada. As meninas ficam com o grupo que elas já estão acostumadas, e o que tiver alterado vai passar por mim, se houver necessidade, aí eu deixo na tua agenda no dia do grupo cinco vagas pra atender alguma intercorrência, alguma urgência dos pacientes do grupo. Ele não gostou muito, assim a princípio, mas... **Ele não acreditava que eu (Lucila) e ACS-fundadora podíamos segurar o grupo fora do Centro de Saúde, porque trabalhar extra muro é de muita responsabilidade**” (Entrevista com ‘Lucila’ em 25/05/2016, grifos meus).*

Notamos aqui o reforço ao modelo biomédico, pois o professor da medicina colocava empecilho para participar do grupo, na verdade ele achava que o grupo deveria acabar. Depois da Enfermeira insistir muito ele concordou, porém com receio pois o grupo seria realizado pelas ACSs somente.

Como este Centro de Saúde faz parte da Política de Integração Ensino–Serviço–Comunidade do município, num trabalho coletivo, pactuado e integrado, que visa facilitar o processo de formação profissional na área da saúde, em consonância com as diretrizes e princípios

do Sistema Único de Saúde, vieram os estudantes da PUC – Campinas. O primeiro curso a fazer parceria nas atividades do grupo foi a enfermagem. Mais tarde:

*“ A psicologia veio e passou um tempo lá acho que dois anos, depois não foram mais. E a psicologia foi bom, porque elas entraram **com muita dinâmica e era isso que o grupo gostava** de dinâmica eles chegavam lá 8:00 e saiam meio dia, mas assim com dinâmica, com aqueles textos de reflexão né de quem eu sou, coisas assim. Coisas sérias ou não sérias, **mas eles iam para casa com algo a mais, sempre alguma coisa para refletir sobre o dia a dia**, você entendeu?! Aí depois entrou a nutrição, foi difícil eles não aceitaram a nutrição, não, eles já tinham informação de nutrição, então nutrição para eles era muito limitado, eles não queriam. Eles queriam a psicologia a enfermagem [...] a nutrição foi conquistando aos poucos tanto é que nós fizemos um livro de receitas”* (Entrevista com ‘Lucila’ em 25/05/2016, grifos meus).



Figura4- Participação da enfermagem da PUC-Campinas.

*“A gente deu essa liberdade para eles, entendeu? Deles agirem porque o grupo, o grupo é nosso! Assim como eu (Lucila) e a ACS-fundadora falamos: - Vocês têm o mesmo direito’. E a gente tinha muita roda de conversa então **isso deu autonomia, levantou a auto-estima**, você entendeu?! Quando eles não gostavam, eles interrompiam e falavam: - Olha está acontecendo isso assim, assim acho que*

*é bom a gente conversar entendeu, aconteceu não sei o quê com fulano. Eles tinham autonomia” (Entrevista com ‘Lucila’ em 25/05/2016, grifos meus).*

A autonomia do sujeito tem papel importante no cuidado em saúde, Campos<sup>54</sup> reforça que a autonomia deve ser pensada sempre: “em um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos”<sup>54</sup>.

Um exemplo sobre o citado anteriormente: muitos profissionais passaram por este grupo com diabéticos e hipertensos, professores da universidade, profissionais do serviço e existe até hoje uma grande rotatividade dos professores da PUC-Campinas, pois a cada semestre muda a grade de horário dos estudantes e nestes últimos semestres tem mudado o professor também, então a cada seis meses vem um novo profissional com características diferentes. Tem professor que prioriza as dinâmicas grupais, outros não. Em razão disso aconteceu um fato inédito, nessas trocas de professores, em um semestre veio um que não tinha habilidade com trabalho em grupos e as frequentadoras vieram me procurar, pois estavam pensando em fazer um abaixo-assinado para retirar esse profissional do grupo. Os usuários sempre tiveram essa autonomia, os profissionais para participar do grupo tinham que de certa forma “serem aceitos” pelos usuários.

#### **4.2-Conhecer a percepção dos usuários e dos profissionais sobre o grupo.**

*“Tenho feito as transcrições das entrevistas com os usuários, e é interessante, pois cada um traz uma parte, o seu ponto de vista, sua necessidade e vão se unindo numa grande colcha de retalhos. E, nesse frio que está fazendo, percebo que esta colcha aquece, agasalha e acolhe a todos. Sem dúvida, é mais que um grupo educativo: eles buscam convívio social, amizade, melhora para a depressão, etc” (Diário de Pesquisa, 13/06/2016).*

Nas entrevistas, os usuários demonstraram muita afinidade pelo grupo, compromisso, pois o frequentam há mais de cinco anos, e todos afirmaram terem aprendido muito no modo de lidar com as doenças, e enfatizaram também o momento do encontro entre eles, de interação com as outras pessoas, que vivem questões de saúde-doença semelhantes em suas vidas, conforme podemos constatar nos relatos de alguns usuários durante as entrevistas:

*“(...) ah eu gosto assim porque eu vejo pessoas, porque eu não saio, fico dentro de casa, né! Só saio para vir aqui e domingo à noite na igreja, mas eu conheci muita gente aqui converso com pessoas, assim da minha idade ou mesmo um*

*pouco mais nova, então e aí eu me sinto bem” (Entrevista com Usuário-1 em 08/06/2016).*

*“(...) ah eu gostei muito das ginásticas, né, porque eu sou meio ‘paradona’, então para mim foi bom fazer ginástica aqui, foi bom ouvir as palestras eu aprendi muito com as palestras sobre o diabetes né, a gente tira as nossas dúvidas para mim foi bom demais porque eu vivo perguntando né” (Entrevista com Usuário-2 em 08/06/2016).*

E também pelos momentos festivos, como as festas de final de ano, amigo secreto, comemorações de datas importantes como o dia das mães, páscoa, bingos:

*“Eles [Usuários] abraçaram o grupo de uma forma tão grande que eu me lembro de uma festa junina que entrou um senhor que não era do grupo. E tinha mais de 80 pessoas no salão, aí um levantou e falou assim: - O que que você está fazendo aqui? - Eu vim ver a festa. E ele respondeu: - Não. Vir no grupo você não quer, na festa você veio. Pode ir embora, não vai entrar aqui, é só do grupo. Daí eu (Lucila) falei para a ACS-fundadora: - Nossa! E ela falou: - Você está vendo como eles cuidam, eles se conhecem, se protegem. E eles convidam, porque se ele falou isso é porque ele convidou. [Para participar do grupo]” (Entrevista com ‘Lucila’ em 25/05/2016).*

Existe um conceito relevante a ser entendido nesse momento que é o de grupo sujeitado e grupo sujeito, sobre isso L’Abbate<sup>24</sup> explica:

*(...) o grupo sujeitado é o que se orienta por uma heteronomia, ou seja, se submete a uma orientação que vem de fora; o grupo sujeito, ao contrário, se orienta por uma autonomia, construída a partir de dentro. A intenção de toda análise é contribuir para a mudança de sujeitado em sujeito e o que possibilita tal transformação é o aumento do *coeficiente de transversalidade no grupo*, que ocorrerá a partir do momento em que o grupo apreende a existência dos seus pertencimentos de ordem vertical e horizontal [Itálico original]<sup>24</sup>.*

Como foi possível observar nos relatos trazidos até aqui, esse grupo com certeza é um grupo sujeito. Trago outro fato interessante ocorrido no grupo que vem de encontro a esta questão:

*“(...) depois aconteceu um fato interessante: as meninas da Nutrição ofertaram fazer uma cozinha experimental, já que no espaço tem uma cozinha ampla com uma boa bancada, tinham receitas com quantidades reduzidas de sal e algumas combinações interessantes. Qual não foi nossa surpresa quando as senhoras disseram que não queriam nada com cozinha, uma disse assim “pode me pedir para brincar até de pega-pega, mas eu fujo do fogão”. Conclusão, as nossas expectativas não são as mesmas dos frequentadores do grupo. Provavelmente elas associam à trabalho, ou seja, mais coisa para fazer” (Diário de Pesquisa-Projeto Inovação, 07/05/2014)*



Figura 5: Amigo secreto realizado no grupo

Os profissionais enxergam a potência do grupo, em vários quesitos, como uma oportunidade do usuário falar e ser ouvido, por exemplo:

*“(...) porque eles [Usuários] podem falar, então a questão social também, ver que o problema não é só meu, o outro também tem problema e às vezes aquele problema do outro eu já resolvi, então eu posso ajudar. Então é esse bate bola mesmo, essa conversa é importante, a questão da cidadania, né! Porque eles entram no consultório do médico e ficam com medo de perguntar, daí a gente fala assim, olha não é para ter medo, **nós que estamos aqui temos a obrigação de explicar para vocês, e vocês tem o direito de perguntar**, então não é um favor, não é favor isso, é um direito que vocês têm, então tem dúvida, pergunta, então tem essa coisa de... é de cidadão mesmo”* (‘Didi’ no Grupo Focal, grifos meus).

*“(...) e os pacientes ficam mais descontraídos e eles perguntam mais, mesmo que seja bobagem ou não. Mas eles se sentem mais à vontade para perguntar, então a dinâmica de grupo é muito importante e ela funciona muito bem no setor primário principalmente, que não é nenhum setor assim, que não exige vamos dizer assim, um tipo de sigilo médico profissional”* (‘Turco’ no Grupo Focal).

*“Aí o grupo é uma oportunidade para esse usuário é um acolhimento para eles, não necessariamente aqui dentro, [na Unidade] mas na comunidade. E aí a participação do cirurgião-dentista também reforça a importância do cuidado integral”* (‘Bebé’ no Grupo Focal).

*“(...) Ele quer chegar num lugar e ser tratado com respeito, que tenha resposta medicamentosa, que seja um ambiente saudável, agradável, que ele faça amizade, possa confiar, parece muita coisa, mas não é, tudo isso esse grupo acabou proporcionando, pessoas que moravam há 20 anos no bairro, não se olhavam, foram se conhecer no grupo, então a gente aprende não só a ser valorizado lá fora, porque aqui dentro a gente não é. **Mas também eles se sentem valorizados, porque nós fomos até eles**” (‘Lucila’ no Grupo Focal, grifos meus).*

Na fala acima da ‘Lucila’, podemos perceber perfeitamente que o usuário busca algo mais do que simples ausência da enfermidade que vai ao encontro do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) citado por Buss e Pellegrini Filho<sup>55</sup>:

A definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença<sup>55</sup>.

*“Eu acho que o que a gente vê bastante é a corresponsabilidade, em vez de entregar na nossa mão né: - Você vai cuidar de mim? - **Não, nós vamos cuidar de você, e você vai se cuidar** [...] eles têm que entender isso: - Por que eu não estou bem? Por que não tem medicação? - Mais e aí como está a sua alimentação? Você está fazendo alguma atividade física? O que você gosta de conversar mais? Fazer essa integração mesmo né, isso é bom” (‘Didi’ no Grupo Focal, grifos meus).*

O trabalho realizado com grupos possibilita essa proximidade entre o trabalhador da saúde e o usuário e um fator relevante seria a questão da disponibilidade de tempo, onde não só se pode escutar com mais tranquilidade, como também falar, explicar ao usuário, suas responsabilidades. Campos<sup>54</sup> ressalta que se: “há uma dimensão produtora de autonomia para a clínica, é aquela em que – por meio do vínculo – pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolorem o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida”<sup>54</sup>.





Figura 6- Atividade em comemoração ao dia da mulher

O trabalho de campo nos revelou que a utilização do dispositivo grupo pode sim funcionar como ampliação da clínica da saúde bucal, tanto para os profissionais quanto para os usuários:

*“(...)E essa participação, a confiança que eles têm nela, né, que sabe a referência: - Olha, eu posso procurar a [Dentista-pesquisadora] **porque ela é minha referência, ela vai entender como eu sou**, tanto dentro do consultório quanto no grupo. E isso é importante” (‘Didi’ no Grupo Focal, grifos meus).*

*“(...) ele vem, ele traz o neto, daí ele traz o filho né (risos), é legal, é muito legal. Só que não passa com o outro, tem que passar com a dentista-pesquisadora” (‘Angélica’ no Grupo Focal).*

#### 4.3-Ampliar espaços de diálogo entre esta equipe de saúde da família e o campo da saúde bucal.

*“(...) é claro que hoje me sinto mais segura e com embasamento teórico maior, mas percebo que não é só isso, percebo nesse processo do mestrado, um processo de mudança pessoal minha, desde pensar a minha própria prática, as questões políticas e sociais, sinto estar me tornando uma pessoa melhor” (Diário de Pesquisa, 25/02/2017).*

Para ampliar espaços de diálogos entre a equipe de saúde da família e o campo da saúde bucal é preciso em primeiro lugar estabelecer esse diálogo. A participação efetiva desta dentista-pesquisadora no grupo com hipertensos e diabéticos mostra para a equipe que é possível sair do seu núcleo e buscar a saúde coletiva no seu campo, como podemos observar nos relatos descritos abaixo:

*“(...) eu acho que o centro de saúde deveria ter uma dinâmica das pessoas poderem sair mais dos seus núcleos né, aí me chama muito atenção quando a [Dentista-pesquisadora] enquanto dentista sai do núcleo, porque principalmente o profissional dentista, o profissional médico não tem tanto isso na formação né, da coisa da saúde coletiva, da coisa do grupo, então fica mais pessoal, se a pessoa gosta, se a pessoa tem esse desejo né, então me chama muito atenção a [Dentista-pesquisadora] consegue sair do núcleo dela né, da odonto, dentista que tem uma rotina que te deixa dentro de sala, achei muito interessante isso, do dentista conseguir participar, a gente deveria proporcionar mais isso, quando a gente pensa grupo, a gente quer enfermagem e médico, eu acho também muito ruim porque se a enfermeira não vai, se auxiliar não vai, não quer ir, não pode mais. É muito mais o nosso núcleo e a gente tem pouca oportunidade para isso, e aí quando os outros profissionais saem do núcleo, eu acho enriquece muito mais, quando ela consegue sair do núcleo” (‘Blanques’ no Grupo Focal).*

*“(...) e uma coisa que me chamou atenção é a relação dela [Dentista-pesquisadora] com os pacientes: conhecia todos eles, é... O jeito como ela cuidava deles, com muita... muito carinho, e animando mesmo: - Vamos fazer alongamento, gente. Vamos fazer isso, oh, vamos mexer, então assim, tudo isso traz, ela saiu um pouco desse núcleo né, do trabalho dela como dentista e foi para um campo que é muito legal, a gente poder transitar por isso (...) e isso é importante. Então assim, toda a empolgação dela é contagiante, assim, contagia, não só eu, como contagiava todo mundo” (‘Didi’ no Grupo Focal).*

Como não poderia deixar de ser, muitas coisas ‘veladas’ começaram a aparecer na discussão. Por exemplo, a disputa pelo poder, de repente todos queriam ser o dono do grupo, 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:

*“(...) um grupo que a gente lutou tanto para manter. Foi bom porque a gente aprendeu, eu aprendi muito, mas **nós tínhamos perdido o empoderamento.** ” (‘Lucila’ no Grupo Focal, grifos meus).*

*(...) a professora falou quem é essa mulher que está sentada na cadeira? Porque digamos **assim eu tinha um certo domínio sobre... para o grupo, não domínio, um... uma liberdade, por assim dizer**” (‘Lucila’ no Grupo Focal, grifos meus).*



*“(...) lembrando que são diferentes as idades de quem vai no Progen e no grupo de hipertensos e diabéticos, são grupos diferentes, de dinâmicas diferentes. **O meu** é um grupo mais calado, vamos dizer assim, eles integram sim entre nós, mas eles são mais reservados do que o pessoal que vem para cá do Progen, que é mais dinâmico é um grupo menor ele se expressa mais. São mais jovens do que **os meus pacientes** de lá, **os nossos pacientes, aliás**”* (‘Corintiano’ no Grupo Focal, grifos meus).

*“ Porque é assim às vezes a gente ouve assim: - Mas é do centro de saúde o grupo, não é da PUC! Não é tal, não é dos agentes, não é da ASB-fundadora, tá, mas a gente às vezes gostaríamos de ver uma participação maior também de outras pessoas”* (‘Corintiano’ no Grupo Focal).

Houve até uma discussão entre ‘Corintiano’ e ‘Lucila’, onde ele estava tentando explicar o motivo pelo qual várias pessoas (usuários e profissionais) declaravam que o grupo era da ACS-fundadora:

*“- Mas a gente tem que ver que é a humanidade dela [ACS-fundadora]. Acho que talvez é por isso... o carisma dela [ACS-fundadora] que era muito grande... Lucila! Que às vezes a gente... A pessoa falava: - **O grupo da ACS-fundadora.** Acho que é por isso... pela maneira dela. Entendo quando você fala...* (‘Corintiano’ no Grupo Focal, grifos meu).

*“ - Não, não, o povo lá fora eu acho ótimo, mas o povo aqui dentro não (Lucila)”* (‘Lucila’ no Grupo Focal).

Desde o início do grupo, principalmente com a saída da médica (Doutora), houve essa disputa pelo poder, entre as duas Agentes Comunitárias de Saúde. Como a ACS-fundadora foi a escolhida, a ‘Lucila’ decidiu sair do grupo:

*“(Lucila): - Por que a gente aprende que a saúde ela não é feita só de medicação, você entendeu, ela é feita de várias formas, a gente vai usando vários artifícios, várias atividades. Como eu participo de mais 3 grupos, esse eu saí, eu abandonei, não tô mais a fim, eu fico assim onde eu me sinto...”*

*[Moderador do GF]: - À vontade?*

*(Lucila): - Não à vontade não. Útil.*

*[Moderador do GF]: - Útil!*

*(Lucila): - Quando eu vejo eu não sou mais útil, eu saio, porque feliz a gente só fica na praia”* (‘Lucila’ no grupo focal).

Como também, questões sobre a falta de valorização do profissional não universitário.

*“(...) aí a outra falou quem que é essa mulher, então tem umas coisas assim, você me desculpe a expressão, mas é ‘um chute no saco’, o ‘neguinho’ chega na última hora entra dentro do trem, quer sentar na ‘janelinha’, quer falar para mim, e que você engole, aí eu olhei na cara dela e falei: - É doutora tudo bem, e daí? **Sabe, não subestime alguém só porque você tem um título. Quem é essa mulher aqui? Sabe, ela poderia perguntar: - É doutora? É dentista? É ginecologista? Aí ficam dois pontos de interrogação**”* (‘Lucila’ no Grupo Focal, grifos meus).

O trabalho em uma equipe multidisciplinar deveria valorizar todos os profissionais, pois todos são fundamentais para o atendimento do usuário, como Cunha<sup>22</sup> afirma:

A possibilidade de reconhecimento institucional da variação de importância de cada saber (consequentemente, de cada trabalhador) e da criação de saberes para o resultado trabalho da equipe, parece-nos um ganho importante para a qualidade da Atenção Básica e a possibilidade da clínica ampliada. Essa proposta de lidar com os recursos possíveis, misturando atividades terapêuticas, atividades de gestão e atividades de informação, implica num olhar (e valoração) diferente da equipe sobre os saberes. Reforça a possibilidade da construção de uma cultura organizacional que rompa com as lógicas corporativas, tão bem estruturadas no campo da saúde<sup>22</sup>.

O trabalho em grupo proporciona um aumento da transversalidade, ocorrendo a quebra da verticalidade hegemônica do profissional médico para uma relação mais horizontalizada com o usuário/paciente. Para a AI a transversalidade é de grande relevância, mostrando aqui como os processos grupais possibilitam a Ampliação da Clínica.

*“(...) já no grupo você sai do ambiente, da relação médico-paciente, apesar de ser o médico e o paciente, então mudando o ambiente a pessoa parece que fica mais desarmada, e o médico também, ele fica mais desarmado. Então fica assim uma relação mais horizontalizada (‘Turco’ no Grupo Focal).*

*“(...) quando você sai do consultório em si, não é só a questão que você falou quando você sai do ambiente, mas da relação médico-paciente, faz bem, parece que sai daquela coisa, daquela tensão, vamos dizer assim daquele rótulo, você está num outro ambiente mesmo, estando fora do consultório. Às vezes não é porque o paciente fica inibido ou não de perguntar no consultório, muitas vezes é questão de tempo, você tem 15 minutos para uma consulta, então às vezes você tem que examinar, que colher exame, falar para o paciente, então assim não é só, eu acho que talvez mesmo você tendo uma relação boa com o paciente acaba sendo mais direcionada a consulta né, e quando você faz o grupo, o grupo é mais assim, mais filosófico” (‘Turco’ no Grupo Focal).*

O grupo hoje continua acontecendo, tem alguns momentos de alta e baixa, o que é pertinente aos processos grupais. Em 2017 ele completa 15 anos de existência e de sustentabilidade, ou seja, continua forte e vivo.

## 5-CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Diante de todo o processo desta pesquisa uma questão muito importante foi compreender que uma atividade grupal faz parte da clínica, nas discussões da clínica ampliada, Cunha<sup>22</sup> acrescenta:

O núcleo do saber médico, em diversos momentos da equipe, não é o mais importante para as soluções dos problemas. Em muitos outros momentos, esse núcleo é fundamental, mas tem que ser assimilado pelos outros profissionais para que seja implementado (tem que ser ensinado). Os lugares institucionais de cada profissional, seus respectivos saberes (o consultório, para o médico; a sala de procedimentos, para o pessoal da enfermagem, a rua para o ACS etc....) são ligeiramente tensionados, junto com os respectivos donos de seus saberes. Abrem-se então possibilidades de construção de novos Saberes (terapêuticas) e novos Sujeitos (novas identidades de Sujeitos e saberes) <sup>22</sup>.

Podemos perceber como o grupo com hipertensos e diabéticos proporcionou uma forte ligação entre esta dentista-pesquisadora e os usuários frequentadores do grupo, aumentando o vínculo, proporcionando mais confiança e tranquilidade para inclusive o atendimento clínico, quando este for necessário e estendendo para outros membros da família, como filhos e netos, sendo também uma porta de entrada para o tratamento dentário na Unidade, realizando assim uma ampliação da clínica.

Para os usuários e para os demais profissionais este grupo foi também um dispositivo para ampliação da clínica de saúde bucal. Sendo que para os profissionais o grupo é uma forma de exercer a Nova Promoção da Saúde pois nas falas dos mesmos trazem muitos desses conceitos que foram explanados por esse trabalho, tais como, o empoderamento, a participação social e autonomia. A Educação em Saúde é sem dúvida alguma o caminho para alcançar tudo isto.

O fato da dentista estar presente semanalmente no grupo, fazendo parte do mesmo, fez a equipe de saúde repensar o trabalho de campo, apresentando um novo profissional (dentista), que também pode ser requisitado para o trabalho de campo.

Todo profissional deveria ter espaço em sua agenda para participar de atividades grupais, pois trabalhos com grupos não são exclusividades dos (as) agentes comunitários (as) de saúde, dos (as) técnicos (as) de enfermagem, dos (as) enfermeiros (as). O grupo é um dispositivo democrático, existe espaço também para profissionais com formação distintas, seja técnica ou de nível universitário e trata-se de um recurso importante para, inclusive, melhorar a médio e longo prazo das condições de saúde e redução de gastos para a gestão.

Da Análise Sócio-histórica: é perceptível o deslocamento que houve desta dentista para pesquisadora e depois para profissional de saúde coletiva que culmina neste trabalho e, que, neste momento continua com a preceptoria do PET-SAÚDE GRADUA/SUS, com estudantes da enfermagem. O grupo com hipertensos e diabéticos teve sua história recontada desde a sua formação em 2002, onde buscamos o momento fundador do grupo, que constitui um dos atributos da metodologia escolhida, realizando um percurso através dos anos que se seguiram até os dias atuais, sendo que episódios relevantes foram descritos.

## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1-Coimbra CMB, Nascimento ML. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: Geisler ARR, Abrahão AL, Coimbra CMB. Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde. Niterói: EdUFF; 2008. p. 143-53.
- 2-Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. Ciênc Saúde Colet. 2013; 18 (7): 2095-2104.
- 3-Pezzato LM. Encontros, instituições e sujeitos em análise: a Alta Pactuada em saúde Bucal. [doutorado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas; 2009.
- 4-Lima DC, Saliba NA, Moimaz SAS. Tratamento restaurador atraumático e sua utilização em saúde pública. Rgo. 2008; 56 (1): 75-9.
- 5- Botazzo C, *et al.* Inovação na produção do cuidado em saúde bucal. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. Relatório Técnico. São Paulo, 2015.
- 6-Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc Saúde Colet. 2000; 5 (2): 219-30.
- 7-Botazzo C, *et al.* Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Mimeo; 1988.
- 8-Botazzo C. Saúde Bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 17-27.
- 9-Botazzo C. Bucalidade. Pro Odonto Prevenção. 2013; 6 (4): 9-55.
- 10-Narvai PC. Odontologia e Saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 11-Fonsêca GS, Junqueira SR, Botazzo C, Carvalho YM, Araujo ME. A clínica do corpo sem boca. Saúde Soc. 2016; 25 (4) 1039-49.
- 12-Portal do Mec. [Internet, acesso em: 30/06/2017]. Disponível em: [www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Odont.pdf](http://www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Odont.pdf).
- 13-Fajardo AP. Onde está a Dentista? In: Mano MAM, Prado EV. Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia. São Carlos: UfsCar; 2010. p. 129-45.

- 14-Hafner MLMB, Moraes MAA, Marvulo MML, Braccialli LAD, Carvalho MHR, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15 Supl 1: 1715-24.
- 15-Marques D. A trajetória do programa saúde da família em Campinas e a contribuição da enfermagem [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas; 2003.
- 16-Campos GWS & Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc Saú Colet.* 2007; 12 (4): 849-59.
- 17-Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Colet.* 2009; 14 Supl.1: 1325-35.
- 18-Plano Municipal de Saúde. [Internet, acesso em: 30/06/2017]. Disponível em: [www.saude.campinas.sp.gov.br/.../Plano\\_Municipal\\_de\\_saude\\_Campinas\\_2010\\_2013p](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/.../Plano_Municipal_de_saude_Campinas_2010_2013p).
- 19-Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde. [Internet, acesso em: 30/06/2017]. Disponível em: [www.saude.campinas.sp.gov.br/cnes/fichas/cnes\\_integral/CNES\\_preench\\_ficha\\_27.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/cnes/fichas/cnes_integral/CNES_preench_ficha_27.pdf).
- 20-Martins MTCL. Construção coletiva da prática interdisciplinar no Centro de Saúde Integração: a experiência da PUCCAMP [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 1996.
- 21-Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens.* 2010; 17 (3): 132-9.
- 22-Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- 23-Sól NAA. Medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica da sua trajetória. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM. *Análise Institucional & Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2013. p.180-205.
- 24-L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine.* 2012; 8 (1): 194-219.
- 25-Savoye A. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. *Mnemosine.* 2007; 3 (2) 181-193.

- 26-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 Rev Saúde Colet.* 2011; 21 (4): 1297-1314.
- 27-Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- 28-Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 14 ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
- 29-Boni V & Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. [Internet] *Rev Ele dos Pós-Grad em Sociologia Política da UFSC.* 2005 janeiro-julho; v.2 n.1 (3), p. 68-80. [Acesso em: 21 abril 2016]. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br>.
- 30-Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Rev Saúde Colet.* 2009; 19 (3): 777-96.
- 31-Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Livro; 2012.
- 32-Arantes JL, Shimizu HE, Hamann EM. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(5): 1499-1509.
- 33-Ayres, JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho JF, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL. *Clínica Médica-Medicina-USP-HC.* São Paulo: Manole; 2009. p. 437-55.
- 34-Oliveira NL. Práticas educativas e integralidade na saúde da família. Um estudo etnográfico. [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal Rio Grande do Norte; 2013.
- 35-Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc.* 2009; 18 (4): 733-43.
- 36-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Curso de Extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde: CEAD: UnB, 2013.
- 37-Mendes R, Sacardo DP, Neves H, Alves YMD. Promoção da saúde na metrópole com foco na intersetorialidade e sustentabilidade. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2014; 8 (3) 125-43.

- 38-Tavares CMA, Matos E, Gonçalves L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2005 Abr-Jun; 14 (2): 213-21.
- 39-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília. 2008; 17: 10-3.
- 40-Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Mimeo dmps-unicamp. 1997b.
- 41-Mendes R, Sacardo DP, Neves H, Alves YMD. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde deb*. 2016; 40, (108) 190-203.
- 42-Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12 (2): 335-42.
- 43-Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 (1): 200-6.
- 44-Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular em Saúde*. Brasília-DF. 2014.
- 45-Zimmerman DE. Fundamentos Teóricos. In: Zimmerman DE, Osorio LC *et al*. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed; 1997. p. 23-31.
- 46-Afonso MLM. Oficinas em Dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. In: Afonso MLM. *Oficinas em Dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 9-61.
- 47-Barros RB. Dispositivos em ação: o grupo. In: Silva A. *Cadernos de Subjetividade*. São Paulo: Hucitec; 1997. n.6, p. 183-91.
- 48-Maffacciolli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18 (4): 439-45.
- 49-Costa RC, Rodrigues CRF. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. *Rev APS*. 2010 out/dez; 13 (4): 465-75.
- 50-Fernandes MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16 Supl: 1331-40.
- 51-Merhy EE & Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.



52-Narvai PC. O fim do Brasil Sorridente? [Internet] Jornal Odonto. 2017; edição 238. [Acesso em 19/08/2017]. Disponível em:

<http://www.jornaldosite.com.br/materias/artigos&cronicas/anteriores/paulo%20capel/artcapel238.htm>.

53-Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Tempus Actas Saúde Colet. 2012: 151-63.

54-Campos RTO & Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-87.

55-Buss PM & Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis Rev Saúde Colet. 2007; 17 (1): 77-93.

## 7- APÊNDICES

### **Apêndice-1: Termo de Consentimento livre e esclarecido-profissionais da Unidade**

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Profissionais da Unidade.**

**Título:** Ampliação da clínica de saúde bucal em um centro de saúde do município de Campinas a partir de uma perspectiva grupal.

**Responsável pela pesquisa:** Ângela Andrade Martins.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas- Departamento de Saúde Coletiva-UNICAMP

**Número do CAAE:**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Essa pesquisa pretende analisar as possibilidades de ampliação da clínica da saúde bucal a partir de uma experiência com um grupo educativo de hipertensos e diabéticos de uma equipe de saúde da família no município de Campinas-SP. Caso você decida aceitar o convite, você será submetido(a) aos seguinte(s) procedimento(s): Você será entrevistado e responderá algumas perguntas relacionadas ao grupo de hipertensos e diabéticos, a entrevista será audiogravada e o tempo que você irá dispor para tais atividades será de meia hora a quarenta e cinco minutos de duração. O material gravado será transcrito e armazenado em local seguro sob a responsabilidade do pesquisador principal com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade e será destruído após a pesquisa. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu

nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Não há riscos previsíveis decorrente de sua participação nesta pesquisa, às questões serão pertinentes ao tema da pesquisa, respeitando sua privacidade, sendo possível interromper a atividade caso possa gerar algum tipo de constrangimento você.

A sua participação na pesquisa não está ligada a nenhuma recompensa material ou financeira, portanto não terá benefício direto, apenas a possibilidade de contribuir para o entendimento da ampliação da clínica de saúde bucal. Também não haverá nenhuma forma de reembolso, visto que não terá nenhum gasto com sua participação na pesquisa. No entanto, de acordo com o art.IV.3, Item h da Resolução 466/2012, haverá *garantia de indenização* diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa “Ampliação da clínica de saúde bucal em um centro de saúde do município de Campinas a partir de uma perspectiva grupal”, dos procedimentos nela envolvidos, assim como dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Declaro também que fui informado que as entrevistas serão audiogravadas e autorizo as gravações. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo ou penalidade.

---

Nome legível do(a) participante:

---

RG do participante:    Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável legal)

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Ângela Andrade Martins - Pesquisadora responsável

**Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em *contato* com:**

**Responsável pela pesquisa:**

Ângela Andrade Martins. **Orientadora:** Prof. Dra. Luciane Maria Pezzato.

**Endereço:** Rua Rua Zoca, 161. Vila Castelo Branco- Campinas-SP. Telefone p/contato: (19) 3229-9868

e-mail: [cunha-martins@uol.com.br](mailto:cunha-martins@uol.com.br); [lucianepezzato@gmail.com](mailto:lucianepezzato@gmail.com)

**ATENÇÃO:** Em caso de denúncias e reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas.

**Endereço:** Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126. Caixa postal: 6111. CEP: 13083-887. Campinas-SP  
Fone: (19) 3521-8936. FAX: (19) 3521-7187. E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

“Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante”.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Ângela Andrade Martins- Pesquisadora Responsável

**Apêndice-2: Termo de Consentimento livre e esclarecido-usuários:**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Usuários.**

**Título:** Ampliação da clínica de saúde bucal em um centro de saúde do município de Campinas a partir de uma perspectiva grupal.

**Responsável pela pesquisa:** Ângela Andrade Martins.

**Instituição:** Faculdade de Ciências Médicas- Departamento de Saúde Coletiva-UNICAMP.

**Número do CAAE:**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (TCLE), visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Essa pesquisa pretende analisar as possibilidades de ampliação da clínica da saúde bucal a partir de uma experiência com um grupo educativo de hipertensos e diabéticos de uma equipe de saúde da família no município de Campinas-SP. Caso você decida aceitar o convite, você será submetido(a) aos seguinte(s) procedimento(s): Você será entrevistado e responderá algumas perguntas relacionadas à sua participação no grupo de hipertensos e diabéticos, a entrevista será audiogravada e o tempo que você irá dispor para tais atividades será de meia hora a quarenta e cinco minutos de duração. O material gravado será transcrito e armazenado em local seguro sob a responsabilidade do pesquisador principal com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade e que será destruído após a pesquisa. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Não há riscos previsíveis decorrente de sua participação nesta pesquisa, às questões serão pertinentes ao tema da pesquisa, respeitando sua privacidade, sendo possível interromper a atividade caso possa gerar algum tipo de constrangimento você.

A sua participação na pesquisa não está ligada a nenhuma recompensa material ou financeira, portanto não terá nenhum benefício direto, apenas a possibilidade de contribuir para o entendimento da ampliação da clínica de saúde bucal. Também não haverá nenhuma forma de reembolso, visto que não terá nenhum gasto com sua participação na pesquisa. No entanto, de acordo com o art.IV.3, Item h da Resolução 466/2012, haverá *garantia de indenização* diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa “Ampliação da clínica de saúde bucal em um centro de saúde do município de Campinas a partir de uma perspectiva grupal”, dos procedimentos nela envolvidos, assim como dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Declaro também que fui informado que as entrevistas serão audiogravadas e autorizo as gravações. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo ou penalidade.

---

Nome legível do(a) participante:

RG do participante: \_\_\_\_\_

---

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável legal)

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Ângela Andrade Martins - Pesquisadora responsável

**Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com:**

**Responsável pela pesquisa:**

Ângela Andrade Martins. **Orientadora:** Prof. Dra. Luciane Maria Pezzato.

**Endereço:** Rua Rua Zoca, 161. Vila Castelo Branco- Campinas-SP. Telefones p/contato: (19) 3229-9868

e-mail: [cunha-martins@uol.com.br](mailto:cunha-martins@uol.com.br); [lucianepezzato@gmail.com](mailto:lucianepezzato@gmail.com)

**ATENÇÃO:** Em caso de denúncias e reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas.

**Endereço:** Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126. Caixa postal: 6111. CEP: 13083-887. Campinas-SP  
Fone: (19) 3521-8936. FAX: (19) 3521-7187. E-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

“Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante”.

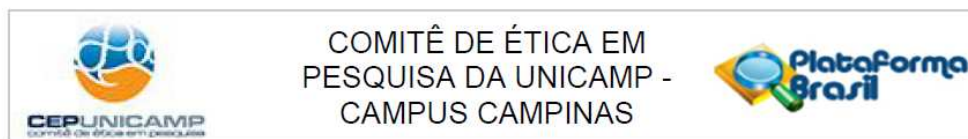
\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Ângela Andrade Martins- Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Responsável

## 8- ANEXOS

### Anexo-1: Parecer consubstanciado do CEP:



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Ampliação da clínica de saúde bucal em um centro de saúde do município de Campinas a partir de uma perspectiva grupal.

**Pesquisador:** Ângela Andrade Martins

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54037215.5.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.552.954

##### Apresentação do Projeto:

**Resumo:** Este trabalho pretende analisar as possibilidades de ampliação da clínica da saúde bucal a partir de uma experiência com um grupo educativo de hipertensos e diabéticos de uma equipe de saúde da família no município de Campinas-SP. Com esse propósito a dentista da equipe de saúde da família que este grupo pertence participa semanalmente, fazendo parte do grupo e não apenas levando ações pontuais de medidas prescritivas e preventivas tradicionais da odontologia. A Promoção da Saúde será pano de fundo dessa pesquisa, pois entendemos que as práticas grupais são dispositivos importantes na Atenção Primária à Saúde-APS, sendo que a Análise Institucional será o aporte teórico metodológico. Utilizaremos como ferramenta o diário de pesquisa no trabalho de campo, grupo focal e também a técnica da entrevista para produção de dados. Com esta experiência grupal estamos apostando em proporcionar autonomia e qualidade de vida aos frequentadores, respeitando o princípio normativo do SUS da integralidade do cuidado bem como, ampliar a inserção do dentista nas ações de promoção da saúde.

**Hipótese:** Seria o grupo de hipertensos e diabéticos uma ferramenta para ampliação da clínica de saúde bucal? **Metodologia Proposta:** Este trabalho iniciou junto a uma pesquisa multicêntrica denominada "Inovação na produção do cuidado em saúde bucal: Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde" (Chamada MCTI/CNPq/MS-

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

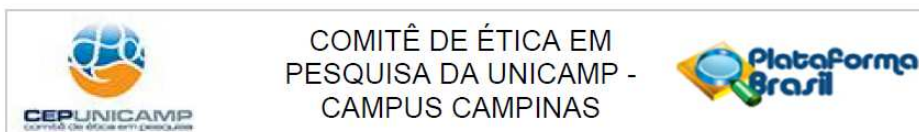




Continuação do Parecer: 1.552.954

SCTIE-10/2012), aprovada pelo CONEP - Processo nº 501-069/2014, que propõe novas tecnologias para o cuidado em saúde bucal na APS. A partir da inserção da pesquisadora nesta pesquisa multicêntrica, surgiu o desejo de continuar a investigar os outros espaços que a saúde bucal e, especificamente, o dentista de uma equipe de saúde da família pode ocupar na Atenção Primária à Saúde, numa perspectiva de promover saúde. Em Campinas, no Centro de Saúde que iremos realizar a pesquisa, a proposta foi trabalhar a inovação com a inserção da dentista da equipe de saúde da família no grupo educativo de hipertensos e diabéticos existente há mais de doze anos com ações interdisciplinares com a participação também de estudantes de graduação de nutrição, enfermagem, medicina e, mais recentemente, de odontologia da PUC-Campinas. A dentista da equipe participa como parte do grupo e não apenas levando ações pontuais de medidas prescritivas preventivas tradicionais da odontologia. Sabemos que o acesso do paciente usuário do SUS ainda é restrito na saúde bucal, e se seria resolutivo para a saúde bucal coletiva limitar-se ao atendimento clínico odontológico. Diante disso pretendemos refletir como se dá o acesso deste grupo investigado, uma vez que os mesmos encontram-se envolvido em ações de promoção da saúde em que o dentista vem buscando ampliar também a sua clínica. Porém, como enfatiza Fajardo (2010, p. 139-141), temos uma questão cultural, envolvendo os sujeitos com relação ao processo operacional do dentista, em que ainda pesa o velho e tradicional lugar nuclear: a cadeira odontológica. A cultura tradicional enfatiza a imagem do dentista em um consultório com instrumentos na mão, realizando procedimentos e cercado de um aparato tecnológico mais ou menos avançado. Creio que neste ponto deve ser feita uma reflexão sobre a identidade e o papel de uma odontóloga como trabalhadora comunitária em uma equipe multidisciplinar que entrecruza seus conhecimentos e práticas. (...) Isso reforçou meu incômodo com a questão de que eu não era dentista se não estivesse no gabinete, cercado de instrumentos e "arrancando" um dente! Uma ferramenta que pode nos ajudar a refletir sobre essas questões foi proposta por Campos (2000, p. 220), com os conceitos de campo e núcleo: "o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas". Estes conceitos reforçam a ideia de que a saúde bucal deve ocupar outros espaços, além dos já ocupados por ela, como rotineiramente acontece dentro do consultório do centro de saúde, seu núcleo de atuação. A saúde bucal deveria então buscar esses novos espaços constituindo assim seu campo de atuação, como: nas visitas domiciliares, na participação do núcleo de saúde coletiva, no colegiado gestor da unidade, nas ações de promoção da saúde (por exemplo, nos grupos educativos), nos conselhos locais de saúde, reuniões de equipe, ações de

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.552.954

vigilância, integração ensino-serviço, abrindo o leque de opções para o profissional ampliar também sua visão enquanto trabalhador de uma unidade de saúde que oferece diferentes serviços para a produção do cuidado. Entendemos que é preciso ir além das aparências e compreender o adoecimento bucal para além do sujeito que adoece, e o conceito de bucalidade pode nos auxiliar neste caminho, como BOTAZZO nos explica: “As reduções nas desigualdades sociais encontram ocasião de serem superadas com o conceito de bucalidade. Ele se vincula à experiência do sujeito como totalidade e não apenas como experiência dentária (ou separada, o que é o mesmo). É assim que a bucalidade vem articulada com a vida social genérica ou como parte do nexos biopsicossocial. Assim, permite pensar na promoção da saúde em saúde bucal de outra forma, não mais como expressão separada de órgãos do corpo, mas, sim, como manifestação do corpo por completo, o sujeito por inteiro nas suas determinações, limites e possibilidades”.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Analisar a possibilidade de ampliação da clínica da saúde bucal a partir de uma experiência com um grupo educativo de hipertensos e diabéticos de uma equipe de saúde da família no município de Campinas-SP.

##### **Objetivo Secundário:**

I- Estudar o movimento de um grupo educativo de hipertensos e diabéticos existente há mais de 12 anos em um centro de saúde; II- Ampliar espaços de diálogo entre a equipe de saúde da família e o campo da saúde bucal; III- Refletir sobre os vários espaços de atuação do cirurgião dentista na Atenção Primária em Saúde.

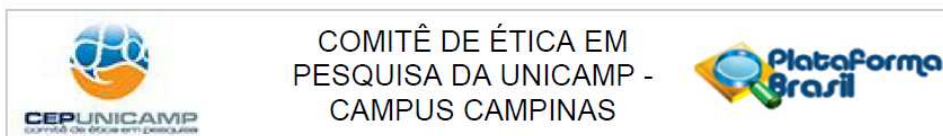
#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo informações da pesquisadora:

##### **Riscos:**

Não há riscos previsíveis, pois, o instrumento de pesquisa escolhida, que será utilizada é a entrevista semi estruturada com os frequentadores do grupo de hipertensos e diabéticos da equipe de referência da unidade de saúde, com profissional da unidade e técnica de grupo focal com os profissionais da mesma equipe de referência do grupo da pesquisa, onde serão discutidos questões referentes ao grupo de hipertensos e diabéticos.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.552.954

**Benefícios:**

Esta pesquisa não apresenta benefícios diretos ao participante, apenas a possibilidade de contribuir para o entendimento da ampliação da clínica de saúde bucal. Também não haverá nenhuma forma de reembolso, visto que não terá nenhum gasto com sua participação na pesquisa. No entanto, de acordo com o art.IV.3, Item h da Resolução 466/2012, haverá garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, que contribuirá para ampliar o conhecimento e pretende refletir sobre a ampliação da clínica da saúde bucal a partir de uma experiência com um grupo educativo de hipertensos e diabéticos de uma equipe de saúde da família no município de Campinas-SP. O projeto foi apresentado de forma mais completa, pertinente do ponto de vista científico, metodologia adequada. O Currículo do pesquisador responsável e dos demais pesquisadores são apropriados para a realização da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados o projeto original, o formulário gerado pela Plataforma Brasil, Folha de Rosto devidamente assinada. Cronograma foi anexado em anexo mas não foi alterado na plataforma. Possui autorização para coleta de dados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram acatadas pelo pesquisador. Exceto o Cronograma foi anexado em anexo mas não foi alterado na plataforma. Projeto aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

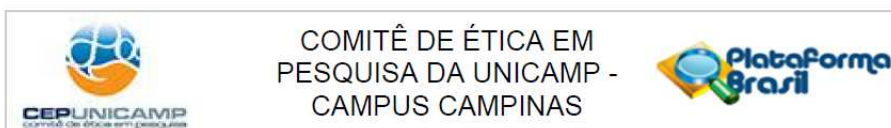
- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- 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 (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br





Continuação do Parecer: 1.552.954

previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. 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 e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos 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.

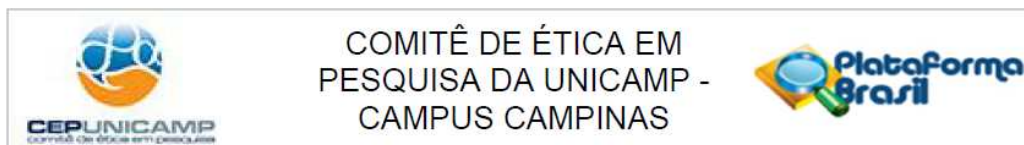
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_628076.pdf	02/05/2016 18:15:57		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/05/2016 18:03:54	Ângela Andrade Martins	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevista.pdf	02/05/2016 17:47:07	Ângela Andrade Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Aspectos_Eticos.pdf	02/05/2016 17:43:59	Ângela Andrade Martins	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Comite_de_Etica_em_pesquisa.pdf	02/05/2016 17:42:14	Ângela Andrade Martins	Aceito

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 1.552.954

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pos_parecer_Profissionais_Unidade.pdf	02/05/2016 17:25:35	Ângela Andrade Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pos_parecer_usuarios.pdf	02/05/2016 17:24:03	Ângela Andrade Martins	Aceito
Outros	RelatorioMatricPosGradAngelaMartins.pdf	07/03/2016 21:05:58	Ângela Andrade Martins	Aceito
Outros	CartUnicamp2016_1p.pdf	07/03/2016 20:53:50	Ângela Andrade Martins	Aceito
Folha de Rosto	PagRosto07Mar2016.pdf	07/03/2016 20:49:00	Ângela Andrade Martins	Aceito
Outros	Autorizacao_da_Instituicao.pdf	30/12/2015 13:08:59	Ângela Andrade Martins	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 20 de Maio de 2016

---

**Assinado por:**  
**Renata Maria dos Santos Celeghini**  
 (Coordenador)

**Anexo- 2: Autorização da Instituição:**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
Secretaria Municipal de Saúde

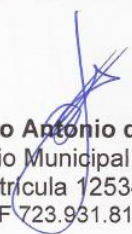


**AUTORIZAÇÃO**  
087/2015

Autorizo a realização da Pesquisa intitulada **“AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA DE SAÚDE BUCAL EM UM CENTRO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA GRUPAL”**, que tem por objetivo refletir sobre a ampliação da clínica da saúde bucal a partir de uma experiência com um grupo educativo de hipertensos e diabéticos de uma equipe de saúde da família no município de Campinas-SP.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, junto a profissionais de saúde e usuários acompanhados no Centro de Saúde Integração – Distrito de Saúde Noroeste, sob a orientação da Professora Doutora Luciane Maria Pezzato.

Campinas, 20 de dezembro de 2015

  
**Cármino Antonio de Souza**  
Secretário Municipal de Saúde  
Matrícula 125344-1  
CPF 723.931.818-49

### Anexo-3: Autorização da Universidade



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

#### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Ampliação da clínica de saúde bucal em um centro de saúde do município de Campinas a partir de uma perspectiva grupal			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 50			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Ângela Andrade Martins			
6. CPF: 132.133.148-70		7. Endereço (Rua, n.º): BARAO DE ATALIBA, 125 CAMBUI Apartamento 22 CAMPINAS SAO PAULO 13024140	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (19) 3326-2049	10. Outro Telefone:
11. Email: cunha-martins@uol.com.br			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 03 / 03 / 2016		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP		13. CNPJ: 46.068.425/0001-33	
14. Unidade/Órgão: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP		15. Telefone: (19) 3521-8936	
16. Outro Telefone:			
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes Diretor Associado FCM/UNICAMP		CPF: 016.360.278-65	
Cargo/Função:			
Data: 03 / 03 / 2016		 Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			