

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

THIAGO STEDILE MINORIN

**GRUPO FOCAL E PESQUISA AÇÃO: PROCESSOS
NORTEADORES NA CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS DE
CUIDADO NAS DISFUNÇÕES DA ARTICULAÇÃO
TEMPOROMANDIBULAR EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

São Carlos

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

THIAGO STEDILE MINORIN

GRUPO FOCAL E PESQUISA AÇÃO: PROCESSOS NORTEADORES
NA CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS DE CUIDADO NAS DISFUNÇÕES DA
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.

Trabalho de conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de Pós-
graduação em Gestão da Clínica, Área de
Concentração em Gestão do Cuidado
Orientação: Profa. Dra. Regina Helena
Vitale Torkomian Joaquim

São Carlos

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M666gf

Minorin, Thiago Stedile.

Grupo focal e pesquisa ação : processos norteadores na construção de práticas de cuidado nas disfunções da articulação temporomandibular em uma equipe de saúde da família / Thiago Stedile Minorin. -- São Carlos : UFSCar, 2013.

92 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Residência multiprofissional em saúde. 2. Saúde da família. 3. Equipe multiprofissional. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). 5. Gestão da clínica. I. Título.

CDD: 610.7 (20^a)



FOLHA DE APROVAÇÃO

THIAGO STEDILE MINORIN

**“ GRUPO FOCAL E PESQUISA AÇÃO: PROCESSOS NORTEADORES NA
CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS DE CUIDADO NAS DISFUNÇÕES DA
ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM UMA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA ”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção
do Título de Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de
concentração em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 12/04/2013

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^(a). Dr^(a). Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim/UFSCar

Prof^(a). Dr^(a). César Bataglion/USP

Prof^(a). Dr^(a). Adriana Barbieri Feliciano/UFSCar

Dedicatória

Para meus pais Sebastião (*in memoriam*) e Ana Maria, Eliana minha futura esposa, e minha irmã Tatiana.

Agradecimentos

A meus queridos pais Sebastião e Ana Maria por me ensinarem a não ter medo de tentar e a não desistir de alcançar meus sonhos, a Eliana, noiva futura esposa, pela paciência, compreensão e parceria nos momentos que exigiram dedicação exclusiva ao trabalho e a Tatiana, minha irmã, pelo carinho e força em momentos difíceis.

A minha orientadora Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim pelo carinho, atenção e disponibilidade demonstrados ao longo do processo.

Em especial à ESF – Cidade Aracy – Equipe 2, pela amizade e carinho especiais. Vocês estarão para sempre em minha memória.

Também a todos os amigos, colegas, professores e colaboradores que participaram em alguma das fases desta pesquisa e de minha vida profissional.

A Deus por tornar tudo possível.

Resumo

Consideradas como agravos de caráter crônico e de etiologia multifatorial, com altos índices de prevalência em diferentes populações, duração e intensidade que variam de acordo com a intensidade dos fatores presentes e da interação entre os mesmos, as Disfunções da Articulação Temporomandibular (DTM) podem, em casos extremos, tornarem-se incapacitantes, ou até implicar em perdas de dia de trabalho ou estudo. Este agravo demanda maior atenção pela saúde pública. O tratamento é preferencialmente multiprofissional, portanto, a Equipe de Saúde da Família, principal porta de entrada do sistema de saúde para o usuário e composta de maneira multiprofissional, deveria estar capacitada a: identificar, encaminhar e acompanhar os casos de DTM em seus territórios. Assim, objetivou-se identificar e sanar lacunas do conhecimento acerca das DTM, construindo coletivamente um conhecimento para a qualificação do cuidado oferecido na atenção primária em saúde. Pesquisa de metodologia qualitativa com uso do grupo focal e da pesquisa-ação na qual os participantes, profissionais da Equipe Saúde da Família (ESF), foram distribuídos em grupos de configuração heterogênea a respeito do tema. Como resultado da pesquisa, é elaborado pelos participantes um fluxo para o cuidado aos portadores de DTM em seu território, por meio do uso da ferramenta conhecida como Fluxograma Analisador. Para chegar ao resultado foram realizados sete encontros durante os quais utilizou-se de diferentes estratégias como: divisão em pequenos grupos, técnica de visualização móvel, dinâmica de grupo, atividade expositiva de conteúdo científico e avaliações diárias sobre o trabalho realizado. Conclui-se que o grupo focal e a pesquisa-ação foram adequados para a identificação de lacunas e aquisição de novos conhecimentos que permeiam as práticas de cuidado dos membros de uma equipe de saúde da família em seu território.

Palavras chave: gestão da clínica, cuidado em saúde, disfunção temporomandibular, sistema único de saúde, estratégia saúde da família

Abstract

Considered as a disease with chronic character and multifactorial etiology, and with intensity and duration that may vary according to the intensity of the present factors and to the interaction between these factors, the Temporomandibular Dysfunctions (TMD) may, in extreme cases, become incapacitating, or even cause the loss of working or studying days. According to researches developed in different populations, TMD present high levels of prevalence, a fact that requires more attention from the public health authorities. The treatment to this disease is more preferentially multiprofessional, therefore, the Family Health Team is the main entrance door for the patients to have access to the Brazilian public health system and is a multiprofessional team, should be adequately prepared to identify, refer and follow up the cases of TMD in their territories. The presented research intended, by the application of the focal group and research-action strategies, identify and resolve the eventual lacks of knowledge concerning the TMD, helping the team to build and organize collectively this knowledge, targeting to qualify the care offered to the patients who have TMD. The participants, professionals working in the Family Health Team, were separated in groups and each group had an heterogeneous configuration referring to TMD. As a final result of this research, a flowchart has been developed by the team, with the intention of offering a better care to possible cases of patients with TMD. This step has been executed by using the tool known as Flowchart Analyzer. To achieve this result, seven meetings and a few strategies were necessary, such as: mobile visualization technic, group dynamics, expositive activity of scientific content, and daily evaluations on the work done. In conclusion, the focal group and the research-action have shown appropriate and having enough power to identify and to fill in the blanks presented by the knowledge of the team members. In addition to that, the participation on this research has been an appropriate way to acquire important knowledge that permeate the care practices that the team offers to the patients in their territory.

Key words: clinical management, health care, temporomandibular disorders, Brazilian health system, family health strategy

Lista de Quadros:

Quadro 1. Categoria profissional e ocupação dos Participantes P1 a P16.....	35
Quadro 2. Síntese sobre o tema Etiologia, Sinais, Sintomas e Tratamento elaborado pelo Grupo 1	41
Quadro 3. Síntese sobre o tema Etiologia, Sinais, Sintomas e Tratamento elaborado pelo Grupo 2	42
Quadro 4. “Como eu, enquanto profissional de saúde, em minha prática diária tenho colaborado para a identificação e para o seguimento desses casos no território?”	58
Quadro5 – Respostas apresentadas pelo Grupo1 à pergunta: “Como a equipe poderia, a partir deste projeto, realizar intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM?”	64
Quadro 6 - Respostas apresentadas pelo Grupo 2 à pergunta: “Como a equipe poderia, a partir deste projeto, realizar intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM?”	65
Quadro 7 – Resposta do coletivo à pergunta: “O que se entende por Rede de Atenção à Saúde?”	68
Quadro 8 - Resposta do coletivo à pergunta: “Quais profissionais e equipamentos disponíveis na rede municipal podem e/ou devem ser envolvidos no cuidado dos usuários com DTM?”	74

Abreviaturas e símbolos

DTM – Disfunções da articulação temporomandibular

TMD – Temporomandibular Dysfunctions

ESF – Estratégia Saúde da Família

USF – Unidade de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIH - Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América

ATM - Articulações Temporomandibulares

Sumário:

	Página
1 – Justificativa	12
2- Introdução	14
3 – Objetivos.....	21
3.1 - Objetivo Geral	21
3.2 - Objetivos Específicos	21
4 – Método	22
4.1 - Tipo de estudo	22
4.2 – Cenário do estudo	27
4.3 – População	28
4.4 – Coleta de dados	29
4.5 – Análise dos dados	32
5 – Resultados e Discussão	34
Encontro 1	36
Encontro 2	46
Encontro 3	51
Encontro 4	63
Encontro 5	67
Encontro 6	76
Encontro 7	82
6- Considerações Finais	85
7 – Referências	87
Apêndices	91
Apêndice A (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).....	91

1. JUSTIFICATIVA

Durante vivência do pesquisador em equipe multiprofissional de Saúde da Família na cidade de São Carlos, na qual encontrava-se inserido como cirurgião-dentista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos, foi observada a presença de casos de DTM entre os pacientes atendidos e lacunas no preparo da equipe e dos diferentes profissionais que a compunham. Somado a este contexto, percebeu-se a ausência de uma linha de cuidado específica para este agravo, bem como de profissional cirurgião-dentista especialista na rede de saúde local.

Infere-se que os fatos citados reduzem sobremaneira a qualidade do cuidado que pode ser oferecido a estes usuários, uma vez que a atuação conjunta destes fatores reduz consideravelmente as alternativas terapêuticas para prevenção, tratamento e controle dos casos.

Nunes e Paiva (2008) relacionam o sucesso do tratamento ao fato de os profissionais envolvidos exercitarem o olhar ampliado para o problema do paciente, mais do que apenas um problema específico como dor orofacial ou estresse, por exemplo. Destacam que *“a noção de que estamos intervindo no Sistema Estomatognático é muito importante para este direcionamento (...) e que profissões como a fonoaudiologia, a fisioterapia e a psicologia devem se juntar à odontologia formando uma equipe para o tratamento da DTM”*. Considera-se o Sistema Estomatognático como foi descrito por Silva et al (2004):

“(...) um conjunto complexo de estruturas que se interligam para a realização de muitas funções vitais para o organismo, tais como: respiração, mastigação e deglutição, além da sucção e da fala (...)”

Ainda sobre os componentes do referido Sistema, as autoras tecem considerações importantes ao ressaltarem que:

“(...) As estruturas estomatognáticas, estáticas e dinâmicas, formam um sistema de características próprias, com uma unidade morfofuncional localizada na cavidade oral. Essas estruturas não são especializadas

em uma só função e, alterações em qualquer de suas partes levam a um desequilíbrio geral do sistema (...)"

Houve, durante a vivência do pesquisador como residente na equipe, relatos de integrantes de que por vezes as informações fornecidas pelas ações de Educação Permanente, embora fossem de grande qualidade, não faziam sentido instantaneamente para a prática do trabalho diário, sendo assim, perdiam-se com o tempo.

Foi considerado de extrema importância que a equipe pudesse entender a relação entre a teoria que seria abordada e realidade da presença das DTM na população do território.

Assim, o pesquisador decidiu utilizar de uma estratégia de construção coletiva do conhecimento, partindo da hipótese de que pelo menos uma parte do conhecimento estava presente na equipe por meio dos profissionais disponíveis, principalmente pela presença de profissional de odontologia.

2. INTRODUÇÃO

Atualmente um dos maiores desafios impostos aos profissionais e gestores da área da saúde no mundo todo têm se baseado no preparo para prevenção, tratamentos e controle das doenças crônicas, dentre as quais encontramos as dores crônicas. Flor (2003) as definiu como: “(...) *dores persistentes que se tornam parte da rotina diária e são resistentes ao tratamento devido às alterações neuroplásticas do Sistema Nervoso Central* (...)”.

Para se alcançar tal objetivo no Brasil, observamos a implementação de grandes mudanças filosóficas, políticas e estruturais em modelos de atenção à saúde, entre as quais podemos citar, como exemplos, a constante adequação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Patrício (2002) propõe que a dor pode ser vista como fonte de aflição e incapacidade para mais pessoas que qualquer outro quadro patológico, e talvez seja a razão mais comum e decisiva pela qual uma pessoa procure um atendimento de serviços de saúde.

Parcelas cada vez maiores da população apresentam dores crônicas estando provavelmente prejudicados em relação à sua qualidade de vida, que segundo Seidl (2004, p.583), foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Entre estes indivíduos, possivelmente encontraremos alguns recebendo orientações, atendimentos, ou até medicações para alívio de sintomas sem investigação mais aprofundada e que podem ter a causa de suas dores relacionada às Disfunções da Articulação Temporomandibular (DTM).

A não identificação destes casos além de impedir o tratamento e o controle correto da doença certamente causará prejuízos à saúde do usuário. Considerando o fato de que a procura pela assistência à saúde quando se dá

várias vezes pelo mesmo motivo torna-se angustiante, ainda mais quando a maior causa de procura ainda se dá por motivo de dor. A falta de resolutividade poderá causar a descontinuidade do cuidado por parte do usuário que não consegue sentir melhora em sua condição, questionando a eficácia dos tratamentos, medicamentos e, às vezes, a competência dos profissionais envolvidos em seu cuidado.

As equipes da Atenção Básica normalmente têm composição multiprofissional nas quais podemos observar: odontólogos, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Em alguns casos, também pode estar presente o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), modalidade I ou II, que pode ter diferentes composições (Brasil, 2009).

No NASF modalidade II conta-se com psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico e terapeuta ocupacional; que se relacionam em diferentes momentos com os usuários como: consultas, acolhimentos, visitas domiciliares, grupos e atendimentos coletivos.

Nestas diferentes ocasiões, os usuários podem relatar a presença de sintomas que podem ser sugestivos de DTM, momento oportuno para coletar dados e procurar o seguimento correto para o caso, desde que o profissional esteja adequadamente instruído.

Leeuw (2010) relata que as DTM foram definidas na Conferência de Avaliações Tecnológicas do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América (NIH) como um conjunto de condições médicas e odontológicas que afetam as Articulações Temporomandibulares (ATM) e/ou os músculos da mastigação, bem como os componentes teciduais contíguos. Ainda, segundo Leeuw (2010, p.19), este agravo à saúde se apresenta em diferentes níveis e intensidades e por vezes se relaciona com outras dores como, por exemplo, a cefaleia que ocorre em 80% dos pacientes com DTM e estima-se que a prevalência é de 34% na população em geral.

Muitas vezes a conduta profissional para sintomas como cefaleias, odontalgias, cervicalgias entre outros, segue a lógica do tratamento sintomático de maneira isolada e pontual, e até puramente medicamentosa. Tal fato

possivelmente se dá por falta de conhecimento dos profissionais a respeito das causas e sintomas, ou até por menosprezar as consequências das DTM sobre a qualidade de vida. O excesso de demanda por atendimento também pode ser considerado como ausência de uma investigação mais detalhada.

Franco (1999) considera que a Atenção Básica, e em especial o Programa de Saúde da Família adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, fazendo com que a equipe de trabalho possua a missão de ser a “Porta de Entrada” para o serviço público de saúde; é possível que as equipes que não oferecem atendimentos resolutivos aos casos de dor, passem a ser consideradas de baixa credibilidade.

Segundo Leeuw (2010, p.17), a remissão de sintomas como a dor, por exemplo, faz-se fundamental para a qualidade de vida do indivíduo, e a maioria dos pacientes apresentam melhora com tratamentos não muito complexos. Uma parcela dos casos persiste e se torna crônica (LEEuw, 2010; CARRARA, 2010), podendo apresentar duração estimada em até 8 a 10 anos (LEEuw, 2010, p.19).

Observando a Política de Atenção Básica (Brasil, 2011), encontramos o texto, a seguir, presente no ANEXO I que é denominado “DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA”:

(...) IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. (...)

Considerando que a equipe da Atenção Básica é responsável pela gestão do cuidado, que nela estão presentes diferentes saberes, que os usuários estão presentes em vários momentos e que as DTM se apresentam

por vezes de modo crônico e que podem ser tratadas, em sua maioria, sem necessidade de alta complexidade e de modo eficiente quando identificadas (LEEUW, 2010, p.17), podemos imaginar que há boa possibilidade de identificação de casos na população atendida e de acompanhar ou diminuir de maneira eficiente o sofrimento do indivíduo que apresenta um quadro de DTM.

Autores como Camparis e Cestari (2002) têm apontado para uma correlação entre sintomas que são resultantes do estilo de vida moderno, mais especificamente os fatores psicológicos, por exemplo, e as DTM. Caldana e Silva (2008) destacam que o estresse tem seu papel na etiologia das DTM visto que *“as respostas desencadeadas nestes estados provocam alterações na atividade muscular e vascular da região facial”*, e não havendo a remoção da causa do estresse o organismo chega a uma fase de “esgotamento” ou “exaustão” na qual surgem as “doenças de adaptação” entre as quais pode-se elencar as DTM. Podemos então refletir sobre a influência de fatores atuais como competição, instabilidade financeira, vivência em centros urbanos, entre outros que afetam a saúde da população e por consequência aumentam o número de casos de DTM, daí a importância da inclusão de profissionais de diferentes especialidades na equipe multiprofissional para o cuidado ampliado.

Outros como Martins (2007) indicam ainda que a situação sócio-econômica não deve ser considerada como fator de risco para a prevalência das DTM e que estas afetam indivíduos de diferentes classes sociais de maneira semelhante, indicando que um fator mais determinante seria o stress.

Entretanto, se considerarmos que os mais pobres são mais expostos ao risco segundo consta no relatório do Banco Mundial (2010), por estarem sujeitos a uma maior fonte de tensão, talvez a condição econômica possa ser um fator de aumento do stress, tornando esta população mais vulnerável ao aparecimento das DTM, fato também citado por Caldana e Silva (2008) ao destacarem que as populações de mais baixa renda possuem menor ou nenhum acesso a serviços como educação e atenção à saúde, considerados sobremaneira importantes para a adaptação às características do estilo de vida moderno como a solidão, a constante necessidade do Homem moderno se reinventar e redefinir sua maneira de ser para vencer os desafios do dia-a-dia.

Dessa maneira pode-se esperar que as populações menos favorecidas economicamente, enfrentem maiores dificuldades em se adaptar ao estilo de vida dos centros urbanos e possivelmente apresentem sofrimentos que podem levar a um quadro de DTM.

Ainda, segundo o texto do 1º Consenso em DTM e Dor Orofacial de Carrara et. al, publicado em 2010, destaca-se a importância de maior dedicação e cuidado aos portadores de DTM, pois a este quadro estão associados: alta prevalência na população, elevado custo social e, elevado custo pessoal. Mesmo com o contexto apresentado, os autores afirmam que:

“Há carência de políticas públicas que visem divulgar a patologia e acolher os indivíduos que sofrem de DTM. É insignificante o volume de atendimentos proporcionados pelo Estado. Essa falta de assistência e informação, invariavelmente, frustra o paciente, provocando uma insistente busca por outras especialidades que tratam sintomas semelhantes, mas não promovem controle adequado do problema em questão”. (CARRARA ET AL, 2010, p118)

Apesar disso, nota-se ainda a escassez de trabalhos que abordem este agravo e sua importância para a saúde pública, propondo estratégias ou planos para a melhora do cuidado dos usuários que apresentem este sofrimento. Considerando este contexto, a presente pesquisa tem por objetivo trazer contribuições neste campo, ainda que em uma esfera local.

Inferese que os fatos citados reduzem sobremaneira a qualidade do cuidado que pode ser oferecido a estes usuários, uma vez que a atuação conjunta destes fatores reduz consideravelmente as alternativas terapêuticas para prevenção, tratamento e controle dos casos.

Nunes e Paiva (2008) relacionam o sucesso do tratamento ao fato de os profissionais envolvidos exercitarem o olhar ampliado para o problema do paciente, mais do que apenas um problema específico como dor orofacial ou estresse, por exemplo. Destacam que *“a noção de que estamos intervindo no Sistema Estomatognático é muito importante para este direcionamento (...) e que profissões como a fonoaudiologia, a fisioterapia e a psicologia devem se juntar à odontologia formando uma equipe para o tratamento da DTM”*.

Considera-se o Sistema Estomatognático como foi descrito por Silva et al (2004):

“(...) um conjunto complexo de estruturas que se interligam para a realização de muitas funções vitais para o organismo, tais como: respiração, mastigação e deglutição, além da sucção e da fala (...)”

Ainda sobre os componentes do referido Sistema, as autoras tecem considerações importantes ao ressaltarem que:

“(...) As estruturas estomatognáticas, estáticas e dinâmicas, formam um sistema de características próprias, com uma unidade morfofuncional localizada na cavidade oral. Essas estruturas não são especializadas em uma só função e, alterações em qualquer de suas partes levam a um desequilíbrio geral do sistema (...)”

Considerando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no tocante a usar o próprio trabalho em saúde e as necessidades locais para gerar demandas e suprir as necessidades de educação continuada (Brasil, 2004), a prevalência das DTM já citada anteriormente e a existência de casos no território justificariam uma ação educativa sobre o tema. No entanto, ainda há no Brasil um pequeno número de trabalhos que comprovem a prevalência do agravo de maneira confiável (CARRARA, 2010), fato que provavelmente torna essa questão algo de menor prioridade para os gestores e organizadores no momento do planejamento de ações de educação das equipes.

Em seu texto, Ceccim (2005) comenta como foi a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde, iniciativa inédita no Brasil e dispositivo do Ministério da Saúde, que ocorreu através do seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde em 2006, para que pudessem tornar toda a rede do SUS uma rede de ensino e aprendizagem no exercício do trabalho.

Assim como na presente pesquisa, Costa (2004) relata em seu artigo que as ações de Educação Permanente eram realizadas no horário destinado às reuniões de equipe por demonstrar características de um espaço adequado na medida em que permite:

“(...)a troca de conhecimentos entre os trabalhadores a respeito das necessidades de intervenção, favorecendo o planejamento do trabalho ou, como atividade individual, diante da necessidade de orientação(...)”.

Entretanto, mesmo considerando que os profissionais são receptivos a participar destas ações, estes encontram muitas vezes dificuldades para relacionar os assuntos teóricos apresentados com a prática do dia-a-dia havendo, portanto, um grande risco de que os esforços para a realização das ações de Educação Permanente tenham resultados com baixo ou nenhum impacto no cotidiano das práticas em saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 - Objetivo geral

- Elaborar com a Equipe de Saúde da Família, uma proposta de linha de cuidado para usuários com Disfunções da Articulação Temporomandibular (DTM).

3.2 - Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento teórico e prático dos profissionais integrantes de uma Equipe de Saúde da Família, a respeito das Disfunções da Articulação Temporomandibular.
- Discutir experiências próprias ou de casos dos quais os participantes suspeitem de DTM no território (permitindo a aproximação com a realidade);
- Identificar potencialidades e fragilidades nas estratégias de intervenção da equipe multiprofissional estudada;
- Refletir com a equipe sobre as potencialidades dos diferentes profissionais envolvidos no cuidado do usuário para a identificação, controle e tratamento dos casos;

4. MÉTODO

Diante da situação apresentada, necessidade de produção de conhecimento sobre o tema DTM, de qualificação da equipe de atenção básica no cuidado a usuários com DTM e da vivência do pesquisador como residente na equipe em questão, pensou-se na utilização da técnica da pesquisa-ação para o desenvolvimento desta pesquisa.

De acordo com Engel (2000) a pesquisa-ação surgiu da necessidade de superar a lacuna entre teoria e prática.

“Uma das características deste tipo de pesquisa é que através dela se procura intervir na prática de modo inovador já no decorrer do próprio processo de pesquisa e não apenas como possível consequência de uma recomendação na etapa final do projeto”

O autor considera que a pesquisa-ação é uma técnica importante no processo de ensino-aprendizagem, pois propicia desenvolver o conhecimento e o aprimoramento profissional “*de dentro para fora*” de maneira antagônica aos processos ditos tradicionais, nos quais as informações são simplesmente expostas por um especialista. Em seu texto, Engel (2000), destaca que o método pode ser entendido como (...) *um instrumento ideal para uma pesquisa relacionada à prática (...)*, e realça que embora a pesquisa-ação tenha sua origem na área educacional esta “*pode ser aplicada em qualquer ambiente de interação social que se caracterize por um problema, no qual estão envolvidos pessoas, tarefas e procedimentos*”.

Neste sentido considera-se que tal característica seja propícia para a pesquisa em questão visto que agrega valor ao conhecimento construído de maneira coletiva em um ambiente conhecido, com colegas de trabalho, pensando o seu território de atuação, a sua realidade enquanto parte de uma rede de atenção à saúde, as limitações e dificuldades enfrentadas diariamente e as possibilidades de enfrentamento do problema.

4.1- Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo qualitativo e de intervenção realizado em etapas. A primeira utilizou a técnica de investigação Grupo Focal, para a coleta dos

dados e a segunda etapa, a intervenção propriamente dita, foi constituída por um processo educativo.

Considerando que a rede municipal de atenção à saúde em questão estava inserida numa parceria do tipo rede-escola, na qual as unidades de saúde constituem campo de estágio e pesquisa, e os profissionais constantemente colaboram com diferentes tipos de estudos, e levando-se em conta também que estes profissionais relatam nem sempre receber *feedback* adequado sobre o conhecimento produzido, pensou-se em propor atividades que não gerassem demandas por buscas em bases teóricas de maneira obrigatória. Dessa maneira, evitou-se comprometer o tempo dos participantes além do combinado para a realização dos encontros e ainda proporcionou-se aprendizado durante a própria execução do projeto.

Como mencionado, para a identificação das lacunas foi utilizado como técnica de coleta de dados o grupo focal (IERVOLINO, 2001), pois era necessário determinar se havia algum conhecimento sobre o tema e também como este se organizava (centrado ou igualmente distribuído) entre os membros da equipe.

O grupo focal vem sendo citado na literatura e avaliado por alguns autores, como por exemplo, no texto de Gondim (2003) que diz:

(...) Atualmente muitos relatos de pesquisas que utilizam o Grupo Focal, vem sendo publicados em revistas científicas e parecem atender tanto aos interesses teóricos de acadêmicos quanto de profissionais que fazem uso da técnica como ferramenta de gerenciamento, de tomada de decisão e de apoio a programas de intervenção em saúde.(...)

De acordo com Minayo (2008) é possível que o investigador utilize as discussões em grupo como o instrumento principal de abordagem, e considera que o Grupo Focal pode ter objetivo exploratório, para coleta de dados, provocando discussões e aprofundamento em temas selecionados.

Em estudos dedicados à área da saúde encontram-se diferentes aplicações para o grupo focal, segundo Iervolino (2001, p.115), “*é uma técnica de diagnóstico rápida e de baixo custo, utilizada para completar informações,*

conhecer atitudes, opiniões, percepções e comportamentos relativos à saúde”, portanto realizar a coleta de dados.

Ainda segundo a autora, o grupo focal começou a ser utilizado na década de 1950, mas ficou esquecido por muito tempo por professores universitários da área da saúde, mais precisamente até a década de 80 quando seu uso foi reintroduzido na área, sendo que a partir de 1990 o aumento de trabalhos que utilizam essa ferramenta foi “expressivo”. Concluiu através da análise de relatos de experiência que o grupo focal pode ser utilizado para pesquisa qualitativa na área da saúde como diferentes propósitos: 1. gerar hipóteses sobre um assunto a partir da perspectiva dos informantes selecionados; 2. avaliar um serviço ou intervenção de material instrucional; 3. fornecer um quadro inicial para estudo de um campo até então não explorado cientificamente; 4. como pesquisa exploratória ou como diagnóstico preliminar; 5. obter a interpretação de um grupo sobre resultados quantitativos obtidos em estudo prévio; 6. contribuir para a montagem e teste de questionários e escalas para projetos de pesquisas quantitativas. Considerando os propósitos apresentados pela autora a presente pesquisa parece se beneficiar dessa técnica.

Iervolino (2001, p.121) indica sobre a importância da flexibilidade da técnica para sua ampla aplicação na área da Saúde Pública e afirma que sua popularidade reflete uma “(...) *disposição de combinar métodos e técnicas de várias disciplinas para a compreensão de fenômenos que (...) não conseguem ser captados e analisados por meio do uso de uma única técnica (...)*”.

A partir dos primeiros resultados obtidos evidenciou-se a existência do conhecimento, mas que, no entanto, se encontrava distribuído de forma heterogênea entre os participantes, demonstrando que para alcançar os objetivos seriam necessárias ações de intervenção para proporcionar tanto a complementação quanto a socialização do conhecimento, servindo como auxílio e estímulo para que os participantes expressassem seu conhecimento, dúvidas ou dificuldades, daí a importância de uma técnica que possibilitasse maior interatividade com os participantes e apresentação de conteúdo teórico.

Esta etapa de instrumentação da ESF foi fundamental para que todos os participantes pudessem refletir e debater ideias sobre como sistematizar o cuidado aos usuários com DTM.

Também foi pensado durante o decorrer dos grupos, o uso das pequenas intervenções como: debates, discussões e visualização móvel, para garantir que os participantes que teoricamente apresentariam menor grau de conhecimento (até mesmo pelo fato de possuírem menor familiaridade com o assunto), não se deixassem influenciar por posições de trabalho dentro da equipe, sentindo que teriam as mesmas possibilidades de expressão, independentemente da profissão ou cargo ocupado.

Portanto, pensou-se em uma técnica que possibilitasse um melhor resultado e que ao mesmo tempo trouxesse colaboração para a ESF, visto que o objetivo era que a pesquisa servisse de instrumento para que esta, como um todo, refletisse a respeito de ações para a melhoria do cuidado oferecido aos usuários.

Seguindo esta linha de pensamento, a pesquisa-ação poderia ser considerada adequada tanto ao objetivo geral desta pesquisa quanto aos objetivos específicos, considerando que além, de acessar o conhecimento dos integrantes da equipe a respeito do tema é interessante a possibilidade da utilização de metodologia, ilustrativa e expositiva, com o objetivo de sistematizar o conhecimento e fornecer informação para a melhoria do cuidado oferecido, já que deverá haver momentos de intervenção que serão associados aos de exploração.

Sendo assim, utilizou-se da pesquisa-ação para a presente pesquisa visto que, segundo Grittem (2008), esta técnica é utilizada quando há interesse coletivo na resolução de problemas e que vem sendo utilizada, assim como o grupo focal, em muitas áreas do conhecimento, entre elas a área da saúde e dentro desta última mais especificamente na Saúde Coletiva.

Ainda, o autor considera que a pesquisa-ação se torna um instrumento valioso desde que possibilita significativa participação popular, pois assim

acontece uma construção social de conhecimento, por meio da interação e cooperação dos participantes.

A técnica adequa-se à proposta, pois, ainda segundo Grittem, *“na pesquisa-ação, além da participação dos sujeitos, se propõe uma forma de ação planejada, de caráter diversificado conforme a área de aplicação” (...)*.

Em breve reflexão em seu texto a autora menciona o fato de que as pesquisas participativas por vezes não são tão bem vistas por alguns pesquisadores como as que usam de métodos tradicionais, pois ficam mais expostas à manipulação, exigindo que o pesquisador mantenha a ética necessária durante a pesquisa, mas, no entanto, apresentam resultados marcantes na vida dos grupos envolvidos.

Grittem (2008) ainda diz que o desenvolvimento da pesquisa-ação *“prevê a resolução de situações cotidianas e que requerem mudança”*. Visto que o pesquisador trabalhou com a hipótese de que formalmente o conhecimento sobre DTM poderia não existir para alguns indivíduos, mas que a partir do contato destes com os conceitos científicos teria sua importância no cotidiano da equipe reconhecida. Mais adiante em seu texto Grittem (2008) ressalta que a técnica da pesquisa-ação possibilita ao pesquisador adequar a estratégia a ser utilizada e realizar mudanças na proposta, bem como aos participantes sugerirem alterações que julguem importantes, tendo sua voz respeitada, considera que esse procedimento tende a gerar maior grau de satisfação para os envolvidos do que as pesquisas ditas convencionais.

Apesar da autora, no artigo citado, comentar sobre o uso apenas para pesquisas na área de enfermagem, amplia-se aqui o conceito para os demais profissionais da saúde, visto que a área da saúde e especificamente a Saúde Coletiva envolvem diferentes profissionais, cada um com habilidades específicas e que podem certamente contribuir para a prática uns dos outros com troca de saberes e conhecimentos, especialmente na pesquisa em questão, que foi desenvolvida em uma equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família que tem como ponto importante a atuação multiprofissional e o matriciamento.

4.2- Cenário do estudo:

O estudo ocorreu em uma Unidade de Saúde da Família (USF), pertencente a uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Os grupos ocuparam parte do período destinado à Reunião de Equipe, conforme acordado com antecedência, para que não houvesse prejuízo da rotina de trabalho da equipe.

Toda a extensão do território atendido pela equipe é asfaltada e existe saneamento básico e fornecimento de água e energia regularmente. Algumas casas encontram-se em construção, sem acabamento, mas são de alvenaria. A grande maioria da população é composta por famílias e trabalhadores, indivíduos que na maioria das vezes trabalham a grandes distâncias, sendo necessário passar o dia inteiro fora de suas casas. No bairro encontram-se creches e escolas municipais de ensino fundamental e de ensino médio, atendendo à demanda por vagas de maneira satisfatória, com exceção das creches. Especificamente no território em questão encontra-se uma escola destinada a crianças de 4 a 6 anos de idade, que mantinha vínculo com a unidade de saúde, havia comunicação entre os gestores da escola e da USF e era realizada a visita semanal da equipe de odontologia em um trabalho de promoção de saúde bucal e prevenção de doenças.

O bairro onde se localiza o território atendido pela equipe, tem sua história conhecida na cidade, pois originou-se de uma propriedade particular onde inicialmente havia uma reserva (portanto não podia ser vendida). Essa área foi loteada e vendida e hoje abriga grande número de famílias. O acesso atualmente é fácil, mas por muitos anos permaneceu geograficamente isolado da cidade pela encosta de um morro, tendo como melhor acesso uma estrada que atravessa a área industrial adjacente.

As informações sobre o bairro foram retiradas da Estimativa Rápida Participativa realizada por residentes da terceira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar e do reconhecimento do território por residentes das quarta e quinta turmas e membros da equipe.

Por um bom tempo os moradores foram vistos com preconceito pelos demais moradores da cidade, pois a região apresentava altos índices de violência e criminalidade. Esta situação, de acordo com os relatos verbais de moradores, parece mais amena atualmente.

4.3- População do estudo:

A seleção dos participantes foi intencional, visando criar grupos multiprofissionais e heterogêneos quanto a um possível conhecimento prévio sobre DTM. Para tanto, distribuiu-se os profissionais da área odontológica (que em tese teriam maior familiaridade com o assunto) e também os de nível superior (partindo do pressuposto que estes teriam algum tipo de conhecimento prévio e poderiam colaborar com os demais participantes) entre os demais participantes, alcançando a heterogeneidade citada.

Ainda, houve a intenção de criar um ambiente de confiança entre os integrantes, tomando por base o fato de que constituem e trabalham na mesma equipe e que estavam dispostos a se ajudar na construção de um novo conhecimento para o coletivo.

Foram convidados os integrantes da Equipe Saúde da Família (ESF) de um bairro periférico, contratados pela Prefeitura Municipal; residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de uma universidade federal, que estavam inseridos na equipe e integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atuante no mesmo território. Ressel (2008) cita que o ideal é que o número de integrantes do grupo focal permaneça entre 6 e 15 e para o primeiro encontro no qual foi realizado o grupo focal, estavam presentes 13 participantes, portanto dentro do previsto pela autora.

Essa ESF contava no total com 22 profissionais, sendo que cinco deles eram vinculados ao NASF: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e fisioterapeuta, encontravam-se impossibilitados de participar, pois faziam revezamento nas reuniões de equipe das equipes na qual

realizavam apoio matricial. Assim, 17 integrantes da equipe aceitaram participar da pesquisa.

4.4- Coleta dos dados –

Após autorização dos responsáveis pela Rede de Atenção à Saúde do município para a realização das atividades, o Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos na Plataforma Brasil e recebeu o *status* de aprovado, tendo como número do protocolo de aceite, CAAE: 01210212.9.0000.5504.

A partir do texto de Engel (2000) e da descrição que o mesmo propõe das fases que compõem a pesquisa-ação delimitou-se o presente trabalho de pesquisa da seguinte maneira:

- Delimitação do problema: foi percebido pelo pesquisador que a socialização do conhecimento a respeito das DTM fazia-se importante e necessário, pois apesar da escassez de trabalhos de prevalência e de incidência representativos da realidade do território em questão, havia casos que demandavam atenção, assistência e acompanhamento entre a população atendida. Foi então sugerido para os integrantes da equipe, a participação na pesquisa para que pudessem realizar um esforço no sentido de sanar as lacunas de conhecimento e propor melhorias para o cuidado da população adscrita à Unidade de Saúde da Família.

- Pesquisa preliminar, realizada em três fases (1, 2 e 3 a seguir) pelo pesquisador:

1- *Revisão bibliográfica*, realizada a fim de que pudesse colaborar com o trabalho dos grupos durante a pesquisa, compreendendo melhor conceitos específicos relacionados à DTM, bem como à rede de atenção à saúde, e ferramentas utilizadas para o processo como técnica de visualização móvel (quadro e tarjetas) e fluxograma analisador. Há que se ressaltar que o processo vivido pelo pesquisador durante as fases do Programa de Residência e das Atividades Curriculares do programa de Mestrado Profissional contribuíram sobremaneira para a formação do conhecimento do pesquisador;

2- *Observação da sala de aula* (que neste caso considera-se como *observação da equipe em seu ambiente de trabalho*), onde o pesquisador esteve inserido na realidade cotidiana da equipe e da rede local.

3- *Levantamento das necessidades*, a partir da observação e também da utilização do Grupo Focal no primeiro encontro, identificou-se as reais necessidades da equipe em relação ao tema.

- Hipóteses, a partir das fases anteriores os participantes e o pesquisador, elaboraram as hipóteses, a seguir:

- a) existem casos de DTM no território;
- b) a equipe não dispõe de conhecimento organizado, ou protocolo de atendimento para os pacientes em questão;
- c) esse conhecimento (científico) existe de forma centralizada, naturalmente com a equipe da odontologia;
- d) o agravo é comum na população adscrita, inclusive nos ambientes familiares dos profissionais envolvidos;
- e) os profissionais não apresentam clareza a respeito de seu possível papel na identificação, tratamento e acompanhamento dos casos.

- Desenvolvimento de um plano de ação, observou-se ser necessário que todos tivessem a compreensão do que são as DTM, intervenção de caráter expositivo com o intuito de organizar as informações presentes na discussão do grupo e complementar com dados da literatura, ainda, notou-se a boa disposição da equipe para o trabalho em grupo e relatos de insatisfação com modelos tradicionais de “capacitação” dos quais participavam eventualmente. De posse dessas informações optou-se pelo trabalho em grupo, sempre que possível, de maneira que o pesquisador ficasse atento às necessidades elencadas através das discussões e complementações necessárias a partir da análise dos produtos diários dos grupos. Para tanto foram escolhidas ações que se utilizavam de técnicas de visualização móvel (com quadro e tarjetas), perguntas como disparadores ou provocadores da reflexão coletiva, expositiva (em uma ocasião para complementar com dados da literatura o conhecimento inicial dos grupos), e o uso do fluxograma analisador para elaboração de um processo de trabalho voltado para o atendimento dos usuários.

- Implementação do plano de ação, e Coleta de dados para avaliação dos efeitos da implementação do plano descritos de maneira conjunta: pode-se considerar que estas duas etapas representam uma limitação da presente pesquisa, pois não compreendeu a implementação do fluxograma na rotina da equipe e, portanto, não foi avaliado o resultado de sua implementação.

Encontram-se, a seguir, as informações a respeito do procedimento realizado para a coleta dos dados.

Foram realizados sete encontros em seis dias distintos com duração em torno de 60 minutos, tempo que foi ultrapassado em alguns encontros por necessidades apresentadas pelas discussões. Assim, os valores das durações dos encontros foram: Encontro 1: 43`5``; Encontro 2: 68`1``; Encontro 3: 69`25``; Encontro 4: 44`26``; Encontro 5: 45`28``; Encontro 6: 61`35`` e o Encontro 7: 16`1``. As datas e horários eram previamente agendados com os participantes. Todos os encontros grupais foram gravados com gravadores de voz e o pesquisador ao final de cada encontro fez um registro escrito.

Todos os convidados foram informados a respeito do cronograma com as datas reservadas para a realização do grupo, e os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Como sinalizado, o dia da semana mais adequado para os encontros pareceu ser as quintas-feiras à tarde, períodos dedicados pela ESF para as reuniões de equipe, para eventos relacionados à Educação Permanente e para as capacitações promovidas pela Rede Municipal. Dessa forma, os encontros do grupo interfeririam minimamente na rotina de trabalho da equipe.

Entre as datas previamente agendadas semanalmente, houve a necessidade de um intervalo entre os Encontros 5 e 6 de três semanas, devido a um evento da própria rede em que quase todos os profissionais estariam presentes.

Somado as condições do ambiente, optou-se por utilizar disparadores como: temas, questões, discussão de casos e dinâmicas, com o intuito de

gerar ideias e demandas. Uma síntese ao final de cada encontro seria elaborada como produto do grupo.

Após os encontros, era realizada a transcrição e a leitura dos produtos do grupo na intenção de analisar o andamento e a dinâmica do grupo e identificar temas que pudessem representar dúvidas ou hipóteses que necessitem ser contempladas nos encontros seguintes.

- Avaliação do plano de intervenção, as avaliações foram feitas ao final de cada encontro e foi reservado o sétimo encontro para uma avaliação do processo como um todo. Ao final de cada encontro, todos os participantes eram dispostos em roda e eram encorajados a voluntariamente exporem suas opiniões a respeito do método utilizado, da satisfação com o processo, com o pesquisador e com o andamento do grupo.

- Comunicação dos resultados, será realizada após a conclusão da defesa do projeto com posterior publicação e divulgação em eventos e revistas científicas.

4.5- Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando a técnica da Análise de Conteúdo em sua modalidade Análise Temática que é considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (Minayo, 2008).

A 1ª Fase ou Pré-análise, foi realizada utilizando os documentos provenientes dos encontros – transcrições das gravações e sínteses do grupo que permitiram ao pesquisador entrar em contato direto com as informações e analisar a relação entre as hipóteses iniciais (a existência de algum conhecimento entre os participantes a centralização deste e a importância da intervenção para complementação, sistematização e socialização de informações relacionadas ao tema) e as emergentes.

Para auxiliar na realização dos procedimentos da 2ª Fase ou Exploração do Material, houve a categorização das informações explicitadas em torno dos eixos a seguir:

- (a) etiologia, sinais e sintomas;
- (b) cuidado oferecido atualmente – papel dos diferentes profissionais e trabalho da equipe;
- (c) rede de apoio disponível e como é utilizada;
- (d) propostas para a melhoria do cuidado oferecido – protocolo da equipe;
- (e) avaliação do trabalho – contribuições para a mudança no processo de trabalho.

Na 3ª Fase, ou Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, foram propostas inferências, e realizadas interpretações sobre a disposição em participar das atividades, o conhecimento presente entre os membros da equipe, o potencial colaborativo e produtivo dos participantes, a pertinência do tema escolhido e o potencial transformador que a estratégia empregada apresenta para a melhoria do cuidado ao usuário. Tais dados foram relacionados às informações teóricas iniciais e à procura de pistas em novas dimensões teóricas e interpretativas que surgiram a partir da leitura do material.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se neste capítulo, os resultados advindos dos encontros do grupo, da síntese grupal e dos registros diários do pesquisador. Optou-se por apresentar os resultados pelos encontros, na intenção de descrever e analisá-los pela sequência temporal dos acontecimentos.

Foram participantes deste estudo dezesseis profissionais que compõem uma Equipe de Saúde da Família de um bairro periférico de um município do interior do Estado de São Paulo. Esses profissionais apresentam formação em diferentes áreas do conhecimento: assistência social, educação física, enfermagem, medicina, odontologia e psicologia. Além de profissionais de nível médio: auxiliares de enfermagem e saúde bucal e por fim o agente comunitário.

O Quadro 1, a seguir, apresenta a composição, por categoria profissional, da equipe da estratégia de saúde da família que participou dos encontros do grupo.

Quadro 1: Categoria profissional e ocupação dos Participantes P1 a P16.

Participante	Profissão	Equipe	NASF	Residente
1	Cirurgiã-dentista	X		
2	Agente comunitário de Saúde	X		
3	Enfermeira	X		
4	Agente comunitário de Saúde	X		
5	Auxiliar de enfermagem	X		
6	Psicólogo			X
7	Agente comunitário de Saúde	X		
8	Assistente social			X
9	Agente comunitário de Saúde	X		
10	Educador físico			X
11	Enfermeira			X
12	Agente comunitário de Saúde	X		
13	Auxiliar de Saúde Bucal	X		
14	Agente Comunitário de Saúde	X		
15	Auxiliar de Enfermagem	X		
16	Médica	X		

São Carlos, 2012

Nota-se, no Quadro 1, que a equipe era constituída por profissionais da área da saúde, sendo um profissional médico; três da enfermagem (uma profissional de nível superior e dois de nível técnico); dois profissionais de odontologia (um de nível superior e outro de nível técnico); um da área de psicologia; um da assistência social; um da área de educação física e seis agentes comunitários.

Nessa constituição pode-se afirmar, de acordo com a literatura, que tem-se uma Equipe de Saúde da Família composta por Equipe de Saúde Bucal (SB) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF II) com psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, farmacêutico e terapeuta

ocupacional (Diretrizes do NASF, Brasil, 2009). Embora os profissionais pertencentes ao NASF estivessem impossibilitados de participar da pesquisa.

O conhecimento sobre as DTM, ou boa parte dele, existia de fato, como pode ser observado nos produtos dos encontros que serão apresentados e discutidos a seguir, mas encontrava-se de forma desorganizada e centrada, o que não possibilitava a troca de saberes e conseqüentemente o aumento do conhecimento de todos os integrantes, limitando a qualidade do cuidado aos usuários, tanto na identificação de possíveis casos quanto em ações de tratamento multiprofissional e controle dos agravos.

Os encontros do grupo, as atividades realizadas e os resultados obtidos serão descritos, a seguir:

ENCONTRO 1

O tema desse encontro foi *“O que são as Disfunções da Articulação Temporomandibular (DTM) e quais suas possíveis etiologias, sinais, sintomas e tratamento?”*

Estratégia

Após sugestão do pesquisador, houve a divisão em dois subgrupos da seguinte maneira: grupo 01 composto por: P1, P6, P8, P9, P11, e P12; e grupo 2 composto por: P2, P3, P4, P5, P7, P10 e P13.

Esta divisão não foi aleatória, já que o pesquisador sugeriu que os dois profissionais da odontologia não permanecessem juntos em um só grupo. Foi sugerido também que formassem grupos de acordo com as preferências pessoais, mas ao notar uma pequena confusão, e como estavam todos dispostos em roda, o pesquisador perguntou se não podiam dividir a roda ao meio e cada metade seria um grupo, todos aceitaram prontamente e deu-se início à atividade, sendo que os dois grupos aconteceram simultaneamente. Ainda, foi sugestão do pesquisador que os profissionais da equipe odontológica ficassem separados, assim como os profissionais de nível superior que receberam orientação para se distribuírem entre os grupos.

Inicialmente os grupos foram orientados a discutir sobre o que são sinais, sintomas, etiologia e tratamento da DTM. Para facilitar a sistematização e possibilitar discussão posterior sobre a síntese de cada grupo, foi utilizada uma técnica de visualização móvel, pedindo-se aos participantes que colocassem os resultados em tarjetas que posteriormente seriam afixadas em um quadro na parede. Não houve interferência do pesquisador nessa atividade.

Nota-se maior participação dos integrantes da equipe de odontologia, enquanto os demais observam. Ambos os grupos demonstram certa **dificuldade em organizar o conhecimento prévio** sobre o assunto, como se já tivessem ouvido falar sobre o tema, mas não lembram objetivamente o quê.

Ocorre dificuldade envolvendo a diferença entre os conceitos de Etiologia, Sinais e Sintomas, o que era esperado pelo pesquisador, visto que o uso das palavras tinha como objetivo promover a discussão em torno destes conceitos e ainda, observar a cooperação e compartilhamento do saber entre os participantes, o que acontece de forma discreta nos dois grupos.

Destaca-se que os participantes se mostram dispostos a participar e embora estranhem o tema apresentado, foi relevante o fato de estarem em um ambiente conhecido e com confiança entre si a ponto de admitirem lacunas de conhecimento e buscarem conhecimento sobre o assunto.

A seguir, apresenta-se exemplos dos relatos verbais dos participantes no Grupo 1 que se referem a **lacuna do conhecimento específico sobre sinais e sintomas**:

P6: não tenho a mínima ideia (...)

P11: sintoma é da dor,

P8: mas pode ser dor de cabeça também ou é dor só.....

P1: dor muscular, dor de cabeça, problema de coluna, acho que dor geral né? Acho que não é...

P11: e sinais? Acho que é quando a gente fala que a pessoa vê né?

P9: que tem marca...

P1: não necessariamente,

P11: não?

P6: e quando a gente vê tipo barulho assim....

P1: então estala loucamente às vezes a mandíbula se você põe o dedo aqui às vezes você ãh você percebe, aqui ó eu também tenho disfunção temporomandibular.(...).

O trecho, a seguir, apresenta uma reflexão sobre o que seriam sinais e sintomas e apesar da discussão, acabam considerando erroneamente um sintoma (dor na coluna) como sinal.

P1: então gente, sinais e sintomas,

P11: não necessariamente dá pra ver?

P1: sinais sim (tumor, rubor.... vermelhidão....) mas sintomas não precisa... aqueles que a gente aprende né?

P11: é

P1: a dor é sintoma

P11: a dor é sintoma e sinais é sinais de

P1: Trismo que a gente chama é quando a gente não consegue abrir a boca, às vezes acontece também que você abre e depois não consegue fechar aí a gente tem que levar mais pra baixo, encaixar e colocar no lugar

P11: mas entra em sintoma não entra? Eu acho que tem que entrar em sintoma, a dor em sintoma também né? Pode entrar em sinais eu acho

P1: eu acho que é em sinais, se bem que tem dor, bom dor é sintoma

P11: quer que revisa, vamo vê: dor muscular, dor de cabeça,

P1: pode dar enxaqueca, muitas causas de enxaqueca, ah sintomas acho que...

P11: agora é sinais né? Sinais....

P1: problemas de coluna

P6: o que a gente tinha considerado como sinal e como sintoma mesmo?

P1: sintoma é o que você sente (a dor), sinal, por exemplo, no bruxismo é quando você range dentes, você fica raspando isso é um sinal..

P6: uhum

P1: né? Por exemplo, problema de coluna é um sinal

P11: nossa essa relação com a coluna eu não tinha ideia

P1: muitos problemas gerais assim podem ser relacionados com a presença de DTM (...)

A ausência de dentes como **agente etiológico** das DTM aparece na reflexão:

P6: isso é em sinais? Isso é sinal né?

P11: é sinais

P6: ausência de dentes....

P6: isso é sinal ou etiologia?

P1: eu acho que é...

P6: pode ocasionar né?

P1: é...

P6: etiologia

P1: É... etiologia

Quanto o Grupo 2, na tentativa de se organizar, diferentemente do Grupo 1, procuram estabelecer a maneira com que iriam sistematizar e informar o resultado da discussão. No entanto, também esperam que a profissional ligada diretamente à Odontologia forneça as respostas:

P2: podemos fazer o que cada um pensa sobre etiologia, depois o que cada um pensa sobre sinais....

P10: acho que junto é melhor, enquanto ele vai falando a gente vai colocando, né?

P5: então vai 13,

P10: pode começar (risos)

De maneira semelhante ao Grupo 1, há discreta colaboração na discussão a respeito dos conceitos de etiologia, sinais e sintomas:

P3: pode colocar assim também? E a cefaleia tá dentro de sintoma não é? Cefaleia é sintoma, porque o sinal é aquilo que você vê não é? E sintoma é aquilo que..

P13: é sentido

P3: é..

P7: desgaste dos dentes seria um sinal né? (...)

O Quadro 2, a seguir, apresenta a síntese sobre o tema que foi elaborada pelo Grupo1.

Quadro 2: Síntese sobre o tema Etiologia, Sinais, Sintomas e Tratamento elaborado pelo Grupo 1

Etiologia	Sinais	Sintomas	Tratamento
Ausência de dentes	Problemas fonéticos	Sobrecarga e fadiga muscular	Ajuste oclusal
Genética	Problemas periodontais	Dor (muscular, cefaleia/enxaqueca)	Saúde bucal
Trauma ósseo (acidentes, fratura, mandíbula/maxila)	Pericementite		Implantes/próteses
Má oclusão	Bruxismo		Cirurgia ortognática
Stress	Problemas de coluna		Tratamento medicamentoso
	Trismo		Higiene adequada

São Carlos, 2012

Verifica-se no Quadro 2 que o Grupo 1 apresenta conhecimento prévio e, ainda que dependendo da participação da profissional ligada à Odontologia, contribuíram para a discussão.

Com relação à Etiologia, podemos dizer que citam acertadamente fatores como: “Ausência de dentes”, “Trauma” e “Stress”. Já a “má oclusão” não é mais considerada fator etiológico das DTM, mas sim como agravante (CARRARA, 2010).

Quanto aos Sinais, pode-se dizer que elencam corretamente “Problemas fonéticos”, “Problemas periodontais”, “Pericementite”, “Bruxismo” e “Trismo”, e que a presença de “Problemas de coluna” se deve à confusão acerca dos conceitos de Sinais e Sintomas.

Na área dos sintomas, deveriam estar presentes os “Problemas de coluna”, mas verifica a presença de “Sobrecarga e fadiga muscular” e “Dor” (muscular, cefaleia/enxaqueca), corretamente apresentados.

No tocante ao tratamento, se verifica “Saúde bucal” e “Higiene adequada” que fazem parte de todos os tratamentos odontológicos e ainda a indicação correta de “Ajuste oclusal”, “Implantes/próteses”, “Cirurgia ortognática” e “tratamento medicamentoso”.

No Quadro 3, a seguir, apresenta a síntese sobre o tema que foi elaborada pelo Grupo 2.

Quadro 3: Síntese sobre o tema Etiologia, Sinais, Sintomas e Tratamento elaborado pelo Grupo 2

Etiologia	Sinais	Sintomas	Tratamento
Ansiedade/medo	Ranger	Tensão	Aparelho ortodôntico
Estresse	Apertamento	Cefaleia	Placa miorelaxante
Trauma	Bruxismo	Dor na ATM	Ansiolítico / analgésico
Má-oclusão	Desgaste dos dentes	Insônia	Reabilitação dentária
Transtorno psicológico (pit/tick)	Dificuldade na mastigação		Tratar a causa, ex: medo / estresse
			Acupuntura
			Ajuste oclusão
			Atividade física
			Cirurgia

. São Carlos, 2012

Verifica-se no Quadro 3 que o Grupo 2 apresenta conhecimento prévio e ressalta-se que apesar de esperarem pela participação da P13 (participante ligada à Odontologia), os demais participantes P3, P5, P7 e P10 contribuem para a discussão.

Quanto à Etiologia, é correto indicar “Ansiedade/medo”, “Estresse” e “Trauma”. Ressalta-se que novamente aparece “Má-oclusão” como fator etiológico, este fato se deve à sustentação desta tese por muitos anos e que apenas recentemente esse conceito foi modificado. Com relação aos “Transtornos psicológicos”, esses seriam a exacerbação de um estado de tensão constante, portanto, poderia de certo modo estar relacionado com a Etiologia, diferentemente dos “tiques” que seriam a contração espasmódica de certos músculos e, nesse caso, não teriam necessariamente relação com as DTM.

Em relação aos Sinais, acertadamente são citados “Ranger”, “Apertamento” (que recebe a denominação de Bruxismo), “Desgaste dos

dentês”, e “Dificuldade na mastigação”. E quanto aos Sintomas apresentados, acertadamente elencam “Cefaleia” e “Dor na ATM”, embora “Tensão” deveria ser considerada como Etiologia. Ainda, no tocante à “Insônia” pode haver relação com a DTM.

Quanto aos possíveis tratamentos, pode-se considerar todos os citados como corretos: “Placa miorelaxante”, “Ansiolítico/analgésicos” (podendo ser acrescentadas outras classe de medicamentos como relaxantes musculares, anti-inflamatórios e antidepressivos), “Reabilitação dentária”, “Ajuste oclusal”, “Cirurgia” e ainda, ressalta-se uma visão multidisciplinar e multiprofissional ao citarem “Acupuntura” e “Atividade física”, esta última ligada ao aumento da produção de serotonina e endorfinas e à melhora de estado psicológico.

A respeito dessa visão pode-se ressaltar a importância da multidisciplinaridade nas equipes de saúde, o que proporciona maior potencial para a garantia de um cuidado integral em saúde para os usuários. Neste caso específico o convívio foi fundamental, pois houve a participação do profissional da educação física no grupo e a equipe teve contato com dois profissionais que utilizam a acupuntura como terapia na prática clínica, um médico que trabalhou na equipe anteriormente e o próprio pesquisador que é cirurgião-dentista e possui pós-graduação em Acupuntura Sistêmica.

Durante a realização do Grupo Focal o pesquisador se manteve na posição de observador, limitando-se a orientar os participantes com relação ao cumprimento da atividade e não com conteúdo específico. O objetivo principal era analisar o movimento do grupo, a postura dos participantes com relação à realização da discussão, se haveria colaboração entre os membros do grupo (socialização do conhecimento prévio específico relacionado ao tema e aos termos técnicos e conceitos de Etiologia, Sinais e Sintomas).

Após a realização da discussão e elaboração da síntese dos grupos o pesquisador pediu que colocassem os dados em tarjetas e, utilizando-se de técnica de visualização móvel, se dispôs a colar as mesmas nos quadros sem, no entanto, realizar julgamento se o produto do grupo estava correto ou não, visto que esta discussão seria realizada no próximo encontro, após a avaliação

do resultado e da leitura da transcrição das discussões, identificando as lacunas a serem sanadas.

Observa-se que com relação ao movimento do grupo e a postura durante a discussão os participantes de ambos os grupos foram organizados, conseguindo consolidar o material como produto do grupo, como solicitado. Além disso, os dois grupos centralizaram a atenção nos profissionais de odontologia no início da atividade, mas aos poucos houve participação dos demais integrantes, no grupo 1: P6, P8 e P11 e no grupo 2: P3, P5, P7 e P10. Ainda, é possível perceber que houve a intenção dos profissionais de ambos os grupos esclarecerem os conceitos de Etiologia, Sinais e Sintomas para o grupo, no entanto, nota-se pequena confusão teórica o que sugere a necessidade de incluir tais conceitos no encontro seguinte de maneira mais clara e objetiva.

Após essa atividade o grupo todo se reuniu em roda novamente e para o próximo encontro, o pesquisador solicitou que um dos participantes de cada grupo explicasse brevemente como foi a reflexão do grupo para chegar ao resultado apresentado, finalizando a atividade para este dia.

Ao final do encontro realiza-se uma conversa na qual o pesquisador sugere que os participantes avaliem o grupo, a metodologia utilizada, a relevância do tema e a dinâmica do grupo na discussão (por exemplo, se possibilitou a participação de todos). Neste momento, pode-se observar os comentários que seguem:

P1: feliz por lembrar o tema;

P2: não vê como um assunto presente em seu dia a dia;

P8: diz que a discussão acrescentou conhecimento;

P9: assunto complexo, quase não vê, acrescentou conhecimento;

P3: gostou bastante da dinâmica, lembrou de um caso já atendido e relatou-o brevemente;

P7: gostou, sabia pouco, descobriu muitas coisas sobre o assunto;

P5: no trabalho em grupo cada um tem uma opinião e aprendeu muito.

P6: achou muito difícil, nunca tinha ouvido falar do assunto, se não houvesse participante da odontologia o grupo não conseguiria realizar a tarefa, mas aprendeu bastante;

P12: gostou da dinâmica, não sabia muito sobre o assunto, aprendeu e achou interessante;

P10: não sabe nada sobre isso, movimento do grupo foi de descoberta, o grupo tentou construir o conhecimento independentemente do pouco conhecimento, gostou do método;

P11: confusão entre sinais e sintomas, lembrou-se de um vídeo, usado pelo pesquisador em outra ocasião.(...)

É possível observar nos relatos verbais que esses indicam variações que vão desde o total desconhecimento sobre o tema (P6 e P10) até a satisfação em revisitar o assunto visto na época da graduação (P1), caracterizando um grupo heterogêneo no tocante ao conhecimento sobre as DTM, conforme previsto pelo pesquisador. Tal fato demonstra um desafio maior do que se fosse um grupo homogêneo, pois faz-se necessário contemplar tanto os participantes que precisam de informações básicas, quanto os que já possuem conhecimento mais avançado acerca do tema, reconhecendo, valorizando e estimulando suas participações, para que possam enriquecer suas práticas profissionais e não se sintam preteridos ou desestimulados.

No entanto, pode-se dizer também que no resultado apresentado pelos grupos nas sínteses da discussão sobre o tema: sinais, sintomas e etiologia, observa-se o compartilhamento de informações e um nível básico prévio de conhecimento, sendo que a atividade possibilitou a troca de conhecimento e a organização do mesmo.

ENCONTRO 2

O tema para o segundo encontro foi a apresentação preparada pelo pesquisador com informações, referências e vídeos sobre o que são as DTM, sua etiologia, sinais, sintomas, tratamentos e epidemiologia, consolidando o tema discutido no primeiro encontro. As imagens utilizadas estavam disponíveis para visualização pública em *sites* da *internet* de domínio público como, *google images*, e também foram utilizados artigos científicos como Carrara (2010) e livros de referência sobre o assunto: Leeuw (2010); Nunes e Paiva (2008).

Inicia-se com a retomada dos quadros elaborados no último encontro, apresentados de maneira concisa por um membro de cada grupo, objetivando apresentar a reflexão do grupo. O resultado é apresentado nos seguintes trechos:

Para o Grupo 1, o relator é o participante P1:

*(...) posso ir. Então a gente ficô meio assim, sem sabe direito o que respondê na **etiologia**... o que poderia causa a doença a gente pensou que podia sê assim: ausência de dentes, ou problema genético, ósseo, dente, má-oclusão e o stress... a gente ficô meio perdido também em sinais e sintomas mas a gente tentô o que poderia sê de sinais, a gente relaciono que na falta de um dente por exemplo a língua vai sempre naquele espaço onde não tem o dente e acaba dando o problema na dicção ela acaba ficando diferente, que nem a voz muda.... muda bastante coisa. É.... problemas periodontais que podem causar infecções e tudo o mais e os dentes que ficam moles e se movimentam, por causa da perda óssea, quando você tem por exemplo a periodontite grave ou tártaro e tudo o mais... o osso não suporta esse trauma né e é o osso que segura os dentes então começa a ter mobilidade nesses dentes. Modificando a oclusão deles o que que acontece a gente não consegue ocluí direito, mastiga direito então modifica a mastigação. Aí começa a forçá a musculatura, a gente falô aí o masseter, o músculo temporal e aí começa a dá a dor, o bruxismo que é quando a gente range os dentes por stress ou mesmo pra desgastá aquele contato prematuro como a gente chama quando tem uma restauração mau-feita*

num dente, quando ela tá muito alta... então começa a desgastar. Alguns problemas de coluna podem ser alguns sinais... que muita gente até muda o modifica o andar... com problemas na ATM que influencia em bastante coisa, e trismo é quando fecha a boca e a gente não consegue abrí que nem aquela... ou deixa aberto e não consegue fechá. Que nem aquela gatinha que exemplifiquei que a gente tem que fazê uma manobra pra colocá a mandíbula no lugar. **Sintomas:** a gente pensô em sobrecarga que começa a dá a fadiga muscular e aó começa a doê toda essa parte muscular e que é o que eu falei pode dá dor de cabeça, cefaleia, esqueci da dor de ouvido e que que a gente pode fazê no tratamento? Ajuste oclusal quando a gente tem os pontos que são os principais, que a gente estuda isso na faculdade, como a gente faz esse desgaste pra gente tê uma aclusão melhor... tê uma boa saúde bucal, oclusão, quando tem ausência de dentes o que você pode fazê pra ajudá né a nã otê esses problemas? Implantes, quando você não temos dentes e próteses bem adaptadas né? as removíveis.... as fixas, próteses parciais fixas, as removíveis e as totais.... Quando às vezes quando a gente, eu sô por exemplo classe II, minha mandíbula é mais pra trás, ela não encaixa certinha... minha mandíbula é mas pra trás , classe III é quando a mandíbula é mais pra frente... isso faz com que a musculatura doa bastante né porque a gente tem que ficá forçando alguns movimentos pra mastigá e isso a gente corrige com cirurgia ortognática que a gente chama.(...)

Para o Grupo 2, a apresentação foi dividida entre os participantes P3 e P13:

(...) a **etiologia** a gente pensô em causas também... a gente pensô em ansiedade, medo, stress, trauma também por acidente né... uma batida alguma coisa.... má oclusão, transtornos psicológicos, piti ou tique rrsrs quem tava no grupo e falô do “piti” ou tique foi P7 né? (...) Aí em sinais foi ranger o dente né.. aí o apertamento lá o bruxismo, por causa dos desgastes, ocasionando os desgaste e dificuldade de mastigação...

(...) nos **sintomas** a gente pensô em tensão, a cefaleia, dor na própria ATM e insônia... e o tratamento né... uso de aparelho ortodôntico, a

placa miorelaxante, o uso das medicações né aí citamos o ansiolítico e os analgésicos, é a reabilitação dentária... tratar a causa... porque é que nem você falou né pode tratar mas não adiantar nada né... tem que tratá a causa, acupuntura, ajuste de oclusão, nós citamos procedimento cirúrgico e até mesmo atividade física. Pra podê relaxar diminuí stress.(...)

Realizou-se a avaliação, na qual observa-se resultados positivos da atividade e da metodologia, que levou os participantes a refletirem sobre o tema e somente após esse movimento o pesquisador forneceu as informações que complementariam o conhecimento apresentado.

P1: Acho bacana que a equipe consegue enxergá um pouco da complexidade do que é a odonto, do que a gente estuda na faculdade isso daí é uma porcentagem muito pequenininha.... perto do muito que a gente estuda e achei interessante mostra a articulação, a parte muscular, óssea.. achei bacana.

Observa-se ainda que com a organização do conhecimento, inicia-se o **processo de ampliação da visão profissional para o agravo** como descrito em depoimento abaixo:

P5: eu também achei bastante importante e hoje eu vi que a gente ainda tem muito o que aprendê viu. Tem muito ainda que.... eu me identifiquei dentro de vários.... então, hoje no acolhimento é a usuária queixou que ela tava sentindo muita dor né nesse local e depois ela me falou que tá passando por um stress né que tá com um filho com problema e então ela tá sentindo muita dor no local, e eu já logo associei essa...(..).

Verifica-se também a possibilidade de **compartilhamento de experiências** como descrito nas contribuições de P3 e P9, a seguir:

P3: eu tive dois casos também que assim... é um deles é meu marido até... ele entrou final de semestre coitado.. ele é professor, final de

semestre que tem que fechá, fechá tudo... nota aquela loucura aí ele começa com os estralos assim “tof tof” às vezes estrala muito... (risos) e teve também, uma mulher adulta ela tava tendo uma relação extra conjugal e... ela começou a desenvolver trismo e aí o marido dela chegou com ela com dor assim uma dor e do nada assim eu não sei, pensei ela tá querendo fala alguma coisa que ela não está conseguindo fala passou um mês ele chegou lá... ele a gente foi atende ele porque ele já tava em surto né... porque tinha esse enfrentamento, eles se separaram e tudo... e a hora que ela conseguiu falar aí sarou...(...)

P9: tinha uma amiga minha que a gente morava num sítio, e aconteceu isso com ela, ela teve que ficar até chega na cidade e acha um dentista ficou com a boca aberta... literalmente de queixo caído (risos)(...) ficou toda caída assim, aí montou num carro e foi pra cidade, até chega, acha um dentista, na cidadezinha....(...)

Nota-se no trecho a seguir a **importância de fornecer informações** e da necessidade de **outros recursos de aprendizagem** que potencializam **uma ação investigativa** e que os profissionais estão dispostos a enriquecer seus conhecimentos:

*P2: eu achei interessante pelo seguinte, nós temos várias articulações no corpo né? E nem sempre a gente se atém a essas coisa de como trabalha essa articulação né? E a mandíbula é o que foi falado é uma articulação que a gente movimenta mais né... é uma articulação que tem mais movimento... e aí cê fica curioso e vê como que ela trabalha, como que ela é presa né, como que é curiosos sabe né... e.... eu tenho às vezes algum problema de.. às vezes eu vô comê algum amendoim aí tem um lado que estala e minha esposa fala “nossa que barulho” aí eu joga pro outro lado... (risos) pro lado que não faz barulho, é interessante eu acho, **tinha vontade de saber o que que é isso...** e aí num curso que a gente fez de urgência e emergência, como que ela falo quando a pessoa desmaia assim né, pra pessoa não fica sufocada igual com a língua né... fazê aquele movimento de deslocar a mandíbula né... e a gente como é que será que fica, como é que é lá dentro.... agora deu*

pra percebe quando você coloco o deslocamento pra frente né... põe aqui, faz uma pressão assim e ela vai pra frente né... achei muito legal..

*P9: eu achei muito interessante **aquela parte do vídeo** né? Porque dá **pra gente ve claramente** parece que né... como funciona... não tem noção, quando você falou a primeira vez que seria sobre ATM eu não Fiquei “gente que que é isso?” né... é uma coisa meio complexa né.. difícil pro nosso convívio... não é uma coisa que a gente ouve fala assim, não é uma coisa do cotidiano né? E, mas por aquele vídeo assim deu pra percebe né o funcionamento, como é que é deu pra te um pouco de noção de como é que são as coisas né? Como elas funcionam né... a complexidade né? Que uma coisa depende da outra ali pra tá funcionando assim é o nosso corpo todo né... os órgãos né todos os nervos... então deu pra esclarece bastante... né sobre esse assunto que é complexo acho que é bastante complexo que é um assunto que a gente não vê todo dia né?*

*P7: eu achei que **falá só**, por exemplo: **é isso é aquilo fica meio vago**, eu acho bom o vídeo, ele mostra, faz a gente realmente, esclarece pra gente o que que tá falando, o que se movimenta, aonde tá... acho que foi muito interessante, esclarecedor.*

*P4: eu perdi um pedaço mas deu pra entender das dores de cabeça tem uns pacientes da minha área que tem dor de cabeça direto às vezes pode ser dessa... aí também... então **começa a investiga também**, pergunta como é que tá o dente aí?(...)*

Percebe-se a valorização dos processos de Educação Permanente, pois o conhecimento técnico consiste em valorosa ferramenta, principalmente no momento em que dados teóricos passam a ter significado no cotidiano, como relatado a seguir:

P2: legal né, dentro da sua casa você tem às vezes isso né, de repente uma queixa alguma coisa você já começa a pensar pode tá associado a

*alguma coisa, que nem **ontem na escola eu até lembrei de você né...** que eu fiquei **com o grupo lá da área da saúde lá e aí fiquei na parte da escovação né, lembrei daquela explicação sobre escovação e tudo né? Aí eu tive que cabe naquele espaço ali pra orienta as pessoas, como escova sabe...** e tal.. aí perguntaram sabe... perguntava como é que você escova o dente? aí ele ia lá, cê acha que tá certo né... não não é assim não né aí você já começa né... aquilo que você passou pra gente né... então é a mesma coisa né... esse conhecimento é legal né, no meio que você tá vivendo ali... vem uma queixa: tá doendo, dói aqui, dói aqui, então **você começa a pergunta pra pessoa a questiona e depois vai associando né.... é uma coisa que não se perde, muito legal(...)***

ENCONTRO 3

Neste encontro houve a entrada de três novos integrantes no grupo e a distribuição dos mesmos em um dos dois grupos anteriores. Assim, P14 entrou para o grupo 2 e P15 e P16 entraram para o grupo 1, dessa maneira além de acolher os novos participantes os dois grupos ficaram com o mesmo número de participantes, totalizando oito integrantes cada grupo.

Solicitou-se para que cada grupo colocasse os novos integrantes em contato com a temática dos encontros anteriores e o pesquisador forneceu, para facilitar a organização das informações, os quadros elaborados no Encontro 1 e discutidos no Encontro 2.

Para o Grupo1 o papel coube a P1 que transmitiu seu entendimento sobre o tema para P15 e P16:

P1: Etiologia é ausência de dentes, pode ser genética, trauma ósseo por acidente, fratura, quebra mandíbula, maxila; má oclusão, stress, e são muitos né... por exemplo, numa perda, a língua vai sempre naquele espaço vazio depois começa a muda tudo de lugar... (...) e às vezes pode até chega a perde o dente... Pericementite é quando tem o contato prematuro o que que a gente chama.... os dentes eles têm que encaixá certinhos né... se tem uma restauração mal adaptada, uma má-oclusão,

começa a encaxá diferente, tem que desgastá, às vezes um ponto mais alto força na hora de fechá a boca.. fica uma sobrecarga e dá uma dor enorme...

P16 identifica possíveis características de má oclusão em sim mesma:

P16: quando fala esse negócio de mordida, eu acho assim o espaço que eu tenho nem sempre encaixa na hora que morde... a maxila então ela sempre fica um pouquinho pra frente?

P1, ao responder a P16, amplia o tema e após algum tempo causa curiosidade ao citar o trismo:

P1: uma coisa que eu não sei se vocês sabiam, que o dente por exemplo ó tem a perda óssea tá vendo... quando você perde os dentes.... aqui começa a perda óssea, porque eu falo assim, tudo no corpo quando você não usa... na boca é a mesma coisa, sem os dentes não tem função, então por isso que às vezes a prótese, principalmente a inferior, ela não se adapta e a pessoa começa a ter dificuldade pra mastigar tem dificuldade e aí começa a fazer esse movimento de báscula, a dentadura né, então começa a ter problema gástrico, problema de dicção, a digestão começa na boca e não no estômago, então começa um monte de problema, pode dá problemas de coluna, que são problemas do dente, enxaqueca quando você tá com.... vamos supor trismo, dá uma sobrecarga na musculatura e pode dá uma enxaqueca... então tem várias coisas que podem dá doenças que podem ser ocasionadas por problemas de disfunção da atm como um problemas desse. Sintomas: sobrecarga, fadiga muscular, dor... né, dor de cabeça, enfim... tudo isso, trismo

Prossegue-se com a atividade e P1 fala sobre os **tratamentos** discutidos anteriormente e faz breves considerações sobre as diferentes classes de má-oclusão:

P1: Tratamento: é o ajuste oclusal, é... a saúde bucal né... e antes prótese, tem a prótese parcial removível, tem a prótese parcial fixa e tem a prótese total, cirurgia ortognática pra colocar a mandíbula no

lugar, por exemplo eu sou uma que tem a mandíbula lá atrás, que a gente chama de classe 2, e quando a mandíbula é pra frente é classe 3, aí tem que tirar osso, diminuí a mandíbula e encaixa, e quando ela é classe 2 que nem eu, tem que pegá osso e colocá(...)

Ainda que sendo um profissional da área de odontologia, P1 realiza uma fala confusa, mas que consegue manter o interesse dos participantes. Amplia o tema, mas consegue estabelecer um pensamento lógico:

P1: é cirurgia, às vezes. Fica com a boca amarrada, precisa de tratamento medicamentoso e higiene adequada, por exemplo, uma infecção no dente, pode desestabilizá um paciente hipertenso e diabético, um.... por exemplo você perde um dente de cima, o de baixo ele extrui e o contrário é a mesma coisa, então você imagina que tem que tá tudo encaixadinho assim... se tem um dente mais alto ele fica assim, e o movimento que a gente morde não é só assim, a gente faz também o movimento de lateralidade, são vários movimentos que a gente faz, pode dá remédio pra.... tipo... (...), que é relaxante muscular, analgésico mesmo e ansiolítico, que às vezes a pessoa fica muito ansiosa e principalmente durante a noite, às vezes eu sou assim, eu acordo assim, aqui tudo dolorido já,

P8, que não esteve presente ao segundo encontro, pergunta como foi e nota-se que P1 avalia o segundo encontro de forma positiva e que relata recordar de que a apresentação do outro grupo a lembrou de fatores dos quais havia esquecido, neste caso se referindo a cirurgia ortognática, como tratamento:

P1: é foi mais ou menos sobre isso, ele (o pesquisador) mostrou um vídeo, mostrando muitos movimentos que tem a mandíbula, né, e achei legal porque o outro grupo também tocou em umas coisas que eu tinha esquecido né, deixa eu ver o que que eu me recordo mais..... ah a cirurgia ortognática é assim ó ... ele tira o osso e posiciona a mandíbula

O P15 relata um caso conhecido de cirurgia ortognática e P1 fala sobre a anatomia dental e sobre a Articulação temporomandibular, ilustrando a explicação com um dispositivo móvel que usa para orientar os pacientes da unidade:

P1: então a restauração tem que ter ondinhas que fazem, que parecem,.... então tem que fazer a escultura bem direito porque o dente ele é todo cheio de fissuras...(trecho inaudível) Aqui ó acho que é isso, essa é a articulação temporomandibular . (...) com músculos, com tudo o que ela tem.. articulação, inervação, trecho inaudível,(muito baixo), aqui ó, onde fica o disco... aqui é o côndilo da mandíbula... então você imagina ele tem que fechar assim, se o dente tá errado, ele não vai fechar certinho assim, ele vai fechar assim, então vai tentar se acertar pra fechar aí começa a ter problemas, super legal né?(...)

Para o grupo 2 a tarefa foi dividida entre P3, P7 e P13, que se incumbiram de transmitir os resultados dos encontros anteriores à P14 e a atividade ocorreu com as mesmas características do grupo 1, com a discussão dos conteúdos e relatando a apresentação feita no Encontro 2.

A estratégia para esse encontro foi a entrega de uma folha em branco para que os participantes fizessem uma breve reflexão (durante 5 minutos) sobre os casos atendidos antes ou depois de iniciado a pesquisa e que pudessem associar com um possível quadro de DTM, com o intuito de organizar as informações individualmente antes de dar continuidade à atividade.

Entre os participantes, sete deles, compartilham experiências anteriores, algumas de pessoas próxima ou familiares, deixando a ideia de que o tema não é tão distante da realidade como havia sido cogitado por P2 no Encontro1.

P3 compartilha experiência prévia em outro local de trabalho:

P3: fiz um acolhimento na outra unidade onde eu trabalhava, atendemos uma usuária casada, mãe de um filho pré-adolescente, e ela tava tendo uma cefaleia constante, e acompanhado dessa cefaleia ela tava rangendo os dentes aí o dentista tava acompanhando ela, e ela foi em acolhimento com essa dor de cabeça que não passava, e aí eu

questionei se ela tava com alguma dificuldade pra falá alguma coisa, pra contá alguma coisa né? Pra dividí, coloca algum sentimento, alguma coisa.... ela tava como marido do lado e ela não falô nada... e algum tempo depois né.. ela falô (...), e aí desde então essa questão da cefaleia e de ranger os dentes foi melhorando, foi passando, ela teve que lidar com outros problemas da relação né, ela teve que saí de casa, mas era um problema que ela não tava conseguindo contá, tava guardando aquilo só com ela, tava prendendo com ela então eu achei muito interessante essa questão psicológica que é muito forte, como que a pessoa se tranca mesmo né? E o medo de falá ou não tê com quem dividí acabou causando outros problemas...(...)

P15 a partir do conhecimento adquirido começa a considerar a participação da odontologia no cuidado de uma usuária:

P15: eu não tinha reparado ainda nos pacientes porque assim, tomei conhecimento disso hoje né? Então eu não tava reparando, mas veio uma pessoa uma vez que é a Dna A.P. do Sr. S, que eu percebi assim com a ausência dos dentes ela fala muito assoviado e ela já teve queixa de dor de cabeça mas assim, diabética, hipertensa, então a gente já procura...né?... mas tomando conhecimento agora a gente pode observá mas vai direto fazendo dextro, medindo pressão, (...)

P1- nós tivemos um paciente, uma criança que tava rangendo os dentes, é uma coisa importante, a gente procura observá também e procura sabe como que essa criança dorme, né pra sabe se ela range os dentes, ou ela tá muito ansiosa, ou ela tá assistindo briga de pai e de mãe, tá passando por um momento assim de stress, então isso daí não dá só em adulto, dá em criança também

Mais uma vez mostrando a presença de sinais com pessoas próximas, P9 compartilha que a filha há algum tempo vem rangendo os dentes e está incomodada e preocupada, P1, P12 e P14 participam e tentam ajudar na

solução do caso. Assim nota-se que primeiro há o reconhecimento de sinais e sintomas nas pessoas do convívio pessoal dos membros da equipe e depois é que eles se mobilizam em buscar nos usuários, como se verifica no trecho a seguir:

P 15: quando eu tô tensa, em semana de prova ou alguma avaliação, alguma coisa assim, eu acordo com essa parte toda, tanto, do trapézio pra cima, tudo travado e dolorido, acho que eu durmo e travo tudo...

P9: com os usuários ainda acho que não tem nenhum, que tenha lembrado porque acho que é uma coisa muito complexa assim, até agora a gente não tinha informação né pra tê... até focá nesse lado assim..(...)

P16 faz relação das características citadas com a questão emocional, mais especificamente a tensão e, pesquisador complementa com dados apresentados durante a apresentação do Encontro 2:

Pesq: tem uma ligação forte, porque na semana passada a gente falou, tem três tipos de fatores que envolvem a DTM né? Tem os predisponentes, os iniciantes e os perpetuantes, então na verdade você pode tê tensão, mas aí essa tensão passa e acabou... mas se você apresenta alguma condição prévia e aí entra a tensão no meio, aí você pode ter a dor que talvez você não teria, ou ter algum outro tipo de problema, e aí isso pode então voltá, pode sê então intermitente, pode acontecer agora e daqui há dois anos dá de novo... ou então em semana de prova... e aí tem essa sintomatologia que envolve toda essa parte cervical, que envolve o trapézio, o trapézio até a parte de baixo aqui, não só a parte de próxima à cervical... e até às vezes, tremor nos dedos, tremor nas mãos, pode tá relacionado também...(...)

O pesquisador orienta que os participantes assistam ao filme mostrado na apresentação para compreenderem melhor o funcionamento da Articulação Temporomandibular, seus movimentos e possíveis causas para o estalo. Oferece orientações adicionais, ressaltando a importância da anotação em prontuário, principalmente por ser uma USF e o prontuário ser multiprofissional

futuramente a informação que no momento imediato ao acolhimento não parece importante pode auxiliar para formular uma hipótese diagnóstica:

Pesq: tem um link na apresentação, algumas opções que eu vou mandar pra todo mundo, que fala um pouquinho do funcionamento, tem peça anatômica, e ele vai fazendo dissecação, dá pra entender direitinho como que é a articulação, mas aí tem que examinar, o exame clínico e anamnese são soberanos né? Então tem sempre que fazê o exame...

P8: mas não sei uma coisa que eu tenho dificuldade, vou conta dois casos, um meu e um de um amigo assim, mas que é... pra você sabe disso é como a P15 colocou não dá pra você só falá assim “ah então tá o cara é hipertenso então...” você já segue uma linha então a gente sai de momentos estressantes como você disse antes né? São 3 fatores, e aí ah num sei quando a gente por exemplo aqui, talvez seja um pouco mais fácil quando se tem um acompanhamento do usuário, porque você precisa disso porque senão você não vai sabe, né pessoas chegando uma vez com dor de cabeça, uma pessoa que você nunca viu, às vezes você acaba reduzindo um atendimento uma coisa e você não tem outros fatores assim né? Então, é uma coisa que você tem que tá junto né? você come junto, você tá sempre com a outra pessoa então vc pensa: opa tem alguma coisa estranha aqui...

Pesq: é verdade por isso a gente coloca os acolhimentos né? Porque a gente tem aqui todo um histórico do paciente, aí você pode ir colhendo informações, não precisa perguntar pra todo mundo que passar, “ah você tem rangido o dente, tem estalo?” ninguém vai lembrar de perguntar de tudo né? Mas é uma coisa que se de repente aparecer um desses sinais aí tentar fazer uma associação ou pelo menos descrever e deixar um sinal... então escreve porque pode ser importante numa próxima consulta.(...)

O pesquisador propõe discussão ao grupo em torno da pergunta “Como eu, enquanto profissional de saúde, em minha prática diária, tenho colaborado para a identificação e para o seguimento desses casos no território?”

Considerando que o tema foi tido como novidade pela maioria dos integrantes do grupo, decidiu-se por alterar a pergunta para: *“Como eu, enquanto profissional de saúde, em minha prática diária, posso colaborar para a identificação e para o seguimento desses casos no território?”*

Os grupos discutem e o pesquisador registra as respostas em um quadro (Quadro 4) apresentado, a seguir:

Quadro 4. “Como eu, enquanto profissional de saúde, em minha prática diária, posso colaborar para a identificação e para o seguimento desses casos no território?”

“Como eu, enquanto profissional de saúde, em minha prática diária, posso colaborar para a identificação e para o seguimento desses casos no território?”	
Formas de identificação	Seguimento
Anamnese/ Exame Clínico	Encaminhamento/Referência
Acolhimento/Relacionar queixas	Discussão de caso
Perguntar sobre sintomatologia	Tratamento multiprofissional
Prescrição medicamentosa	

São Carlos, 2012

Quando se verifica as respostas, essas são satisfatórias, mesmo que a maioria delas diz respeito a ações individuais (“Anamnese/exame clínico”, “Encaminhamento/referência”, “Acolhimento/relacionar queixas”, “Perguntar sobre sintomatologia”, “Prescrição medicamentosa”). Observa-se que uma vez estando frente a um possível caso de Disfunção Temporomandibular, sugere-se “Tratamento multiprofissional” e “Discussão de caso”, reconhecendo o possível envolvimento de vários profissionais e a necessidade de detectar os casos existentes.

Diante do relato de P5 que diz já ter realizado uma associação recentemente entre cefaleia e DTM, são discutidos novamente sinais e sintomas que podem ser investigados nos diferentes momentos de contato com os usuários. Há o reconhecimento de que é importante considerar a **DTM**

como hipótese diagnóstica, principalmente quando há presença de outros sinais e/ou sintomas que podem ser associados a este agravo:

P16: é uma coisa que agora que eu to vendo isso, porque eu não costume pergunta essas coisa... tem muita queixa parecida, principalmente a cefaleia, principalmente aqui no território, quando a gente trata com ansiolítico, acaba melhorando bastante, então é um stress, é... então realmente eu vejo que tá muito relacionado, então agora que eu vou começá a fazê perguntas pra vê né..(...)

Além da questão do diagnóstico, há breves considerações sobre o uso de antidepressivos como **terapia medicamentosa** e a importância da criação de **vínculo e acompanhamento** do caso:

Pesq: como a gente viu na semana passada, os antidepressivos, alguns deles, principalmente os tricíclicos, a amitriptilina e outros assim, estão tendo um relacionamento agora com a questão do comportamento da dor, então tá sendo investigado agora, ainda não tá muito esclarecido mas a gente pode pensá em entrá com essa medicação, se fô o caso né.. pra contá com esse controle da dor. Que também vai ajudá.

P16: os tricíclicos estão sendo muito usados né... principalmente nessas fibromialgias, pra casos de dor mesmo né? Mas eu acho que os inibidores também são ótimos, eles agem no local da dor, (...)

P3: acho que pode identifica pra fazê as relações e identificá se tem necessidade de uma avaliação odontológica, uma avaliação médica, tenta identifica a causa, pros outros profissionais também né... porque tem coisa que a gente resolve com medicação mas tem coisa que uma boa conversa(..).

Como se trata de uma equipe de saúde da família multiprofissional que conta com Equipe de Saúde Bucal (ESB) modalidade I, residentes (cirurgião-dentista, enfermeira, educador físico, assistente social e psicólogo) e apoio matricial do NASF II (com psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta

ocupacional e assistente social) (Diretrizes do NASF, Brasil, 2009); está presente a importância da contextualização e da consideração do usuário em seus espaços (família, escola) e relações pessoais, como se observa nos relatos a seguir:

P8: não sei, acho que pensando numa coisa mais ampliada assim também, às vezes esses casos, são coisas assim que vem por exemplo uma criança né, que tá com algum problema igual vocês falaram assim de quebra os dentes né por conta de ranger, e aí a gente vai analisá que são outros problemas que ela tem né, além disso, que tá que o corpo tá mostrando mas aí que a família traz né então, alguma dificuldade, então eu acho que isso é legal também por que eu acho que aí você não vai só no que o menino tá sentindo né, mas tentá trabalhá isso na família, pra melhorá a situação,(...)

P3 – tentá identificá a causa né, tentá saber o que tá causando esses sintomas e sinais né,

O pesquisador compartilha um caso atendido por ele no território de uma criança que é trazida a unidade acompanhada pelo pai com queixa de dor. A criança apresenta problemas odontológicos envolvendo lesões de cárie e desgaste da estrutura dental em estágio avançado para a idade sugerindo presença importante de algum fator de stress na vida da criança. Durante a investigação sobre a família, o pai diz que ele e a mulher vivem em “pé de guerra” e que a situação é comumente presenciada pela criança. Ressalta-se, nesse exemplo, a importância de se lançar mão da equipe multiprofissional quando esta está presente ao invés de priorizar o tratamento sintomatológico:

P8: aí aborda algum tratamento assim? Porque não adianta a gente achar que vai dar conta de tudo isso também, às vezes vai precisar do dentista realmente tem que ter né?

Pesq: que temos que levar em conta a questão do tratamento poder ser multiprofissional entendeu, e não só odontológico, assim acaba sendo a maior parte porque a gente acaba sendo treinado pra lidar com isso e tal mas pode envolver outros profissionais também, aliás deve envolver ne?... aí pode entrá a discussão de casos, a referência,(...)

Depois de concluída a atividade foi realizada a avaliação, em que se pontua a importância da presença da equipe multiprofissional e a inserção do Odontólogo nas equipes multiprofissionais e a melhor compreensão da atuação deste profissional:

*P8: eu gostei do encontro de hoje principalmente **porque complementa a identificação** porque senão não adianta né, eu identifico e faço o que? Não adianta só a gente sabe, a gente vem tem uma, sempre tem muitas capacitações assim né? Várias coisas que a gente faz aqui no território com as pessoas, por exemplo, mas **no que isso tá interferindo na minha prática** né? Então acho que **a gente em conjunto a gente conseguiu formular coisas assim... de pensá no futuro**, então eu tô vendo que essa pessoa tá assim, queixas psicológicas, sociais, e tal, e o que que eu posso fazê né? Então qual é o caminho que eu vô fazê né, eu vô discutí um caso... ou fazê um acolhimento melhor, mais ampliado, né, eu acho que foi melhor por isso, **não foi só a mera informação, foi uma informação com uma proposta de trabalho, com uma proposta de seguimento.***

*P16: na verdade o último recurso é o medicamento né? A gente **entrá com o medicamento, após o tratamento multidisciplinar** eu acho, **multiprofissional, eu acho fundamental** né principalmente no mundo em que a gente vive hoje, todo mundo se estressa, então eu acho que todos.... eu tô com o caso de uma criança inclusive ela é neta da Dna A. que ela tá já desenvolvendo vários problemas justamente pra chamá a atenção em casa porque o pai é de um jeito e a avó é de outro, então eu acho que é **fundamental ter ajuda de todas as partes, e aí deixar por último mesmo o medicamentoso.** Já é um tratamento mais agressivo né, porque **não dá pra você tratar uma ansiedade ou uma depressão em um mês.. (...).***

*P14: Eu acho que foi bom porque eu até tava conversando com o Pesq. E dizendo que **a Odonto é sempre muito esquecida no ser humano**, eu estive fazendo um estágio com os idosos num asilo onde as pessoas faziam tudo pelos idosos, menos escová os dentes deles.... tinha a alimentação certinha de manhã, à tarde e à noite, e ninguém nunca escovava os dentes, aí eu perguntei pra minha professora assim*

“professora eles não escovam os dentes?”, e ela “ah...” então eu acho que é um plano de cuidado que a gente devia colocá pra o tratamento desse idoso. E isso não é legal porque assim, muitas das coisas que tã ali acontecendo com eles poderiam não tá assim. Disso eu não consegui observá nada porque eu não sabia o que era essa ATM, então é difícil você identifica quando você não conhece nenhum pouquinho do assunto, então acredito que se já tivesse, se já soubesse um pouco, já teria conseguido identifica algumas coisas, que podem acontecer até mesmo com os idosos. Algumas coisas pode se fazer, eles tã idosos, então precisam de remédio, pedem remédio, mas eu nunca vi eles pedi escova, escová os dentes, acioná o dentista, não é feito nada... gente, né... tira a dentadura põe num lugar, daqui a pouco pega a dentadura e põe de volta.... então eu até fiquei assim abismada.... aí a professora pediu pra fazê um plano de cuidado, eu até falei como Pesq depois, e conseguimos até doação de escovas. Meu trabalho foi o plano de cuidado nessa área, então olha só como dá né... Mas ainda não sabia sobre isso então não pude identificá DTM.(...)

Ainda, é presente a reflexão sobre olhar ampliado e escuta mais qualificada e sobre o interesse por maiores conhecimentos a respeito do tema, principalmente em relação a outras formas de tratamento.

P3: Acho que isso faz a gente crescer, ampliar um pouco o nosso olhar, a gente fica mais atento, pra gente fugí um pouco do “é diabético e hipertenso, vamo fazê dextro e fazê PA”, né,, então a gente fica um pouco mais atento em ampliá as nossas relações, o nosso raciocínio crítico né... e ver as queixas: dor de cabeça, insônia, que podem tá associada com esse problema. Então esse encontro fez a gente tê essa reflexão. (...)

P6 - Eu queria sabê também assim, não sei se você vai trazê assim, que possibilidade de tratamento a gente tem pra eles assim, todo mundo fala muito de medicamentoso mas, se tem outras formas?.. (...)

ENCONTRO 4

Novamente houve a divisão em dois grupos e não necessariamente são os mesmos da atividade anterior. Os grupos são formados aleatoriamente e apresentam a seguinte composição: Grupo1 com P1, P9, P11 e P14 e Grupo 2 com P4, P7, P12, P13 e P15. Nesta composição dos grupos, em relação ao primeiro encontro, há mudanças que se deve à ausência de alguns participantes e também a disposição com que os presentes estavam sentados na roda, isto é, eles se agrupam por aproximação.

O objetivo deste encontro foi trabalhar com os temas: Identificação das potencialidades e fragilidades nas estratégias atuais de intervenção da equipe multiprofissional e estimular a importância da organização do trabalho em equipe e das diferentes funções para que o melhor cuidado ao usuário possa ser atingido.

Utiliza-se da seguinte pergunta como disparador: “Como a equipe tem realizado intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM?”, a exemplo do que foi realizado no Encontro 3, o pesquisador sugere que a pergunta passe a ser: *“Como a equipe poderia, a partir deste projeto, realizar intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM?”*,

Como estratégia, foi proposto que os grupos utilizassem técnica de visualização móvel como cartazes e tarjetas para valorizar a participação individual e compartilhar as respostas com o coletivo, os resultados estão retratados nos Quadros 5 e Quadro 6, a seguir:

No Quadro 5., a seguir, estão as respostas apresentadas pelo Grupo 1 à pergunta: “Como a equipe poderia, a partir deste projeto, realizar intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM?”

Quadro 5. Respostas apresentadas pelo Grupo1 à pergunta: “Como a equipe poderia, a partir deste projeto, realizar intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM?”

“Como a equipe poderia, a partir deste projeto, realizar intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM?”
Discussão de caso
Agendar consultas com dentista, médico, enfermeiro, residentes e NASF
Grupos e VD (visitas domiciliares)
Acolhimento
Encaminhar para o dentista

São Carlos, 2012

Por meio das respostas presentes no Quadro 5, pode-se perceber que o Grupo 1 compreende o papel da equipe e valoriza a atuação conjunta para oferecer um cuidado qualificado para o usuário em: “Discussão de caso”, “Agendar consultas com dentista, médico, enfermeiro, residentes e NASF”, “Grupos e VD (visitas domiciliares)” e “Acolhimento”. Relativo à resposta “Encaminhar para o dentista”, percebe-se que essa seria uma ação realizada após a identificação de indícios que podem levar a um diagnóstico de DTM por meio de contato com o usuário em outro ambiente ou atividade. Portanto, considera-se adequadas essas ações, por evidenciar uma visão de trabalho em equipe e o comprometimento na identificação de um problema mesmo que não seja da especificidade de determinado profissional e a consequente procura do melhor seguimento para o caso.

No Quadro 6., a seguir, são apresentadas as respostas do Grupo 2 a mesma pergunta: “Como a equipe poderia, a partir deste projeto, realizar intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM

Quadro 6. Respostas apresentadas pelo Grupo 2 à pergunta: “Como a equipe poderia, a partir deste projeto, realizar intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM?”

“Como a equipe poderia, a partir deste projeto, realizar intervenções para a prevenção, identificação, tratamento e controle dos casos de DTM?”
Maior atenção ao acolher
Verificar as queixas (sintomas)
Alguns casos encaminhar para o dentista
Outros para médicos em caso de Stress
Depois do diagnóstico, encaminhar para profissionais da Equipe Multi
Se tiver dúvidas, levar o caso para ser discutido em reunião de equipe
Nas visitas (domiciliares) questioná-los sobre queixas relatadas
Ter mais atenção ao ambiente familiar

São Carlos, 2012

Verifica-se para o Grupo 2, que há a compreensão do trabalho em equipe para o atendimento de possíveis casos e também da multidisciplinaridade das DTM em: “Verificar as queixas (sintomas)” (neste caso há ainda a utilização correta do conceito de Sintomas discutido nos 2 primeiros encontros), “Alguns casos encaminhar para o dentista”, “Outros para médicos em caso de Stress”, “Depois do diagnóstico encaminhar para profissionais da Equipe Multi”, “Se tiver dúvidas levar o caso para ser discutido em reunião de equipe”, “Ter mais atenção ao ambiente familiar”.

Também pode ser observado o comprometimento e preocupação no seguimento a partir do momento em que os membros da equipe tomam conhecimento do caso e da valorização do conhecimento adquirido, visando sua aplicação na prática profissional, inclusive em ambientes externos, usando a escuta qualificada: “Maior atenção ao acolher” e “Nas visitas (domiciliares) questioná-los sobre queixas relatadas”.

Como continuidade à proposta de discussão acerca dos procedimentos que a equipe tem ou pode realizar no tocante às DTM, sem envolver outros equipamentos da rede, pois não havia representantes de outros equipamentos da rede, há a realização de nova dinâmica com o intuito de refletir sobre a importância do **trabalho em equipe** e a importância e a **função da comunicação** nesse processo:

Assim, cada participante recebe uma folha em branco e é pedido para que façam um desenho que represente um desejo seu (pode ser algo importante ou cotidiano, a longo ou curto prazo, desde que seja um objetivo que se deseja alcançar), é dado então um tempo para que o participante faça o desenho, após esse tempo ele deve passar a folha para o participante à sua direita que tem a função de complementar o desenho, sem haver comunicação verbal, até que a folha de uma volta completa pela roda.

Como resultado, embora a maioria tenha se mostrado satisfeita com a experiência, concordam que a comunicação exerce papel fundamental no trabalho em equipe, quando feita analogia do desenho com um caso que está sendo referenciado pela equipe, ou quando a equipe recebe um caso sem as informações necessárias para a compreensão do procedimento a ser realizado, o que condiz com Lucas (2010) que concluiu em seu trabalho que:

(...) Uma organização de saúde integra um vasto número de equipes de profissionais especializados, que desempenham, cada um deles, um papel vital no interior do objectivo conjunto, que passa por oferecer serviços de qualidade, satisfazendo assim as necessidades e expectativas dos clientes, sendo para isso fundamental uma adequada comunicação numa vertente interdisciplinar.(...)

É possível supor que o encontro e as atividades propostas promoveram a integração entre os participantes e a reflexão em torno da importância da comunicação nos processo de referência e contra-referência, entre profissionais, entre estes e outros equipamentos de saúde e entre estes equipamentos.

P1: bom eu gostei bastante da dinâmica, achei bastante interessante, é realmente muito interessante pensar em quando a gente passa um

caso, o que que a gente quer, repassar pra outro profissional, a comunicação é mesmo muito importante e se ela é falha, a gente acaba não dando conta daquilo que a gente precisaria fazer, foi muito legal.

P12: acho que é importante quando a gente passar caso pra outro profissional a gente tentar passar de modo mais claro possível o que que a gente espera daquele profissional,

P14: a dinâmica ela é bem legal, bom pra conhecer, pra gente poder conhecer também um ao outro, isso é importante também pra alcançar um resultado, ir conhecendo como que aquela pessoa trabalha pra poder passar, porque se eu não conheço, vou passar do jeito que eu acho que deve ser, sem saber de que jeito que o outro trabalha. Então eu acho melhor conhecer o seu parceiro, o seu amigo dentro da dinâmica que ele trabalha pra gente podê passá o caso que aí eu acho que fica mais fácil tê a posição direitinha do que é esperado.

P9: é e foi bom que a gente descobriu os sonhos né? risos Acho que é importante colocá mesmo aquilo que a gente tá pensando aquilo que a gente qué, às vezes a gente acha que é outra coisa e na verdade não é né... se a gente não conversa.... muito legal.

P16: foi legal que a gente precisou de muitos detalhes né? No momento em que a gente fô passá o caso, a gente tem que percebê acho que os mínimos detalhes. Acho que é muito importante, dá pra percebê que nos desenhos cada um fez um detalhezinho, mas que significou alguma coisa, então acho que o detalhe de você passá uma caso pra outro profissional, isso é importante também.

P11: o que eu acho legal é que sempre o outro tem uma visão diferente da minha assim, então às a vezes você vê “ah eu nem pensava isso....” sempre complementa né... isso é bem bacana.

ENCONTRO 5

Com os participantes P1, P4, P5, P7, P9, P12, P13 e P15. dispostos em uma roda foi feita uma proposta pelo pesquisador a respeito da realização dos dois últimos encontros o 6º. e 7º. em um único dia, pois o último encontro

tratava-se de uma avaliação do processo como um todo, não havendo necessidade de intervalo para preparação de novo material.

Há a utilização de duas perguntas como disparadores para a discussão acerca do conceito de **redes de atenção à saúde** e sua relação com o cuidado em DTM. São elas: “O que se entende por Rede de Atenção à Saúde?” e “Quais profissionais e equipamentos disponíveis na rede municipal podem e/ou devem ser envolvidos no cuidado dos usuários com DTM?”.

Os participantes elaboram quadros durante a atividade, consolidando os resultados da discussão os quais estão representados, a seguir:

No Quadro 7., a seguir, são apresentadas as respostas do coletivo à pergunta: “O que se entende por Rede de Atenção à Saúde?”

Quadro 7. Resposta do coletivo à pergunta: “O que se entende por Rede de Atenção à Saúde?”

“O que se entende por Rede de Atenção à Saúde?”	
Caminhos	Suporte
Intersetorialidade	Ligação
Várias coisas ligadas	Alguns órgãos
Comunicação (telefone, internet, reuniões)	Conectados
Referência / Contra-referência	Ordem hierárquica
Gestor da rede	Diferenças entre níveis de complexidade (solicitação x ordem)?
Fluxograma	

São Carlos, 2012

Verifica-se nos dados apresentados, no Quadro 7., que existe de certa maneira a compreensão do conceito de ‘Rede de Atenção à Saúde’ ao vermos citados termos e conceitos relativos a concepção de rede de saúde, como: “Caminhos”, “Intersetorialidade”, “Várias coisas ligadas”, “Comunicação

(telefone, internet, reuniões)”, “Referência / Contra-referência”, “Gestor da rede”, “Fluxograma”, “Suporte”, “Ligação” e “Alguns órgãos”, “Conectados”.

Estes parecem transmitir a ideia de equipamentos ou profissionais trabalhando juntos por um objetivo comum (o cuidado ao usuário), que se comunicam em duas vias, que oferecem um fluxo determinado para o usuário e que isso é ‘observado’ por um profissional capacitado para tal.

Relativo à presença de “Ordem hierárquica”, pode-se dizer transparece que o conceito de redes de atenção precisa ser esclarecido, pois hierarquia remete à estrutura piramidal em que poucos que estão no topo dão ordens aos muitos que se encontram nas camadas mais próximas da base, estrutura que vem sendo substituída pelo conceito de rede. Este por sua vez está relacionado a uma estrutura horizontal, em que os integrantes tem a mesma posição relativa entre si e a comunicação pode acontecer em qualquer sentido. O conceito foi apresentado à equipe e teve boa compreensão como pode ser observado na análise das falas dos participantes.

Em “Diferenças entre níveis de complexidade (solicitação x ordem)”, o equívoco é similar, e está simbolizada uma fala de P15 que embora ciente de que todos os níveis têm igual importância para o cuidado integral do usuário, demonstrava o conceito tecnicista de que quanto maior o nível de complexidade, mais autoridade seria atribuída a ele sobre os demais. Portanto, enquanto uma referência originada na Atenção Primária era apenas um pedido, a contra-referência recebida em sentido contrário seria uma ordem, fazendo-se oportunas e necessárias as orientações e discussões realizadas em fala do pesquisador que já esperava o surgimento destas lacunas visto que a mudança de modelo de atenção à saúde ainda não é bem compreendido mesmo entre os profissionais de saúde.

O pesquisador, com relação ao conceito de ordem hierárquica e abrangendo a questão da mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil, apresenta fala da qual foram destacados os trechos a seguir, objetivando promover uma reflexão a respeito do atual contexto da saúde no país:

- Pesquisador diz que quando os participantes citam ordem hierárquica, imagina uma estrutura geometricamente similar a uma **pirâmide** na qual em cima encontram-se poucos que seriam os que comandam e quanto mais para baixo, maior a quantidade de pessoas e menor o poder de comando ou de interferência na dinâmica do sistema. Diz que a proposta de **rede** implica em algumas mudanças nesse modelo, começando pelo aspecto geométrico em que uma rede apresenta todos seus fios e nós em uma mesma disposição geométrica, sinalizando que a importância e estão dispostos de maneira em que possibilita a comunicação e o entendimento do fluxo a que o usuário do sistema será submetido.
- Sobre o **gestor da rede**, orienta ser uma pessoa que tem como função coordenar o funcionamento da mesma e que esta pessoa, ou serviço, ou equipe não está acima das demais constituintes da rede mas sim fazendo parte dela com uma função específica.
- Tece comentários a respeito do **itinerário terapêutico** ao qual o usuário deve ser submetido ao entrar na rede, que seria o trajeto realizado por este dentro da estrutura até que receba os cuidados dos quais necessita.
- Relata que a Atenção Primária é um dos componentes da rede, e que cabe a ela o papel de **gestor do cuidado** do paciente, portanto quando a equipe encaminha um usuário para o CEO, por exemplo, se o paciente vai para a especialidade de Periodontia que cuida de uma doença crônica, e quando ele volta para a Atenção Primária traz consigo um pedido no qual se encontra: “Fazer retorno de 3 em 3 meses pra verificar manutenção da higiene bucal”, isso não deveria significar uma ordem, mas sim uma comunicação simples do **plano de tratamento** que se estabeleceu para aquele usuário.

- Fala ainda sobre como a ideia de rede visa contribuir para mudar um pouco o modelo de assistência à saúde, por que vive-se um momento, tanto no mundo quanto no Brasil, em que o maior número de problemas de saúde são problemas crônicos, segundo o dados presentes no texto de Mendes (2010) no Brasil aproximadamente 75% dos problemas de saúde são ou **doenças ou condições crônicas** (períodos de longa duração, embora transitórios, por exemplo: gestação e puericultura que não são doenças mas demandam acompanhamento e atenção).
- E que considerando o fato de que o sistema de saúde existente foi elaborado para o século XIX e a maior parte do século XX, tempos nos quais a demanda encontrava caracterização diferente, sendo a maior parte das doenças eram de caráter agudo e necessitavam de intervenções ou terapias imediatas e pontuais para seu tratamento (tuberculose e outras grandes epidemias, por exemplo), temos um sistema que foi adequado para atender a uma demanda, contudo, esta sofreu transformações durante o passar das décadas, e portanto esse sistema precisa ser adequado à nova necessidade.
- Ainda com base no texto o pesquisador ressalta que juntos, **doenças e condições crônicas são atualmente em torno de 75% da demanda de saúde do Brasil**. Então nos encontramos em um sistema que foi elaborado para atender 25% da demanda atual, razão pela qual vem sendo feita a atual reestruturação.

Foi realizada a discussão do conceito com base na literatura citada que apresenta o seguinte trecho:

(...) as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por um objetivo comum e com uma ação cooperativa independente que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a uma determinada população coordenada pela atenção primária à saúde, prestado no ambiente certo, no lugar certo, com o custo certo,

com a quantidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por essa população. (...) Mendes (2010)

Ainda, faz-se importante destacar o seguinte trecho da reflexão dos participantes:

Pesq: quando a gente encaminha algum usuário ou solicita algum serviço, a gente solicita algum serviço ou a gente ordena?

P1: solicita

Pesq: e quando a gente recebe é uma ordem ou também é uma solicitação?

P9: ordem

P1: acho que às vezes ordem e às vezes solicitação...

P15: é que quando a gente manda pra especialidade que já é um segundo nível, a gente solicita, agora quando vem de cima pra baixo, a gente vê como ordem(...).

Observa-se que os relatos explicitam uma inversão de papéis que ocorre com relação aos níveis de complexidade, ao acreditar-se que pelo fato de um equipamento do nível secundário ou terciário enviar uma comunicação para a atenção primária o conteúdo é recebido como ordem. Este posicionamento deixa claro que existe a valorização da “Tecnologia Dura” em detrimento das “Tecnologias Leves e Leve-duras”, além da crença de que os equipamentos nos quais se encontram a mais alta tecnologia são os de maior importância e que têm o direito de exercer o poder da decisão sobre os “mais baixos”.

Segundo Merhy (2004, p.20) em seu texto “As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho nos serviços de saúde”, 80% dos casos deveriam ser resolvidos ou minimizados pela Atenção Primária, para o nível secundário caberia cerca de 15% dos casos e os outros 5% para o terciário.

Merhy (2004) sugere que deve-se valorizar também as tecnologias leves e as leve-duras, pois são também ferramentas potentes, capazes de gerar

mudanças e produzir saúde em grande escala. Não é despropositada a colocação de Mendes (2010) ao referir-se à Atenção Primária como coordenadora da atenção oferecida aos usuários, é na Atenção Primária em que poderiam ser resolvidos a grande parte (80%) dos casos, este fato justifica a importância de uma Atenção Primária bem preparada e estrategicamente capaz de se articular como os demais níveis de atenção à saúde.

No Quadro 8, a seguir, estão apresentadas as respostas do coletivo à pergunta: “Quais profissionais e equipamentos disponíveis na rede municipal podem e/ou devem ser envolvidos no cuidado dos usuários com DTM?”

Quadro 8 - Resposta do coletivo à pergunta: “Quais profissionais e equipamentos disponíveis na rede municipal podem e/ou devem ser envolvidos no cuidado dos usuários com DTM?”

“Quais profissionais e equipamentos disponíveis na rede municipal podem e/ou devem ser envolvidos no cuidado dos usuários com DTM?”		
profissionais	equipamentos	outros
Odontologia	Equipamentos da Secretaria da Educação	Relaxamento
Todos da área da saúde (acolhimento)	USF - Unidade de saúde da família	Psicoterapia
Médico	CAPs – Centro de atenção psicossocial	Reabilitação (próteses)
Educador físico	CAPs – AD – Centro de atenção psicossocial (álcool e drogas)	Exames de imagem
Psicologia	Cirurgia (Santa Casa)	3 níveis de atenção
ACS - Agente comunitário de saúde	VD - Visitas domiciliares	Anamnese / exame clínico (diagnóstico)
NASF – núcleo de atenção à saúde da família	Ceo – Centro de especialidades odontológicas	Grupos
Fonoaudiólogo	Medicação	Placa de mordida
	Ceme – centro de especialidades médicas	

São Carlos, 2012

Observando o Quadro 8, verifica-se que a equipe consegue identificar os profissionais e equipamentos constituintes da rede em que está inserida, e consegue compreender a multidisciplinaridade do tema, mostrando-se capaz de implicar os diferentes níveis de complexidade para a elaboração de possíveis planos terapêuticos.

Pode-se perceber a aprovação da metodologia utilizada e opiniões positivas em torno do resultado obtido com falas destacadas a seguir, referentes a reflexão sobre a prática:

*P1: eu gostei bastante, porque é sempre muito bacana **a gente acaba sempre aprendendo alguma coisa né? e você vê se tá fazendo tudo o que você pensa né?** o que você pode... a gente fica focando muito, e acho que não é só isso, o ser humano não é só boca.... a gente tem outras... a gente tem que ver a pessoa como um todo, que nem a gente falou sobre educação, não só a parte médica, tem o psicológico, tem outras... outros instrumentos e ferramentas, mas é isso, gostei bastante.(...)*

Ainda é possível destacar a percepção sobre a inadequação dos equipamentos presentes para o trabalho, apesar desta equipe possuir um sistema mais atualizado do que a maioria das cidades brasileiras. Outras percepções se referem a multidisciplinaridade do tema e conceito de redes de atenção e a dinâmica de trabalho da equipe e possibilidade de adequação à nova demanda de saúde (doenças e condições crônicas):

*P9: é interessante que a gente às vezes não atenta né... **quantos profissionais, que podem estar envolvidos nessa questão da DTM, e também nesses caminhos né? Nessa questão da rede, quanto equipamento né que a gente tem e que pode usar e que às vezes a gente pensa no sentido de ser “de cima pra baixo” né... mas como solicitação(...)***

*P 15: eu gostei mesmo de assim, logo que eu entrei na unidade, o médico anterior sempre falava assim vem um paciente assim, com queixa tal, ele sempre punha lá embaixo onde coloca a conduta médica, grupo de práticas corporais, grupo de ele sempre encaminhava, sabe **coisas que eu acho que ainda precisam ser mais resgatadas dentro da equipe né... A gente às vezes foca muito aqui né... a gente tenta fazê o máximo que pode, só que eu acho que a gente pode voltá a encaminhá mais pra grupos que tragam uma prática saudável e o pessoal que podia dá um “up” no grupo mesmo né... que ajuda não só na DTM mas mais no ponto agora que a gente viu...(..).***

ENCONTRO 6

Neste encontro ocorreu a utilização do **Fluxograma Analisador**, como estratégia para se pensar um protocolo para o cuidado aos usuários portadores de DTM, dentro da Equipe Saúde da Família, e quais os equipamentos para os quais poderiam referenciar os casos que demandassem encaminhamento para outros profissionais ou equipamentos, ou ainda diferentes níveis de complexidade. Como embasamento teórico foi utilizado o termo de referência para a confecção de Fluxograma utilizado pelo PPGGC – Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, no curso da disciplina de Linhas de Cuidado e Apoio Matricial (2011). Trata-se de uma representação gráfica por meio do uso de figuras geométricas dos processos de trabalho, das decisões que são tomadas e dos caminhos percorridos pelos usuários dentro da rede de serviços de saúde; processos envolvidos diretamente na produção da saúde.

Essa ferramenta foi descrita por Franco (1999, p.15) como uma representação gráfica de todas as diferentes etapas do processo de trabalho e que permite, portanto, enxergar o que acontece na operacionalização do trabalho. O autor concluiu em seu estudo que a ferramenta mostrou-se potente para lançar “luz em áreas de sombra” sobre os fazeres cotidianos e revelar os nós críticos da produção dos serviços de saúde.

Considerando que durante todo o processo, além da investigação do conhecimento prévio dos integrantes da equipe a respeito das DTM e da organização ou sistematização desse conhecimento, foi estimulada constantemente a reflexão da própria prática, o potencial descrito por Franco (1999) e relatado anteriormente e ainda a conclusão de Barboza (2005, p.1042-1043) em seu estudo “A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família”, relatada a seguir:

(...) Os resultados encontrados mostraram que o “fluxograma analisador” é um instrumento capaz de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, evidenciando as lógicas presentes nos mesmos, bem como os saberes e práticas predominantes e, o mais

importante, sendo capaz de propiciar aos profissionais de saúde que eles, por si só, visualizem como seu processo de trabalho se conforma e busquem formas de remodelá-lo. (...)

certamente é obtido o pensamento de que a ferramenta é adequada e pertinente para a pesquisa, já que possibilitaria concretizar os resultados graficamente, de maneira a tornar a informação facilmente acessível. Faz-se importante considerar que assim o resultado final das atividades estaria presente a todo momento e poderia ser diretamente empregado, o que converge com a proposta do Programa.

Dentro desta proposta, o Fluxograma representado a seguir foi elaborado pelos participantes P1, P2, P4, P5, P6, P9, P10, P12 e P16, com o auxílio do pesquisador que tentou interferir somente quando necessário; e teve por objetivo sugerir um protocolo para a gestão do cuidado no atendimento dos usuários portadores de DTM do território da equipe na Atenção Primária.

Optou-se pela utilização de três figuras geométricas às quais são atribuídos significados diferentes, a saber: a Elipse representa a entrada ou saída do usuário no sistema; o Retângulo representa um local ou um procedimento que visa mudar a situação na qual se pretende intervir e o Losango representa uma pergunta para a qual são possíveis somente duas respostas Sim e Não (representadas respectivamente por S e N), portanto uma tomada de decisão. As figuras são ligadas por linhas ou setas que visam explicitar o sentido do fluxo e Balões com textos explicativos podem estar presentes com informações que visam auxiliar a compreensão de algum aspecto do processo.

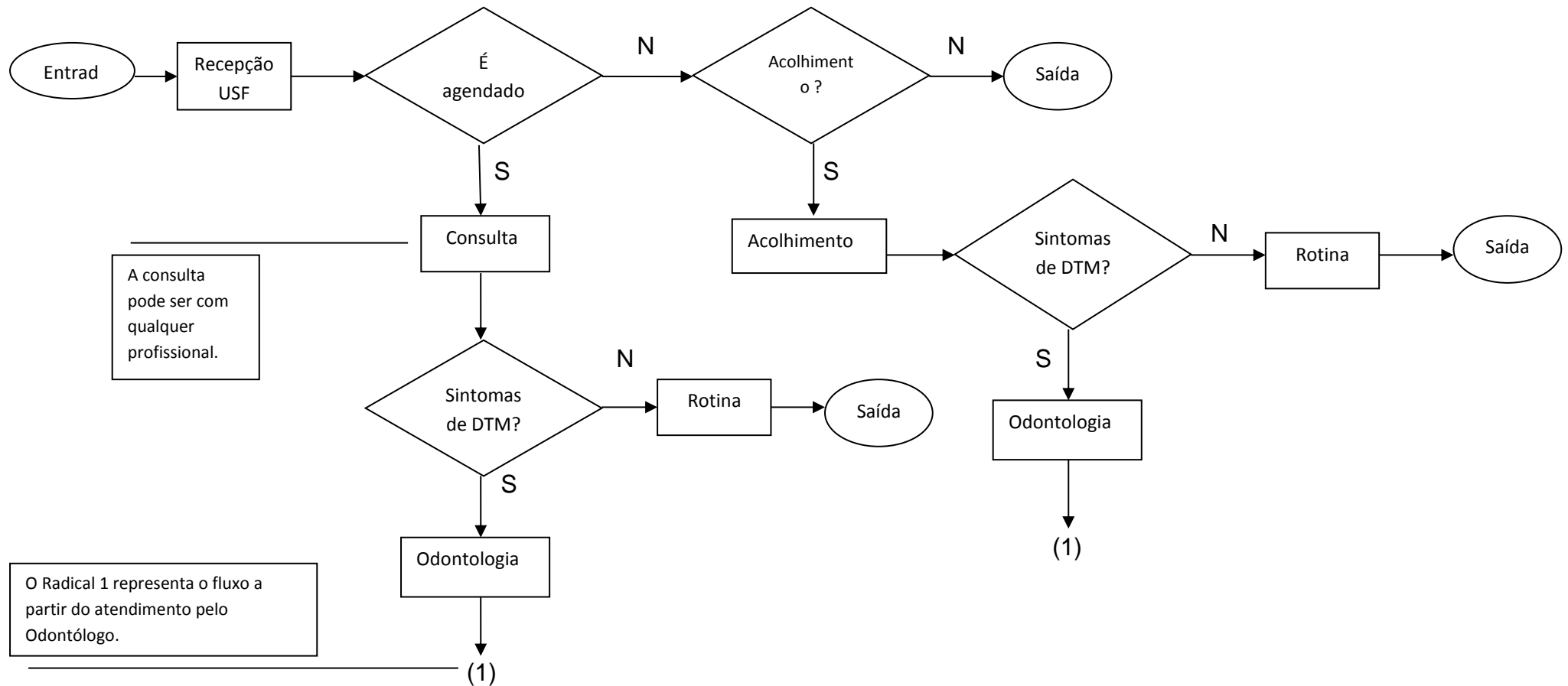
Pactuou-se com os participantes que por uma questão de coerência os usuários fictícios que realizariam os caminhos do fluxograma deveriam apresentar em algum momento sintomas de DTM, para que pudessem ser traçadas estratégias de identificação, de possíveis casos bem como o tratamento e o acompanhamento destes. Também fez parte do pacto que a unidade de saúde seria a porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde.

Onde se vê (1), deve ser entendido que após a análise dos diferentes fluxos, notou-se que um certo padrão se repetia e que esse padrão acontecia após a suspeita de um caso de DTM e o encaminhamento do respectivo usuário para a odontologia, essa padronização aliada à falta de espaço para a elaboração de um fluxograma que permitisse a leitura e bom entendimento de suas ramificações, motivou a criação do itinerário representado pelo Fluxograma 2 como continuidade após a chegada dos usuários à odontologia.

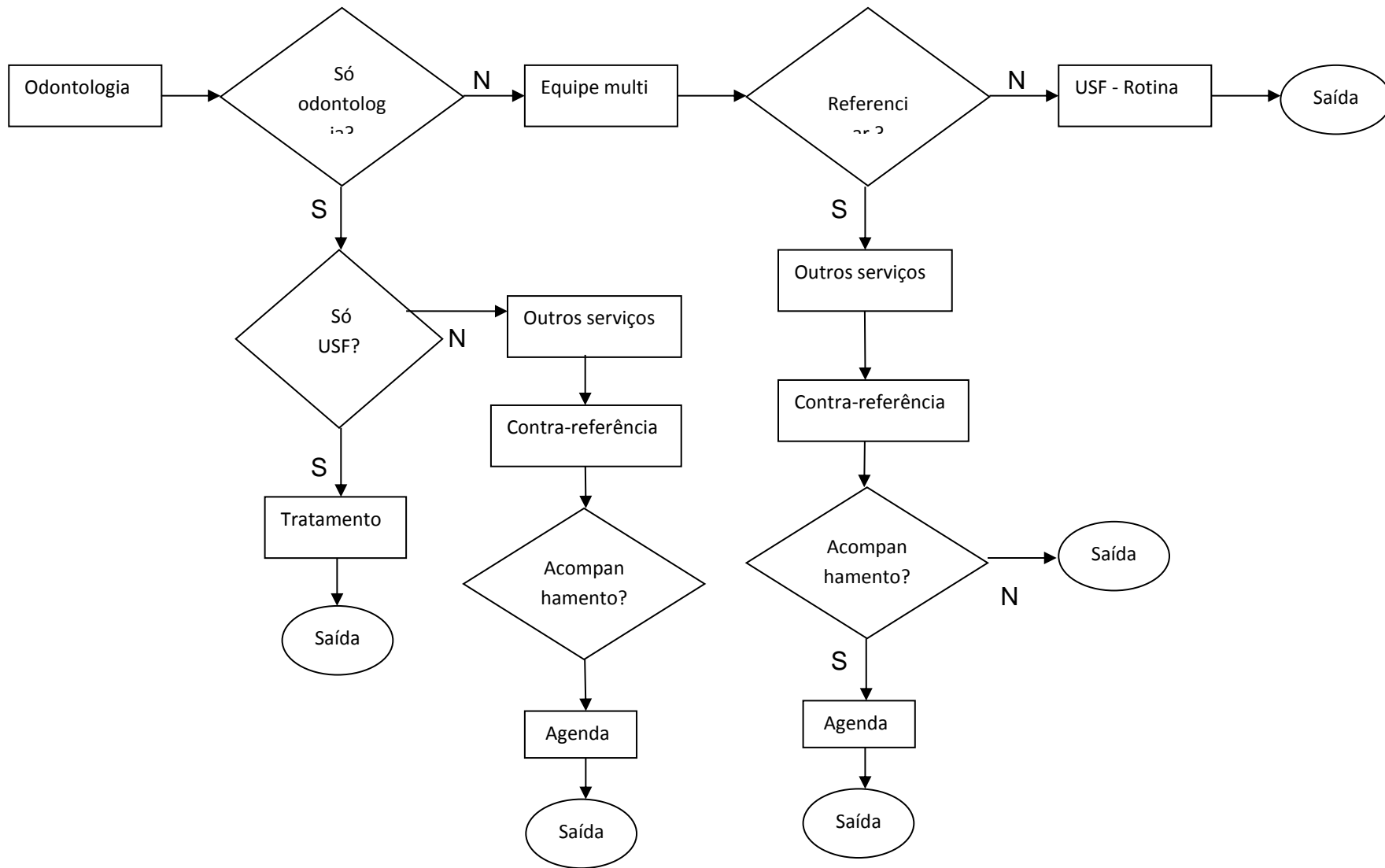
Houve uma discussão a respeito de casos com sintomatologia dolorosa e ficou pactuado que nessa situação ocorreria a disponibilização de vaga para atendimento de urgência e alívio da dor.

Foi comum durante as discussões extrapolar o tema e citar outras situações a título de comparação ou como exemplo geralmente eram casos relacionados com a odontologia. Interessante, embora esperado, foi o apontamento feito com relação à possibilidade de identificação de casos em Visitas Domiciliares. Esperado porque foi objeto bastante frequente nas considerações que os agentes comunitários fizeram em vários momentos de encontros anteriores. O fluxo para estes casos está representado no Fluxograma 3.

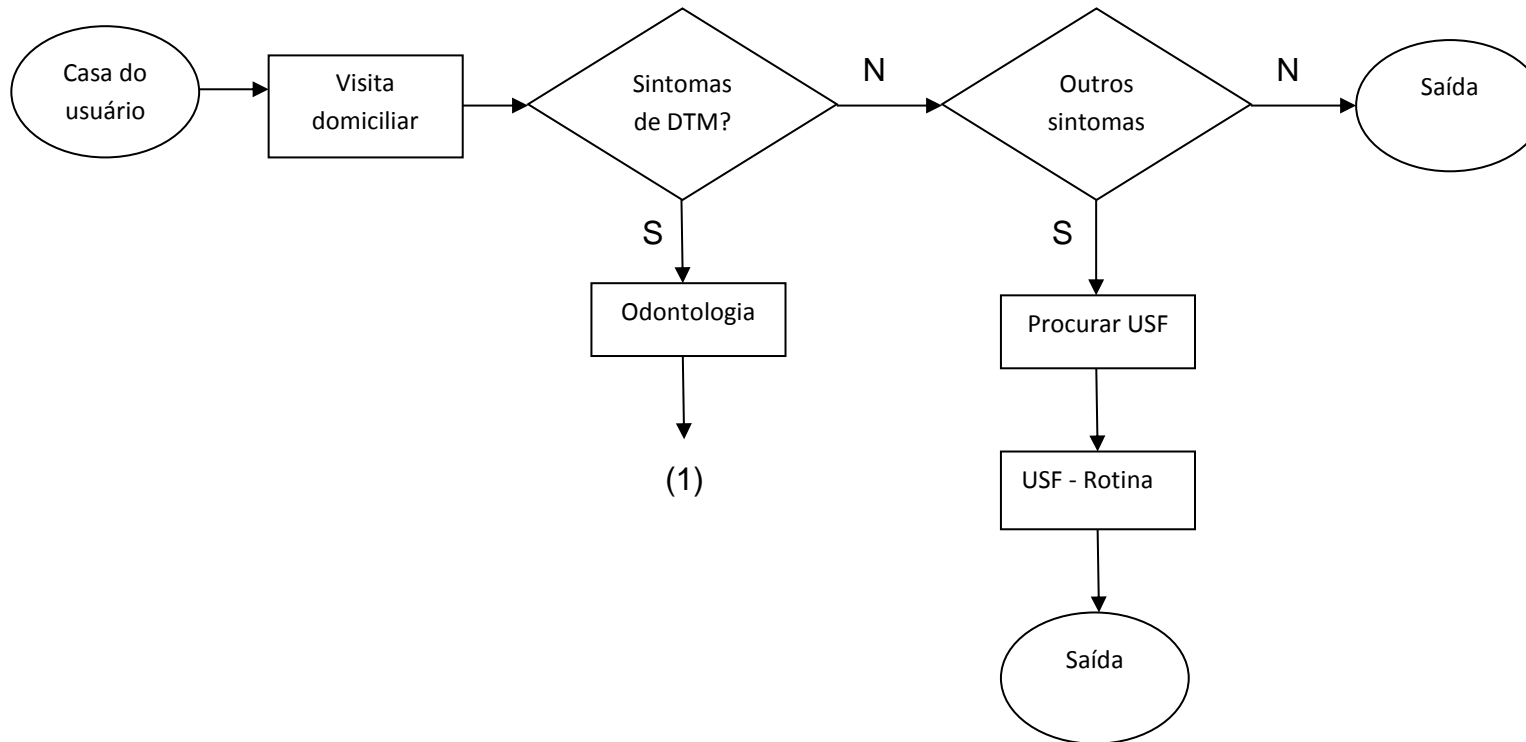
Fluxograma1 – representação do resultado da discussão do coletivo a respeito de como poderia ser o cuidado oferecido aos portadores de DTM do território.



Fluxograma 2 - Fluxo sugerido a partir do atendimento pelo Odontólogo representado por (1) na página anterior.



Fluxograma 3 - Fluxo sugerido a partir de atividades externas à Unidade de Saúde da Família. Foram utilizadas as Vistas Domiciliares – VD, mas poderia acontecer também em momentos como a participação em atividades de grupo.



ENCONTRO 7

Neste último encontro realizou-se uma reflexão de todo o processo e a avaliação da intervenção. O pesquisador solicitou que os participantes avaliassem os aspectos: metodologia, pertinência do tema, importância para o trabalho em saúde e para o cuidado dos possíveis casos que surgissem no território; e sugeriu que refletissem sobre duas questões para elaborarem as avaliações, são elas: “Como eu avalio que a minha participação neste grupo contribuiu para minha prática profissional?” e “Essas mudanças poderão ser positivas para a melhoria do cuidado aos usuários?”

As avaliações com maior conteúdo reflexivo e representativas estão dispostas a seguir, seguidas por uma breve análise:

(...) P6 – achei muito interessante fazer o fluxograma para gente ver vários pontos onde ainda tem conflito (...) nunca tinha refletido assim pra colocar no papel.. Achei muito legal essa metodologia que você usou (...) a gente nunca tinha usado aqui (...) deve ser legal fazer com outros temas também,(...) eu nem sabia o que era DTM né? Acho que deu pra ter uma ideia geral (...) vi que eu também tenho um papel como profissional, como psicólogo (...)

(...)P10 – valeu por acrescentar no meu conhecimento, E eu acho que isso aí extrapola assim que dá pra gente fazer pra outros (temas) (...) acho que isso melhora o cuidado que a gente dá pro usuário(...)

(...)P16 – às vezes o paciente entra na sala do médico e a gente acaba esquecendo da parte do dentista, (...) isso despertou um pouco essa parte da anamnese em mim também. (...) acho que a metodologia ilustrativa é uma das melhores que existe, (...) Não fica só “ah tá com dor de cabeça? Vai lá é sinusite” (...).

(...) P5 – foi bom pra melhorar bastante nos meus acolhimentos e também pra me ajudar a pra onde eu vou encaminhar (...) foi muito bom, acrescentou bastante. (...).

(...) P1 – gosto bastante desse método do fluxograma, porque consegue visualizar bem né o fluxo mesmo de atendimento, os atores né, que colaboram (...) Uma coisa que eu gostaria muito é que você me

passasse os medicamentos, (...) achei um espetáculo, gostei muito da sua metodologia, não só de hoje mas de todos os dias, cada dia de uma foram diferente, acho que a participação de um grupo é importante e faz com que a gente pense e que a gente participe bem e a gente memoriza mais, fixa mais, a gente parece que fica mais preparado (...) isso me ajudou muito e me botou pra pensa em capacitar a equipe sobre outras coisas (...)

(...) Colaboradora – eu acho que a metodologia que você usou, a gente percebeu que você se preparava pra vir, (...) queria pedir depois se você puder passar esse fluxograma pra gente poder usar na nossa equipe, acho que seria muito válido.(...) eu acho que isso que a 16 falou que a gente às vezes não lembra do profissional dentista é muito também culpa nossa sabe, porque a gente acaba falando sempre da cárie (...) A gente não tem muito costume de trabalhar ainda em conjunto e DTM não tem como né? (...)

Observa-se que a metodologia proposta foi adequada, tanto para a realização dos encontros quanto para o compartilhamento e a organização do conhecimento prévio dos participantes (P1, P5, P6, P10, P16). Ainda, pode-se dizer que foi possível identificar as lacunas de conhecimento e fornecer não só o conhecimento estabelecido, mas também indicar fontes nas quais a informação pode ser buscada (P1, P5, P10, P6), de maneira a proporcionar que os participantes passassem a adquirir autonomia para complementarem o conhecimento de acordo com a necessidade percebida no próprio ambiente de trabalho, Brasil (2004), Ceccim (2005), Merhy (2005), Costa (2010).

Algumas falas permitem crer que o projeto terá impacto no trabalho diário e, portanto, na melhora ao cuidado oferecido aos usuários (P5, P6, P10, P16).

É possível observar que o resultado da inserção do profissional de odontologia nas equipes multiprofissionais será positivo na medida que os demais integrantes da equipe melhoram seu entendimento sobre a atuação deste profissional, quebrando a barreira da crença de que “dentista só cuida de

cárie” e reconhecem a importância da Saúde Bucal como parte integrante e indivisível da Saúde Geral (P1, P16 e Colaboradora).

Ao mesmo tempo a integração com os demais colegas, possibilita ao cirurgião-dentista ampliar sua visão sobre o cuidado em saúde de seus pacientes, identificando precocemente fatores de risco e propensão a agravos que talvez só fossem percebidos pelo usuário quando a doença já estivesse instalada ou até em um estágio mais avançado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso em questão para esta pesquisa, foi possível perceber que devido ao fato de tratar-se de um grupo heterogêneo composto por profissionais que possuem afinidade com o tema e outros que nunca haviam tido contato, ou que sequer sabiam da existência das DTM, foi oportuna e importante a metodologia do grupo focal utilizada no primeiro encontro, pois estimulou a curiosidade e o compartilhamento do conhecimento prévio, mas também foi fundamental a técnica da pesquisa-ação para que fosse possível identificar lacunas e levar informação de forma a complementar o conhecimento de todos, além de possibilitar a sistematização dessa informação e a reflexão sobre o tema deixando os participantes à vontade para exporem dificuldades ou necessidades pessoais ou do grupo.

A equipe colaborou sobremaneira para a realização da pesquisa estando os participantes dispostos a discutir, aprender, refletir sobre suas próprias práticas e reconhecer a importância de um tema que no início parecia um tanto distante, mas que gradualmente foi passando a fazer parte do repertório de todos.

Por se tratar de um agravo crônico e de tratamento preferencialmente multiprofissional, a Atenção Primária e em especial a Equipe Saúde da Família deve estar preparada para a identificação, encaminhamento e acompanhamento dos casos presentes em seus territórios.

Embora a rede de atenção à saúde na qual a equipe está inserida apresente opções no tocante a equipamentos e profissionais vale ressaltar que não há profissional especializado contratado para realizar os atendimentos, que são encaminhados para especialidades afins como a cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial em casos de dor e a prótese em casos de confecção de placas e dispositivos oclusais. Apesar de serem importantes para o alívio de sintomas estes atendimentos acabam por ficar aquém da qualidade do cuidado que poderia ser alcançado na presença de um especialista.

Acredita-se que a experiência possa ser repetida ou que pelo menos o Fluxograma Analisador elaborado possa servir de guia para que outras equipes

possam criar ou organizar seus próprios fluxos para o atendimento de seus usuários portadores de DTM.

A estratégia utilizada requer baixo custo e poucos recursos tecnológicos permitindo sua reprodução sem grandes dificuldades.

São necessários mais estudos que tenham por objetivo relacionar DTM e Saúde Pública.

7. REFERÊNCIAS

Assunção AA, Brito J. **Trabalhar na Saúde, experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro – RJ, Editora FIOCRUZ, 2011, 213p

Banco Mundial. **Relatório Anual do Banco Mundial, ano em perspectiva – 2010**. Disponível em http://www.cebem.org/cmsfiles/publicaciones/BancoMundial_RelatorioAnual2010.pdf, Acesso em março de 2013.

Barboza TAV, Fracoli LA, **A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1036-1044, jul-ago, 2005, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/06.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, 24/10/2011

Brasil. Portaria Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União nº 32/2004,(13 fev. De 2004)

Brasil, Ministério da Saúde, Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica nº27, 2009

Brasil VV, Zatta LT, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Zatta DT, Barbosa MA. **Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura**. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2008;10(2):383-394. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a10.htm>

Caldana, Regina Helena Lima; Silva, Ana Maria Bettoni R. da. **As disfunções temporomandibulares sob o enfoque psicológico: da etiologia à terapêutica**. In: Nunes, Luiz de Jesus; Paiva, Guivaldo. Tratamento Multidisciplinar das ATMs. Livraria Santos Editora, 2008. Páginas 125-137.

Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS, **Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial**. Dental Press Journal of Orthodontics, 2010 May-June;15(3):114-20

Carvalho YMC, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. Disponível em: <https://www.ucs.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/CECCIM%20e%20CARVALHO.pdf> Acessado em 02/04/2013.

Ceccim RB, **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 10(04):975-986, 2005

Cestari k, Camparis C, **Fatores psicológicos: sua importância no diagnóstico das desordens temporomandibulares**. Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial - Ano 2 - v.2 - n.5 - jan./mar. 2002

Costa V, Cezar-Vaz MR, Cardoso L, Soares JF. **Educação permanente no Programa Saúde da Família: um estudo qualitativo**. Invest Educ Enferm. 2010; 28(3):336-44

Engel GI, Pesquisa-ação, Educar, Curitiba, n. 16, p. 181-191. 2000. Editora da UFPR

Franco T, Merhy E, **PSF: Contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-Line <http://datasus.gov.br/cns> Belo Horizonte/Campinas, março de 1999.

Franco T, Merhy E, **O uso de ferramentas analisadoras para o planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP** (CampinasSP).

Fricton JR, Dubner R. **Dor orofacial e desordens temporomandibulares. (Orofacial Pain and Temporomandibular Disorders)**. São Paulo – SP, Livraria Santos, 2003, 540p. Tradução Dra. Kátia D. Franco.

Gondim SMG, **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. In Paidéia, Hucitec Editora 2003, 12(24), 149-161

Grittem L, Meier MJ, Zagonel IPS, **Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 765-70.

Hortale VA, Moreira COF, Bodstein RCA, Ramos CL. **Pesquisa em Saúde Coletiva – fronteiras objetivos e métodos**. Rio de Janeiro – RJ, 2010, Editora FIOCRUZ, 238p.

Iervolino SA, Pelicioni MCF, **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

Leeuw, Reny de; Dor Orofacial – **Academia Americana de Dor Orofacial – Guia de Avaliação, diagnóstico e Tratamento**. Quintessence Editora, 4ª edição, 2010.

Lucas HP, **Comunicação Interdisciplinar em saúde: Importância e Desafios**, Forum da enfermagem 2010, disponível em:

http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3569:comunicacao-interdisciplinar-em-saude-importancia-e-desafios&catid=216:julho-a-agosto-2010

Martins RJ, Garcia AR, Garbin CAS, Sundefeld MLMM; **Associação entre classe econômica e estresse na ocorrência da disfunção temporomandibular**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2007, 10(2):215-22.

Mendes EV, **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2297-2305, 2010

Merhy EE, **As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho nos serviços de saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem, porto Alegre (RS), 2004, abr; 25 (1):17-25, disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23537/000439821.pdf?sequence=1>

Merhy EE, **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

Merhy EE et al. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo – SP, Editora Hucitec, 2006

Minayo MCS – Livro: **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. Editora Hucitec, 2008, 11ª edição, 407p.

Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. **Perfil atual e tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro**. Maringá – PR, Dental Press, 2010, 96p.

Nunes, Luiz de Jesus; Paiva, Guiovaldo. **Tratamento Multidisciplinar das ATMs**. Livraria Santos Editora Ltda, 2008. 137p.

Patrício AL, Báez LS, Freire MH, Poll EF, Herrera MF. **Analgesia acupuntural no serviço de urgências**. Revista Cubana de Enfermeria [internet]. 2002 [cited 2005 mai 15]; 18(3):9-165. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v18n3/enf06302.pdf>.

Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD, **Uso do grupo focal em pesquisa qualitativa**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2008 Out-Dez; 17(4): 779-86

Roosli ACBS, Athayde M. Gestão, Trabalho e Psicodinâmica do Reconhecimento no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In Assunção AA, Brito J. **Trabalhar na Saúde, experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro – RJ, Editora FIOCRUZ, 2011, 66-82.

Silva APPS, Vitalino RAB, Martinez M, Chiappetta ALML. **Correlação entre postura corporal e mastigação após a dentição mista**. Rev CEFAC, São Paulo, v.6, n.4, 363-9, out-dez, 2004

The WHOQOL Group, **The development of the World Health Organization quality of the life assessment instrument (the WHOQOL)**. In Orley J. Kuyken W, editors. Quality of life assessment: International perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos
CCBS - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
PPGGC – Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.(a) _____,

o(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Investigação acerca do conhecimento sobre as DTM - Disfunções da Articulação Temporomandibular – apresentado pelos integrantes de uma equipe multiprofissional atuante em uma Equipe Saúde da Família – ESF - no município de São Carlos, interior de São Paulo”, cujo objetivo geral é ampliar o olhar do profissional para que sejam detectados possíveis casos e que esses recebam um cuidado adequado. O(a) Sr.(a) foi escolhido(a) por ser profissional de saúde inserido em uma Equipe Saúde da Família que faz parte da rede pública de saúde do município de São Carlos – SP. Sua participação não é obrigatória e poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento a qualquer momento e por qualquer motivo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador. A partir do seu consentimento sua participação nesta pesquisa será por meio do grupo focal, no qual o senhor poderá contribuir para a elaboração e elucidação de questões que visam esclarecer o tema Disfunções temporomandibulares para todos os integrantes da equipe que aceitarem participar deste estudo, visando melhorar o cuidado oferecido ao usuário do serviço. Importante ressaltar que será feita a gravação de voz (dos participantes) em todos os encontros do grupo e que será garantida a não divulgação desta gravação, uma vez que possibilitaria o reconhecimento dos mesmos, mas sim apenas a transcrição dos diálogos, sem a identificação dos participantes. Os riscos relacionados com a sua participação são mínimos mas caso sinta-se cansado(a), indisposto(a), constrangido(a), pouco confortável durante os debates do grupo, ou perceba qualquer risco não previsto neste termo, está assegurada a interrupção de sua

participação a qualquer momento. Poderá receber esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa a respeito dos procedimentos. As informações sobre sua participação e os dados obtidos por meio desse estudo serão confidenciais e sigilosos e ao serem divulgados não possibilitarão a sua identificação, assegurando total privacidade. Não haverá nenhum tipo de ressarcimento já que não terá gastos financeiros, pois sua participação será voluntária e sem fins econômicos. O(a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Thiago Stedile Minorin

Endereço: Rodovia Washington Luís, Km. 235, Secretaria do PPGGC - Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica

Telefone: (16)8829-0242 e-mail tminorin@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

São Carlos, ___/___/_____.

Sujeito da pesquisa