



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FABIANA SILVA HENRIQUE

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

FORTALEZA

2014

FABIANA SILVA HENRIQUE

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA GESTANTE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Orientador: Prof^a. Dra. Jocileide Sales Campos

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

H448p Henrique, Fabiana Silva.

Percepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre atenção à saúde bucal da gestante. / Fabiana Silva Henrique. – 2014.

68 f.: il. color., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Rede Nordeste de Formação em saúde da Família; Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientação: Profa. Dra. Jocileide Sales Campos.

1. Gestantes. 2. Saúde Bucal. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD 613.0424

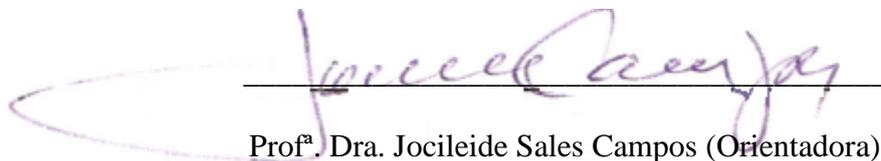
FABIANA SILVA HENRIQUE

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA GESTANTE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

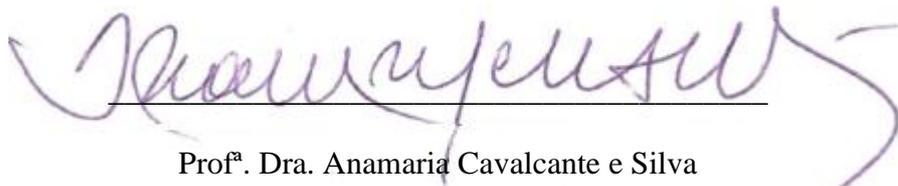
Aprovada em: 28/04/2014.

BANCA EXAMINADORA



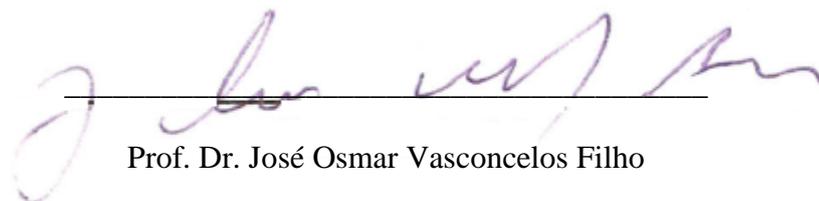
Profª. Dra. Jocileide Sales Campos (Orientadora)

UNICHRISTUS



Profª. Dra. Anamaria Cavalcante e Silva

UNICHRISTUS



Prof. Dr. José Osmar Vasconcelos Filho

Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)

Dedico este trabalho aos meus pais Regina (no plano espiritual) e Antônio, que me presentaram com a maior herança que alguém pode receber: Amor e Educação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida.

Aos meus pais, Regina e Antônio, pelo amor, dedicação e por me fornecerem o alicerce firme e forte de tudo que sou e que construí até hoje.

Aos meus irmãos, Germana e Alexandre, pela amizade, carinho e por estarem sempre presentes aprendendo e crescendo junto comigo.

Ao meu esposo, Francisco Antonio, pelo companheirismo e paciência.

À minha orientadora, Prof^ª Jocileide, por sua enorme contribuição neste trabalho e também por suas palavras sábias, encorajadoras, cheias de ternura, humanidade e compreensão durante o momento mais difícil da minha vida.

Aos colegas da primeira turma de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFC, pela amizade e inesquecíveis momentos de aprendizagem e alegria.

Aos facilitadores, coordenadoras e secretárias do MPSF, nucleadora UFC, por conduzirem de forma exitosa e harmoniosa o nosso processo de aprendizagem durante o curso.

Aos Professores Doutores Léa, Fátima Antero, Anamaria, Osmar e Ana Almeida, por suas contribuições durante a qualificação do projeto e apresentação desta pesquisa.

Aos gestores Liduína, Violene, Emília e Walter Wesley, por não imporem obstáculos à minha participação neste curso de Mestrado, demonstrando a compreensão de que a qualificação do profissional e a pesquisa refletem na melhoria da qualidade do serviço prestado à comunidade.

A todos os profissionais entrevistados, por contribuírem com sua experiência para a construção dos resultados deste estudo.

*“Talvez não tenha conseguido
fazer o melhor, mas lutei para que o melhor
fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas
Graças a Deus, não sou o que era antes”.*

Marthin Luther King

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer as percepções de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família-ESF sobre a atenção à saúde bucal das gestantes, utilizando uma abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada em Unidades Básicas de Saúde da Regional III, no município de Fortaleza-CE, no período de setembro a novembro de 2013, por meio de entrevistas, utilizando roteiro semiestruturado, as quais foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas à luz da análise temática de Minayo. O conteúdo e o significado das falas foram agrupados em núcleos temáticos e, posteriormente, considerando as semelhanças e diferenças, organizados em três categorias: Condutas da equipe da ESF em relação à saúde bucal da gestante; Percepções de profissionais da ESF sobre a saúde bucal da gestante e Estrutura e organização dos serviços. Os resultados mostraram a necessidade da atuação conjunta dos profissionais nas atividades de promoção da saúde bucal de gestantes, tendo sido ressaltada a importância da realização do tratamento odontológico durante o período gestacional, considerando que a saúde bucal da gestante pode impactar em sua saúde geral e do bebê. Enquanto alguns médicos e enfermeiros da ESF realizam instruções de higiene oral e, ou encaminham a gestante para o serviço odontológico, outros só adotam esta conduta diante de alguma queixa ou problema bucal. O autocuidado da gestante em relação à saúde bucal foi considerado deficiente pelos profissionais, devendo ser reforçado durante as consultas e atividades coletivas. Ainda persistem mitos entre as gestantes de que não podem se submeter a tratamento odontológico e que a gravidez causa problemas bucais. A grande demanda, a falta de insumos e equipamentos constantemente danificados foram dificuldades apontadas para início, seguimento e conclusão dos tratamentos e realização de atividades educativas. Conclui-se que na ESF encontram-se condições para a atenção integrada à saúde bucal da gestante devido à presença de equipe multiprofissional e a grande possibilidade de interação entre o dentista e os profissionais que realizam o pré-natal. Contudo, há necessidade de organizar a demanda e investir na capacitação permanente dos profissionais, estrutura física, equipamentos e insumos das unidades.

Palavras-Chave: Gestantes, Saúde Bucal, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This study has investigated the perceptions of physicians, nurses and dentists from the Family Health Strategy – FHS, on attention to the oral health of pregnant women, using a qualitative approach. Data collection was performed at Basic Health Units of Regional III, in the city of Fortaleza, in the period September-November 2013, by using semi-structured interviews, which were taped, transcribed and then analyzed through thematic analysis of Minayo. The content and meaning of the statements were grouped into thematic groups and then considering the similarities and differences, were organized into three categories: The way of working of the FHS team for the oral health of pregnant women; Perceptions of FHS professionals about oral health during pregnancy and the structure and organization of services. The results showed the need for joint work of professionals in activities to promote oral health of pregnant women, having been stressed the importance of performing dental treatment during pregnancy, considering that oral health of pregnant women can affect their overall health and of your baby. While some doctors and nurses FHS perform oral hygiene instructions and either refer the pregnant women to dental services, others simply adopt this approach considering any oral complaints or problems. Pregnant women's self-care in relation to oral health was deemed deficient by professionals and should be reinforced during the consultations and collective activities. Myths still persist among pregnant women who understand that they cannot undergo dental treatment and that pregnancy causes oral problems. The great demand, lack of supplies and equipment damaged were constantly difficulties for beginning, follow-up and completion of the treatments and educational activities. We conclude that the FHS presents the conditions for integrated oral health of pregnant women because the presence of a multidisciplinary team and the great possibility of interaction between the dentist and the professionals who perform prenatal. However, there is need to organize demand and invest in ongoing professional training, physical structure, equipment and inputs of units.

Keywords: Pregnant women, Oral Health, Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Município de Fortaleza dividido em Secretarias Executivas Regionais.....	24
Quadro 1-	Categorias da FDA para Uso de Drogas na gravidez.....	18
Quadro 2-	Verificação do Ponto de Saturação das Entrevistas.....	29
Quadro 3-	Categorias e Núcleos temáticos.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Número de entrevistados por sexo e faixa etária.....	26
Tabela 2-	Distribuição dos cursos de pós-graduação dos entrevistados por tipo e área..	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDA	Food and Drug Administration
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SER III	Secretaria Executiva Regional III
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema Integrado da Atenção Básica
TC	Tratamento Concluído
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	Atenção à saúde bucal durante a gravidez.....	16
2.2	Problemas bucais mais comuns durante o período gestacional.....	20
2.3	Importância da Educação em Saúde no período gestacional.....	22
3	METODOLOGIA.....	24
4	RESULTADOS.....	32
5	DISCUSSÃO.....	48
6	CONCLUSÃO.....	55
	REFERÊNCIAS.....	58
	APÊNDICES.....	63
	ANEXOS.....	66

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um acontecimento fisiológico com alterações orgânicas naturais, mas que impõem aos profissionais de saúde a necessidade de conhecimento para uma abordagem diferenciada (BRASIL, 2006a).

Apesar de não constituir, isoladamente, uma causa direta para problemas bucais, mudanças hormonais inerentes ao período gestacional podem alterar a resposta inflamatória do periodonto diante da presença de placa bacteriana (LINDHE; KARRING; LANG, 2010). Além disso, há evidências da associação entre doença periodontal e o nascimento de crianças com baixo peso (CRUZ *et al*, 2005).

A doença periodontal na gestante também pode ser um fator de risco para parto prematuro. Portanto, a manutenção da higiene oral deve fazer parte do protocolo do pré-natal (MANNEM; CHAVA, 2011).

A gestante ingere alimentos em menores quantidades, porém com maior frequência devido à diminuição da capacidade fisiológica do estômago. Esta mudança de hábito nem sempre é acompanhada pelo aumento concomitante do número de escovações, o que pode aumentar o risco para ocorrência de cárie dentária (RODRIGUES, 2002).

O uso de certos medicamentos, a ocorrência de infecções e de deficiências nutricionais, entre outros fatores, durante a gravidez, podem acarretar problemas na dentição do bebê, visto que os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana e os permanentes por volta do quinto mês de vida intrauterina (BRASIL, 2006a).

Outro aspecto a ser ressaltado é que os estudos de Konish F e Konish R (2002) demonstraram que o desenvolvimento do paladar do bebê tem início em torno da 14ª semana de vida intrauterina. Consequentemente, se a gestante fizer consumo excessivo de açúcar, o bebê pode ter seu paladar direcionado para o doce, porque sua alimentação altera a qualidade do líquido amniótico para mais ou menos doce.

De acordo com Cengiz (2007), avaliação, intervenções adequadas e a educação da paciente sobre os problemas bucais na gravidez podem melhorar os desfechos da gestação. Logo, a equipe que acompanha a gestante deve realizar intervenções clínicas pertinentes com segurança e orientações no sentido de melhorar e proteger sua saúde e a do bebê.

Diante do exposto, é imprescindível a realização do acompanhamento odontológico durante o pré-natal. O Ministério da Saúde tem trabalhado nesse sentido. Um bom exemplo é a inclusão no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em julho de 2011, do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica em gestantes, com o intuito de identificar a proporção de gestantes cadastradas pela equipe que tiveram acesso ao tratamento odontológico (BRASIL, 2011).

A atenção odontológica à gestante deve compreender a realização de avaliação diagnóstica; restaurações e cirurgias quando indicadas, considerando o período da gestação; controle de placa bacteriana; adequação do meio bucal; instrução de higiene oral; aplicação tópica de flúor e atividades educativas preferencialmente nos grupos de gestantes nos quais as informações relacionadas à promoção da saúde bucal podem ser abordadas separadamente ou inseridas em temas mais amplos tais como alimentação saudável, hábitos de higiene, cuidados com o bebê, importância da amamentação, entre outros (BRASIL, 2006a).

Por ocasião da realização desses encontros é importante que as gestantes sejam ouvidas sobre seus problemas, medos e tabus, e que a equipe possa esclarecê-las em relação a essas questões, incentivando-as no desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2006a).

A Estratégia de Saúde da Família-ESF preconiza, dentre outros aspectos, a integralidade da atenção e o trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2001).

No caso da gestante, para assegurar o cumprimento desses princípios, os membros da equipe de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da atenção básica tanto nas atividades educativas em grupo como no acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2006a).

Uma das condutas gerais recomendadas pelo Ministério da Saúde durante a primeira consulta de pré-natal é o encaminhamento da gestante para uma avaliação odontológica individual (BRASIL, 2012).

A prevenção da maioria dos agravos em saúde bucal é perfeitamente possível e pertinente, sobretudo na gestante. A intervenção, quando realizada de forma precoce, poderá acarretar uma menor incidência desses agravos ou manifestações mais brandas dos mesmos.

Em estudo sobre o acesso à assistência odontológica durante o pré-natal, Santos Neto *et al.* (2012, p. 3066) ressaltaram que “a odontologia precisa ser expandida e estar mais integrada aos serviços de saúde pública, fornecendo respostas adequadas às necessidades de saúde e ao sofrimento das gestantes [...]”.

Portanto, é imprescindível uma maior interação da classe odontológica com médicos obstetras e outros profissionais da saúde que acompanham a gestante, a fim de

possibilitar a sua inserção na filosofia da promoção da saúde, alcançando efeitos benéficos inestimáveis para si, seu filho e sua família (FELDENS *et al*, 2005).

Considerando a experiência de doze anos da pesquisadora como cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família, constatou-se, por meio dos relatos das gestantes durante o atendimento odontológico e nas atividades educativas em grupo, uma heterogeneidade nas crenças e atitudes dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados destas pacientes, em relação à manutenção ou recuperação de sua saúde bucal.

Tendo como base as situações vivenciadas e socializadas por mulheres grávidas atendidas em Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF, pela pesquisadora, observava-se que o entendimento de alguns profissionais sobre o tratamento odontológico na gestação, em alguns casos, ocasiona a restrição ou negação de condutas necessárias a essas pacientes, inclusive em casos de urgência odontológica, onde se fazia necessário o alívio da dor e nenhum procedimento era realizado porque a paciente estava gestante. Esta constatação motivou a escolha do objeto de pesquisa desta dissertação.

Este estudo teve, portanto, como propósito investigar as percepções de médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção à saúde bucal da gestante, pois estes trabalhadores estão inseridos num contexto de trabalho em equipe multidisciplinar necessário à atenção à saúde bucal da mulher durante o período gestacional. Como objetivo principal ficou estabelecido: conhecer as percepções destes profissionais no que concerne à assistência, prevenção de agravos e promoção da saúde bucal das gestantes.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Conhecer as percepções de médicos(as), enfermeiros(as) e dentistas da Estratégia Saúde da Família em relação à promoção, manutenção e recuperação da saúde bucal das gestantes.

Objetivos específicos:

- Identificar como ocorre a atenção à saúde bucal da gestante na Estratégia de Saúde da Família;
- Listar os problemas de saúde bucal identificados nas gestantes pelos profissionais e como são solucionados;
- Identificar, de acordo com as percepções dos entrevistados, sugestões para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal da gestante na Estratégia Saúde da Família.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Atenção à saúde bucal durante a gravidez

A gestação produz profundas alterações no organismo da mulher com o objetivo fundamental de adequá-lo às necessidades orgânicas próprias do complexo materno-fetal e do parto (REIS, 1993).

Estas modificações da fisiologia materna se devem inicialmente às ações hormonais provenientes do corpo lúteo e da placenta e, a partir do segundo trimestre, também ao crescimento uterino (REIS, 1993).

Diversas alterações cardiovasculares também ocorrem. O volume sanguíneo aumenta 40%, o débito cardíaco entre 30 e 40% e o volume de eritrócitos em cerca de 15 a 20%. (SURESH; RADFAR, 2004 apud LITTLE *et al*; 2008).

A despeito do aumento do débito cardíaco, a pressão sanguínea cai (em geral para 100/70 mm/Hg ou menos) durante o segundo trimestre e é notado um aumento modesto no último mês de gestação. Um sopro sistólico benigno é uma das complicações mais comuns, desenvolve-se em 90% das mulheres grávidas, mas desaparece logo após o parto (CUNNINGHAM *et al*, 2005 apud LITTLE *et al*, 2008).

Durante o final da gestação, um fenômeno conhecido como síndrome da hipotensão supina pode ocorrer e se manifesta como uma queda abrupta na pressão sanguínea, bradicardia, sudorese, náusea, fraqueza e falta de ar, quando a gestante está em posição supina (TURNER; AZIZ, 2002).

Estes sintomas são causados pelo comprometimento do retorno venoso ao coração que resulta da compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico. A solução para o problema é girar a paciente para o seu lado esquerdo (LITTLE *et al*, 2008).

Baseado nas considerações apresentadas, conclui-se que o posicionamento da gestante na cadeira odontológica é muito importante e deve ser sempre avaliado pelo profissional.

Posição semissentada ou em decúbito lateral são mais adequadas, pois permitem o aumento do débito cardíaco, e, conseqüentemente, o feto recebe uma maior quantidade de oxigênio e evita-se a hipotensão. Deve-se evitar a posição em decúbito dorsal, principalmente no final da gravidez (CARVALHEIRO Jr *et al*, 2002).

A gravidez predispõe a mulher a um maior apetite e, com frequência, desejo por alimentos diversos. Como resultado, a dieta pode estar desbalanceada, rica em açúcares e não nutritiva, podendo afetar de maneira adversa a dentição da mãe e contribuir para um ganho significativo de peso (LITTLE *et al*; 2008).

Os sintomas de náuseas e vômitos são mais intensos no primeiro trimestre e estão ligados ao aumento da gonadotrofina coriônica humana e estrogênio (CUNNINGHAM *et al*; 2005 apud LITTLE *et al*; 2008).

O cuidado odontológico durante este período é extremamente oportuno e o profissional da odontologia apresenta função essencial na equipe de saúde, ao influenciar positivamente na saúde bucal da gestante e conseqüentemente no seu estado geral (MOIMAZ; SALIBA; GARBIN, 2009).

De acordo com Little *et al* (2008), o cirurgião-dentista deveria avaliar a saúde geral da paciente gestante através da realização de uma anamnese completa, conhecer as medicações utilizadas, uso de tabaco, álcool ou drogas ilícitas, histórico de diabetes gestacional, abortos, hipertensão e enjoos matutinos e, se possível, contatar o médico da paciente para discutir sua condição médica, necessidades odontológicas e tratamento proposto.

Em relação ao tratamento odontológico de pacientes grávidas é necessário determinar o trimestre e o estado de saúde da paciente; confirmar se está sendo realizado o pré-natal e, caso não esteja, facilitar o início dos cuidados médicos; realizar terapia periodontal e instruções de higiene oral; educar a paciente discutindo a importância e os benefícios do flúor e de um bom controle de placa; minimizar a exposição radiográfica; minimizar o uso de medicamentos, realizando a seleção das drogas de acordo com o perfil de segurança, o potencial de efeitos, as interações adversas, o risco para a mãe e para o feto; evitar consultas prolongadas na cadeira odontológica e considerar que o momento mais seguro para o tratamento é o segundo trimestre da gestação. (LITTLE *et al*, 2008)

A maior preocupação durante uma terapia medicamentosa em pacientes gestantes é evitar os efeitos teratogênicos, considerando a capacidade que vários fármacos têm de atravessar a membrana placentária por difusão. O período embrionário, entre a quarta e a oitava semana, é considerado o de maior risco para os agentes teratogênicos, visto que se trata do período da organogênese, o qual ocorre durante o primeiro trimestre de gestação (CENGIZ, 2007).

Existem algumas classificações de medicamentos conforme o risco associado ao seu uso durante a gravidez. A classificação mais aceita e utilizada é a desenvolvida pelo *Food and Drug Administration* (FDA-Estados Unidos) e enquadra os medicamentos em cinco categorias, conforme ilustrado no Quadro 1:

Quadro 1: Categorias da FDA para Uso de Drogas na gravidez

Categoria	Descrição
A	Estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas não têm demonstrado um aumento do risco de anomalias fetais.
B	Estudos em animais não revelaram evidências de danos ao feto, entretanto, não há estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. ou Estudos em animais demonstraram um efeito adverso, mas estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas não conseguiram demonstrar risco ao feto.
C	Estudos em animais demonstraram risco e não existem estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. ou Não há estudos com animais nem estudos suficientes e bem controlados com humanos.
D	Estudos adequados e bem controlados ou observacionais em mulheres grávidas tem demonstrado risco para o feto. Entretanto, os benefícios da terapia podem superar o risco potencial.
X	Estudos adequados e bem controlados ou observacionais, em animais ou mulheres grávidas demonstraram evidência positiva de anomalias fetais. O uso do produto é contraindicado em mulheres grávidas ou que podem vir a engravidar.

Fonte: (MEADOWS, 2001).

Diante da necessidade de prescrição de alguma droga para a gestante, é importante conhecer sua classificação pela FDA em relação aos riscos para o feto e/ou as informações contidas na bula do medicamento acerca do seu uso durante a gravidez.

Em relação ao emprego de anestesia local durante o tratamento odontológico de pacientes gestantes, a primeira opção é o uso da solução anestésica de lidocaína a 2% com epinefrina (EBRAHIM, 2014). Não devem ser administrados a benzocaína e a prilocaína, uma

vez que estes fármacos dificultam a circulação placentária e apresentam o risco de provocar metemoglobinemia (AMADEI *et al*; 2011).

Na administração dos anestésicos locais, deve-se adotar como cuidado a injeção lenta da solução com aspiração prévia, para evitar injeção intravascular (CENGIZ; 2007).

A literatura considera o paracetamol a droga analgésica de primeira escolha para as gestantes (ANDRADE, 2006; VASCONCELOS *et al*, 2012; AMADEI *et al*, 2011; EBRAHIM *et al*, 2014).

A aspirina e as drogas anti-inflamatórias não-esteroidais apresentam risco de constrição dos ductos arteriais, assim como risco de hemorragia pós-parto e prolongamento do trabalho de parto. O risco destes efeitos adversos aumenta quando essas drogas são administradas no terceiro trimestre de gravidez, em altas doses ou durante tempo prolongado (LITTLE *et al*, 2008, AMADEI *et al*, 2011, VASCONCELOS *et al*, 2012).

Em relação aos antibióticos, as penicilinas, a eritromicina (exceto na forma de estolato) e as cefalosporinas (primeira e segunda geração) são consideradas seguras para a gestante. O uso de tetraciclina é contraindicado durante a gravidez, pois esse medicamento se liga à hidroxiapatita causando uma coloração acastanhada nos dentes, hipoplasia no esmalte, inibição do crescimento ósseo e outras anormalidades esqueléticas (LITTLE *et al*, 2008).

De acordo com Vasconcelos *et al* (2012) e Ebrahim *et al* (2014) o exame radiográfico, como um exame complementar, pode ser realizado na gestante se tomadas todas as medidas de precaução, levando em consideração que a dose de radiação recebida pelo concepto em uma radiografia dentária é muito inferior aquela que pode causar más formações congênitas.

A segurança da radiografia odontológica é bem estabelecida desde que sejam observadas algumas características, tais como filtração, colimação, utilização de avental de chumbo e uso de técnicas de exposição rápida como imagem digital e filmes de exposição rápida. Apesar dos riscos desprezíveis, as radiografias odontológicas devem ser usadas de maneira seletiva, apenas quando necessárias e apropriadas para auxiliar no diagnóstico e tratamento não somente das gestantes, mas de todos os pacientes. (LITTLE *et al*, 2008).

A fluoroterapia na gestação pode ser realizada de forma tópica apenas para melhoria da saúde bucal da gestante. Já a suplementação de flúor sistêmica não é recomendada, principalmente através de complexos vitamínicos que contêm cálcio, visto que, quando administrados juntos, reagem entre si diminuindo a absorção de ambos. Além disso, o

uso desse tipo de suplemento pela gestante não possui ação comprovada cientificamente sobre a diminuição de cáries no bebê (VASCONCELOS *et al*, 2012).

Há mitos e restrições arraigados sobre atendimento odontológico clínico durante a gravidez, alguns deles alimentados e proferidos por profissionais da área da saúde, relacionados à preocupação com a possibilidade de sequelas à saúde do bebê (CODATO, 2005).

Contudo, espera-se que esses profissionais contribuam com a desmistificação de medos e crenças relacionados à atenção odontológica durante o pré-natal e às alterações dentárias atribuídas ao fato de estar grávida (CODATO, 2011).

Apesar de reconhecerem a importância da saúde bucal materna, muitos dentistas não têm certeza sobre a segurança na realização de procedimentos odontológico durante a gestação e hesitam em realizar tratamento em gestantes (GEORGE *et al*, 2012).

O tratamento odontológico durante a gravidez pode ser adaptado, porém não precisa ser negado, desde que a avaliação do risco para o feto e para a mãe seja feita adequadamente (CENGIZ, 2007).

George *et al* (2012), analisando artigos publicados em língua inglesa, constataram que obstetras e ginecologistas estão bem informados sobre a saúde bucal perinatal e apoiam a realização de procedimentos odontológicos neste período, porém, devido à falta de treinamento nesta área e à grande demanda de outros assuntos, eles raramente se concentram em cuidados com a saúde oral durante o pré-natal.

Na realidade, não há um consenso entre os dentistas e os profissionais que realizam o pré-natal em relação ao tratamento odontológico durante a gestação o que pode gerar um impedimento para que as gestantes procurem este tipo de cuidado (GEORGE *et al*, 2012).

2.2. Problemas bucais mais comuns durante o período gestacional

Os problemas bucais mais comuns durante o período gestacional são a cárie dentária, a erosão do esmalte dentário, a mobilidade dentária, a gengivite e a periodontite. Por isso, toda gestante deve ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso à água fluoretada e às doenças da boca (BRASIL, 2012).

A inflamação gengival iniciada pela presença de placa bacteriana e exacerbada por alterações hormonais no segundo e no terceiro trimestres da gravidez é denominada gengivite da gravidez. (LINDHE; KARRING; LANG, 2010).

Essas mudanças no aspecto gengival das pacientes como hiperemia, edema e sangramento gengival ocorrem pelas variações nos níveis de estrogênio e progesterona, em combinação com mudanças na flora bucal e com a diminuição da resposta imune (SILK *et al*, 2008; MOIMAZ *et al*, 2006).

A mulher grávida precisa ser orientada a respeito das consequências da gravidez sobre os tecidos gengivais e motivada por meio de avaliação do controle de placa, com tratamento profissional conforme a necessidade (LINDHE; KARRING; LANG, 2010).

Doença periodontal, que é uma infecção crônica da gengiva e dos tecidos de sustentação do dente, na gestante tem sido associada a nascimentos prematuros e de crianças com baixo peso, assim como desenvolvimento de pré-eclâmpsia (BOGGESS; EDELSTEIN, 2006).

O aumento da mobilidade dentária tem sido detectado na gravidez, mesmo em mulheres com periodonto saudável (PIRIE, 2007).

Acredita-se que o grau de doença periodontal presente e perturbações nos tecidos de suporte e sustentação dos dentes também contribuem com essa mobilidade, que geralmente se resolve após o fim do período gestacional (HUNTER L; HUNTER B, 1997).

Em relação à cárie dentária, a literatura mostra que o dente não enfraquece enquanto a mulher está grávida e nenhuma perda de cálcio ou outro mineral acontece. Os fatores relacionados com o desenvolvimento da cárie, neste período, são o acúmulo de placa bacteriana, alteração da microbiota bucal, mudanças nos hábitos alimentares e o descuido com a higiene bucal. O aumento de micro-organismos cariogênicos e a regurgitação do suco gástrico durante os vômitos contribuem para queda do pH da saliva, predispondo temporariamente a mulher à cárie. (LAINE, 2002, MILLS; MOSES, 2002).

Pacientes grávidas devem escovar seus dentes, no mínimo, duas vezes ao dia, com creme dental fluoretado e limitar a ingestão de alimentos açucarados, a fim de diminuir o risco de desenvolver cárie (SILK *et al*, 2008).

Outro fator a ser considerado em relação ao controle da doença cárie, na gestante, é que “a flora bucal materna é transmitida para o recém-nascido, e o aumento da flora cariogênica da mãe predispõe a criança ao desenvolvimento de cárie” (BOGGESS; EDELSTEIN, 2006, p.169).

Erosões no esmalte dentário podem ocorrer em pacientes com hiperêmese gravídica. As faces palatinas dos incisivos e caninos superiores são frequentemente as mais afetadas. A mulher comumente pode apresentar sensibilidade dentária. O tratamento é preventivo, com uso regular de enxaguatórios bucais fluoretados. Deve-se diminuir o consumo de frutas e sucos cítricos e de bebidas carbonadas e, quando o fizer, recomendar o uso de canudos para reduzir o tempo de contato dos ácidos com a estrutura dentária (PIRIE, 2007).

A paciente também deve ser orientada a não escovar os dentes imediatamente após a ocorrência de vômito, para não exacerbar a abrasão ao esmalte dentário (HUNTER L.; HUNTER B, 1997). Enxaguar a boca com uma solução composta por uma colher de chá de bicarbonato diluída em um copo de água pode neutralizar o ácido (SILK, 2008).

2.3.Importância da Educação em Saúde no período gestacional

A gravidez torna-se uma etapa favorável para a promoção da saúde, pela possibilidade de estabelecimento, incorporação e mudança de hábitos, pois esse período remete a uma série de dúvidas que podem estimular a gestante a buscar informações e, com isso, adquirir novas e melhores práticas de saúde (CODATO, 2011).

A partir do trabalho de educação em saúde desenvolvido pelos profissionais durante o pré-natal, a mulher poderá atuar como agente multiplicador de informações preventivas e de promoção da saúde bucal, se bem informada e conscientizada do seu papel na aquisição e manutenção de hábitos positivos no meio familiar. (REIS *et al*, 2010).

Nesse sentido, o profissional de saúde, dependendo do grau de informação e da capacidade de transmiti-la, pode estimular ou não o autocuidado do binômio mãe-filho (CODATO, 2011).

Cengiz, (2007) concluiu que médicos e higienistas orais podem assumir um papel vital na manutenção da saúde bucal durante a gestação através do aconselhamento no pré-natal.

Nos grupos operativos é importante que as gestantes sejam ouvidas sobre seus problemas bucais e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene, estimulando o autocuidado e hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2006a).

Para tanto, a formação do cirurgião-dentista deve ser repensada e reestruturada, enfatizando-se a educação problematizadora, centrada nas necessidades sentidas e na troca de saberes entre profissionais e comunidade (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, também é competência do cirurgião-dentista desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e seus familiares, orientando sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação, de hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal, assim como orientar as gestantes e sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação a sua saúde bucal (BRASIL, 2012).

O dentista também deve realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência e realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, assim como acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o bebê, enfatizando o papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança (BRASIL, 2012).

Mulheres grávidas, conscientes dos benefícios da saúde bucal para sua saúde geral e de seu bebê, podem ser mais receptivas para manutenção de uma higiene oral adequada e ao tratamento odontológico (LACHAT *et al*, 2011).

Portanto, conclui-se que a educação em saúde deve fazer parte do cuidado odontológico às gestantes, para desmistificar crenças populares e possibilitar a inserção de novos hábitos, que culminarão na promoção da saúde bucal da mulher e de seus filhos. (VASCONCELOS *et al*, 2012).

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Por se tratar de um estudo de percepções, optou-se por este desenho metodológico porque, de acordo com Minayo (2008, p.57):

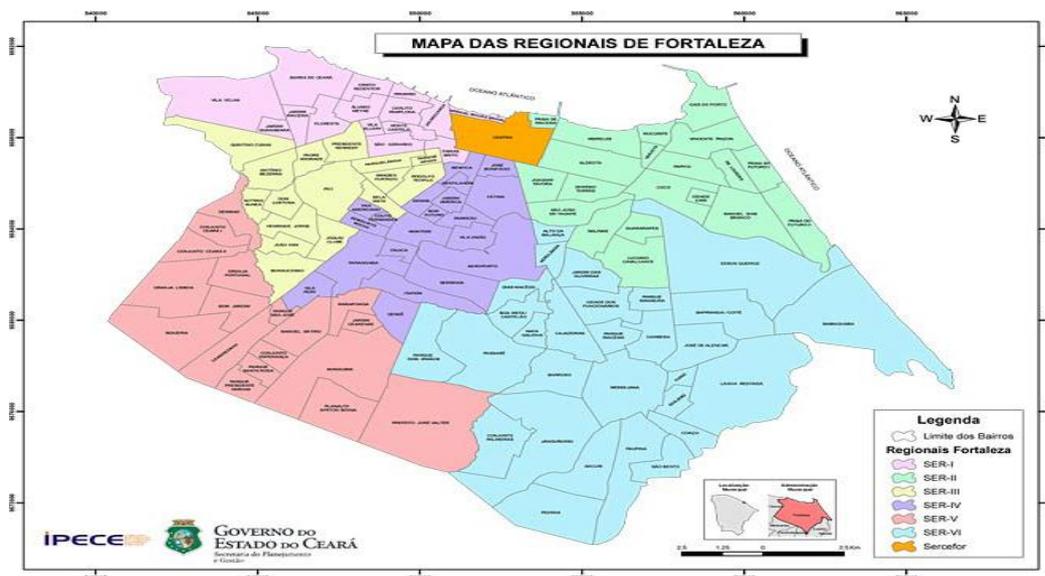
O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

3.2. Local e Período do estudo

O estudo foi realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF localizadas na Secretaria Executiva Regional III-SER III, no município de Fortaleza-CE, durante o período de setembro a novembro de 2013. O território foi escolhido por conveniência da pesquisadora, que pertence ao quadro de servidores municipais que atuam na SER III o que facilitou o acesso aos sujeitos da pesquisa.

Conforme pode ser verificado na Figura 1, o território do município de Fortaleza é dividido em sete Secretarias Executivas Regionais denominadas I, II, III, IV, V, VI e Regional do Centro:

Figura1: Município de Fortaleza dividido em Secretarias Executivas Regionais.



Fonte: IPECE

No intervalo de tempo em que foi realizada esta pesquisa, a SER III possuía 16 Unidades Básicas de Saúde da Família, nas quais atuavam 64 equipes de saúde bucal e 68 equipes de saúde da família.

As cinco UBSF onde se realizou a coleta dos dados foram definidas por sorteio. Este número representou 1/3 do total de UBSF da SER III, uma vez que foi excluída a UBSF na qual trabalha a pesquisadora.

Optou-se em não revelar quais as UBSF participaram do estudo, para preservar a identidade dos entrevistados.

3.3.Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros, médicos e dentistas que atuavam na Estratégia Saúde da Família. A escolha dessas três categorias, dentre os demais profissionais da ESF, justificou-se pelo fato dos médicos e enfermeiros realizarem a assistência sistemática à gestante através das consultas de pré-natal e dos dentistas realizarem a atenção à saúde bucal da população adstrita, incluindo o grupo das mulheres no período gestacional.

Nas UBSF sorteadas, foi selecionado um profissional de cada categoria e, sempre que possível, de diferentes equipes, no intuito de contemplar uma maior diversidade de experiências.

Os critérios de escolha dos dentistas, pela pesquisadora, foram o maior tempo de experiência na ESF de Fortaleza e a disponibilidade em participar da pesquisa. Esses profissionais funcionaram como informantes-chaves para apontar, dentro da mesma UBSF de trabalho, um colega médico e um enfermeiro que, levando em consideração o objeto do estudo, pudessem contribuir com a temática abordada.

Foi considerado como critério de exclusão ao sorteio das UBSF, apenas aquela na qual trabalha a pesquisadora. Como critério de inclusão, participaram do sorteio todas as demais UBSF da SER III que possuíssem pelo menos um médico, um enfermeiro e um dentista da ESF.

Em relação aos critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa, nas cinco UBSF sorteadas, foram considerados aptos todos os médicos, enfermeiros e dentistas da ESF que atuassem nestas unidades e que concordassem em contribuir com a pesquisa, ao serem indagados sobre a possibilidade de participar do estudo. Foi considerado um critério de

exclusão a decisão daqueles profissionais que, ao serem abordados, optaram em não participar da pesquisa.

Em cada uma das cinco UBSF sorteadas, foram entrevistados um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a) e um(a) dentista, totalizando 15 profissionais da ESF. Este número corresponde ao quantitativo inicial proposto no projeto de pesquisa deste estudo. De acordo com o projeto, só haveria necessidade de prosseguir com o sorteio de mais UBSF, com posterior escolha de mais profissionais, caso o ponto de saturação das entrevistas não fosse atingido.

O perfil dos sujeitos da pesquisa foi construído através da consolidação dos dados sobre sexo, idade, faixa etária, formação acadêmica, tempo de exercício profissional, tempo de atuação na ESF e composição da equipe de Saúde da Família – SF. Essas informações foram coletadas por meio de um questionário (Apêndice B), preenchido por cada profissional antes da realização das entrevistas.

A distribuição do número de participantes do estudo por sexo e faixa etária foi representada na Tabela1:

Tabela1: Número de entrevistados por sexo e faixa etária. Fortaleza, 2014.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
26-30 anos	00	01	01
31-35 anos	02	04	06
36-40 anos	00	05	05
> 40 anos	01	02	03
Total	03	12	15

A Tabela 2 retrata a formação acadêmica dos entrevistados considerando o tipo (Especialização, Residência, Mestrado e Doutorado) e a área. O número de pós-graduações em Saúde da Família, Saúde Pública e Medicina de Família e Comunidade foram contabilizados na Área de Saúde Coletiva e as demais, tais como Enfermagem, Odontologia, Pediatria, Obstetrícia correspondem ao item “Outros”:

Tabela 2: Distribuição dos cursos de pós-graduação dos entrevistados por tipo e área. Fortaleza, 2014.

Formação acadêmica	Saúde coletiva	Outros	Total
Especialização	11	07	18
Residência	04	03	07
Mestrado	01	03	04
Doutorado	00	02	02
Total	16	15	31

Alguns profissionais haviam concluído mais de um tipo de pós-graduação, como, por exemplo, duas especializações ou uma especialização e um mestrado. Doze, dentre os quinze entrevistados, possuíam pelo menos uma pós-graduação na área de Saúde Coletiva.

Doze entrevistados pertenciam a equipes de SF completas com médico, enfermeiro e dentista. As equipes de três entrevistados estavam incompletas: em duas delas faltava dentista; na outra, não havia médico.

As médias de tempo de exercício profissional e de tempo de atuação na ESF foram de 12,9 e 10,6 anos, respectivamente.

Considerando a totalidade dos sujeitos da pesquisa, o relato de menor tempo de atuação na ESF foi de cinco anos e o maior, dezenove. Dois terços dos entrevistados mencionaram ter entre sete e quinze anos de experiência na ESF.

3.4. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada exclusivamente pela pesquisadora responsável pelo estudo, por meio de entrevistas individuais, com aplicação do roteiro semiestruturado detalhado no Apêndice A, o qual foi organizado em torno de perguntas norteadoras com o objetivo de estimular as narrativas dos participantes em relação aos objetivos da pesquisa.

A escolha da entrevista como técnica deveu-se à necessidade de obter dados que se referissem diretamente à observação do indivíduo entrevistado. De acordo com Minayo (2008, p.262), a entrevista pode fornecer “informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e a que os cientistas sociais costumam denominar subjetivos e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa”.

As falas foram registradas por meio de gravação em celular e mp4, com a autorização de cada entrevistado, confirmada pela assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C).

As entrevistas foram realizadas na seguinte ordem: as cinco primeiras correspondem a um dentista de cada uma das cinco UBSF sorteadas. A partir da sexta entrevista foram entrevistados um médico e um enfermeiro, indicados pelo colega dentista da mesma UBSF, levando em consideração o objeto do estudo.

O ponto de saturação da amostra foi identificado na entrevista de número cinco. Contudo, considerando que neste momento da coleta dos dados tinham sido realizadas apenas as entrevistas dos cinco dentistas, optou-se em seguir a proposta inicial do projeto desta pesquisa, que era realizar cinco entrevistas com cada categoria profissional.

Essa decisão baseou-se também na necessidade de prevenir uma possível ocorrência de viés, dado que os primeiros entrevistados pertenciam a uma só categoria profissional.

De acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008, p.225-226):

O ponto de saturação da amostra depende indiretamente do referencial teórico usado pelo pesquisador e do recorte do objeto e diretamente dos objetivos definidos para a pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado (dependente do referencial teórico) e da homogeneidade da população estudada.

No método proposto por Fontanella *et al* (2011), a saturação é verificada quando não se acrescentam novos tipos de enunciados ou temas em cada uma das categorias, à medida que mais entrevistas são realizadas.

Essa foi a proposta adotada pela pesquisadora, neste estudo, para verificação do ponto de saturação das entrevistas.

No Quadro 2, as entrevistas estão dispostas na ordem cronológica em que foram realizadas seguindo a numeração de 1 (primeira) até 15 (última). A categoria profissional está representada pelas letras D: dentista, E: enfermeiro e M: médico.

Quadro 2: Verificação do Ponto de Saturação das Entrevistas.

Entrevistas		Núcleos temáticos											Total de novos temas para cada entrevista
Ordem	Categoria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1	D	N	N	N		N			N	N	N		07
2	D	R	R			R	N	N		R		N	03
3	D		R	R		R	R			R	R		0
4	D	R	R	R			R	R		R	R	R	0
5	D	R	R	R	N			R	R				01
6	E	R		R	R			R				R	0
7	M	R		R	R			R	R			R	0
8	E	R		R	R	R		R	R		R		0
9	M	R		R	R			R				R	0
10	M			R	R					R			0
11	E	R	R		R		R	R				R	0
12	M					R		R	R				0
13	E	R			R		R		R			R	0
14	E	R	R	R	R			R			R	R	0
15	M		R		R				R	R		R	0
Total de Repetições de Tema		11	08	10	10	05	05	10	07	06	05	09	

Fonte: Elaborado pela autora tendo como base Fontanella *et al.*, (2011)

Legenda: N: Novo tema; R: Recorrência de tema

3.5. Análise e interpretação dos dados

O conteúdo das entrevistas foi transcrito pela própria pesquisadora e o material obtido foi analisado à luz da análise temática proposta por Minayo (2008).

Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas diversas e exaustivas leituras no material, o qual estava organizado de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas.

Em seguida, foram destacadas as falas de maior impacto e significado, considerando os objetivos do estudo. As partes semelhantes foram classificadas em “unidades de sentido” ou núcleos temáticos os quais foram, posteriormente, agrupadas em categorias.

O cientista cria sistemas de categorias buscando encontrar unidade na diversidade e produzir explicações e generalizações. Estas categorias são conceitos classificatórios e constituem-se como termos carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada (MINAYO, 2008).

Os núcleos temáticos encontrados, assim como a forma em que foram agrupados em categorias, estão apresentados no Quadro 3:

Quadro 3: Categorias e Núcleos temáticos

CATEGORIAS	NÚCLEOS TEMÁTICOS
1. Condutas da equipe da ESF em relação à saúde bucal da gestante	1. Interdisciplinaridade na ESF
	2. Promoção da saúde bucal da gestante
	3. Atendimento odontológico à gestante
	4. Condutas de médicos e enfermeiros em relação à saúde bucal da gestante
2. Percepções dos profissionais da ESF sobre a saúde bucal da gestante	5. Relação entre a saúde bucal da gestante e a saúde do bebê e da família
	6. Mitos em relação à saúde bucal durante a gestação
	7. Alterações bucais identificadas pelos profissionais
	8. Autocuidado da gestante em relação à saúde bucal
3. Estrutura e organização dos serviços	9. Supervalorização do atendimento clínico
	10. Organização do atendimento à demanda
	11. Estrutura e insumos

3.6. Aspectos Éticos

Este estudo, desde seu projeto, seguiu as normas vigentes publicadas pelo Conselho Nacional de Saúde sobre a realização de pesquisas com seres humanos: Resolução 196/96 e, posteriormente, a Resolução 466/12, que substituiu a anterior, partir de sua publicação no Diário oficial da União, em 13 de junho de 2013.

O projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - UFC e aprovado de acordo com parecer número 401.101, cuja data de relatoria foi no dia 19 de setembro de 2013 (Anexos 1 e 2).

Foi solicitada ao responsável pelo Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza, considerada instituição coparticipante da pesquisa, a assinatura de um termo de anuência autorizando a realização das entrevistas nas unidades básicas de saúde selecionadas. O referido termo foi concedido no dia 19 de julho de 2013, conforme processo de número 2106133326930/2013 (Anexo3).

Durante a abordagem ao sujeito entrevistado, foram realizados os esclarecimentos sobre a pesquisa tais como finalidade, objetivos, método de coleta de dados (entrevistas gravadas), garantia de confidencialidade da identidade dos sujeitos entrevistados, caráter não remunerativo e voluntário da participação, dentre outras informações solicitadas. As entrevistas foram realizadas após autorização dos participantes, oficializada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cujo modelo consta no Apêndice C.

4. RESULTADOS

O conteúdo e o significado das falas dos entrevistados foram agrupados, inicialmente, em núcleos temáticos. Em seguida, considerando as semelhanças e diferenças, foram organizados em três categorias: Condutas da equipe da ESF em relação à saúde bucal da gestante; Percepções de profissionais da ESF sobre a saúde bucal da gestante e Estrutura e organização dos serviços.

4.1. Condutas da equipe da ESF em relação à saúde bucal da gestante

Esta categoria concentra as reflexões dos participantes da pesquisa sobre a interação entre os membros da equipe de SF e as condutas dos profissionais nas atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde bucal das gestantes. Suas percepções apontaram a necessidade da atuação conjunta dos profissionais da ESF nessas atividades, conforme foi demonstrado no conteúdo das falas que seguem:

“... tem que ter mais espaço, mais tempo, mais autonomia, pra equipe estar junta, tanto na clínica, como na promoção de saúde, que aí sim a equipe vai poder valorizar cada grupo, inclusive a gestante” D1

“... a porta de entrada delas ao serviço é através da consulta pré-natal, então eu acho que a gente poderia estar entrando aí de uma forma geral, o município deveria deixar isso como prioridade, dentista estar participando ativamente da consulta. Isso está como ideal, mas eu acho que na prática isso não se realiza na grande maioria das equipes” D4

“... tem que ser um trabalho conjunto, mais específico. Eu acho que os dentistas podem ser muito mais enfáticos durante esse momento, estar participando mais da consulta pré-natal (...) compatibilizar a agenda de consulta pré-natal, com a agenda do médico e da enfermeira, para que naqueles turnos ele possa estar disponível para atuar na consulta da gestante.” E2

Foram identificadas nos relatos dos entrevistados, experiências de atendimentos às gestantes realizados por dentistas, médicos e enfermeiros, simultaneamente. Porém, considerando que o tempo verbal utilizado correspondeu ao passado, concluiu-se que os exemplos não correspondiam ao momento em que as entrevistas foram realizadas, demonstrando que estas atividades ocorreram em épocas anteriores à realização desta pesquisa e não tiveram continuidade. As falas a seguir corroboram com essa constatação.

“... a gente tinha grupo de gestantes e fazia também o pré-natal junto. A gente fazia na mesma sala, na mesma hora.” D2

“... ela já fazia o exame na hora, aquele exame inicial, se ela visse que tinha algum problema ela já encaminhava para a clínica e já dava todas as orientações na hora do pré-natal. Então as gestantes se sentiam muito satisfeitas, porque além de ter o atendimento com a enfermeira e com o médico, tinha ainda com a dentista, de orientação.” E1

“A princípio, a gente tinha um atendimento do pré-natal conjunto, no mesmo consultório, eu a enfermeira e a dentista e nessa consulta cada um fazia a sua parte, (...). Isso durou acho que dois anos. Eu saí para a residência e quando eu voltei não tinha mais esse modelo” M1

Na percepção de alguns entrevistados, em algumas equipes da ESF há uma boa interação e excelente diálogo entre os profissionais, facilitando, inclusive, a troca de informações sobre a gestante e seu encaminhamento para o tratamento odontológico, conforme foi verificado nas próximas falas:

“... a questão da interação dos membros da equipe, eu acho muito forte aqui no Posto. Os agentes de saúde estão sempre encaminhando alguma gestante que eles encontram com problema bucal, a enfermeira está sempre encaminhando as gestantes que ela avalia, embora eu não esteja lá com ela no pré-natal...” D4.

“... se tiverem alguma dúvida em alguma medicação que a paciente está tomando, se a paciente tem algum problema de saúde, a gente conversa internamente mesmo.” M2

“A gente trabalha em parceria médico, enfermeiro e dentista. Durante as consultas de enfermagem a gente sempre orienta: - Você já foi ao dentista? Quando foi a última vez que você foi? Procure o dentista da sua área, da sua equipe pra você marcar uma consulta.” E4

Entretanto, na visão de alguns dos sujeitos da pesquisa, há aspectos a serem aperfeiçoados em relação ao atendimento interdisciplinar da gestante em algumas equipes da ESF. De acordo com as falas a seguir, os entrevistados apontaram o individualismo e o isolamento de alguns profissionais como algo a ser evitado no intuito de aprimorar a comunicação entre os membros da equipe:

“... a saúde bucal ainda se isola de tudo que não faz parte do atendimento clínico. Tem que ampliar mais a visão de saber onde a gestante está inserida, (...), mas eu acho que a aproximação com o médico e o enfermeiro em reuniões como a que faz o SIAB já é um passo que saúde bucal pode dar pra sair dos limites do consultório.” D5

“... alguns profissionais não veem essa coisa integrada. O médico atende a parte dele, o enfermeiro atende a parte dele e o dentista atende a parte dele. Eu acho que a primeira coisa é essa integração. É eu ter a liberdade de repassar pra enfermeiro, repassar para o dentista, alguma coisa que está acontecendo. Primeiro essa interdisciplinaridade que eu acho que às vezes é falha.” M2

“... os colegas relatam que não têm essa interação com a enfermeira ou com a médica deles. Que elas não são abertas a este atendimento de estarem os dois na mesma sala, não são nem muito abertas pra fazer promoção de saúde, pra formar um grupo, então o que tem que ser evitado é esse individualismo, de cada um na sua salinha fechada...” D1

Em relação às atividades de promoção da saúde, os profissionais mencionaram, em suas entrevistas, a formação de grupos e cursos para gestantes, onde eram realizadas atividades educativas, abordando diversos temas, entre os quais a saúde bucal. Nessas ações, havia a participação do dentista e de outros profissionais como enfermeiros, médicos, nutricionistas, agentes comunitários de Saúde - ACS e profissionais do Núcleo de Apoio à

Saúde da Família – NASF. Alguns trechos dos discursos dos entrevistados que retratam estas experiências foram listados a seguir:

“Quando tem o grupo de gestantes, que nem sempre é tão fácil, eles também participam, tem a parte da saúde bucal. E em todas as outras áreas que a gente tem no grupo os dentistas estão inseridos.” E3

“... a gente tinha um grupo de gestantes já há muito tempo (...) todo mês, uma vez por mês a reunião na igreja, elas iam. Aí sempre era um tema diferente, com dinâmica, inclusive as meninas do NASF participavam...” D1

“... convocamos algumas gestantes do nosso território através da contribuição do agente de saúde (...) a gente sempre chamava, cada dia do curso, um profissional diferente pra acompanhar em vários temas. Tinha o dia da nutricionista, o dia do médico... E a gente foi fazendo varias temáticas, de acordo com demanda que elas mesmas iam colocando de dúvidas.”D4

Na fala de alguns profissionais foi identificada a falta de assiduidade das gestantes como dificuldade para a continuidade dos grupos:

“Durante o grupo de gestantes, sempre ia a enfermeira responsável, uma dentista e as ACS das gestantes, até pra garantir que elas fossem, que também isso era muito difícil, conseguir que as gestantes fossem pro grupo. Eu acho que a maior dificuldade era essa.” D2

“... elas são pouco assíduas, se é de manhã tem que fazer almoço ou cuidar de filho, se é à tarde o sol tá muito quente, então não é fácil trabalhar com grupos de gestantes.

A gente até tenta, faz, mas não é aquele grupo que é sempre contínuo.” E3

Além dos grupos formados pelos profissionais, alguns entrevistados mencionaram a realização de atividades educativas sobre saúde bucal em grupos de gestantes já existentes na comunidade e também no momento da sala de espera da consulta de pré-natal. Essas estratégias foram identificadas, analisando o conteúdo destas falas:

“... grupos que já existem em instituições formalizadas como o CRAS, grupos de apoio à gestante, onde a equipe de saúde bucal muitas vezes é procurada para fazer uma atividade. Em alguns momentos espontaneamente, mas, na maioria das vezes como demanda dos grupos, mas ainda de forma muito incipiente.” D5

“Nós realizamos um trabalho na sala de espera, no dia da consulta do pré-natal da enfermeira. As gestantes estão do lado de fora do consultório, e a gente tenta tirar as dúvidas sobre o período que elas estão passando com relação à saúde bucal e dá as orientações sobre higiene bucal” D3

Na percepção dos profissionais, é muito importante a realização do tratamento odontológico durante o período gestacional para evitar complicações na gravidez, conforme pode ser compreendido nas falas a seguir:

“... tem algumas doenças como a gengivite, que são mais prevalentes durante o período gestacional e que a gente sabe que está relacionado com o parto antes do tempo, o parto prematuro, então por isso é que é importante esse acompanhamento. E tem algumas doenças sistêmicas também que se manifestam na boca e que vai ser detectada durante a gravidez por conta que a imunidade baixa e aí a doença aparece com mais facilidade, então por isso que é importante.” M2

“Logo no início da gravidez seria interessante a gente já casar esse atendimento para elas terem uma avaliação, para que elas tenham saúde durante a gestação delas. Porque saúde é um todo, tem que ter a parte bucal para elas se sentirem bem também. E aqui a gente tem muitas gestantes com problemas odontológicos.” E5

“É muito importante, porque uma infecção na boca não tratada pode ter risco de aborto, uma cardiopatia na mãe, então é de fundamental importância, é tão importante quanto à realização do pré-natal. Pode ter chance de parto prematuro.” E1

Analisando o conteúdo das entrevistas dos dentistas, verificou-se que, na percepção destes profissionais, a condução do tratamento odontológico depende da fase em que se encontra a gestação, sendo o segundo trimestre o período ideal para realização do

atendimento clínico. Contudo, o risco e o benefício da realização desse tratamento também devem ser considerados, segundo as falas abaixo relacionadas:

“... o período ideal para o tratamento odontológico é o segundo trimestre, mas isso não impede que se realizem alguns procedimentos no primeiro e no último trimestre. Tudo vai depender, na minha opinião, de contrabalançar o risco e o benefício.” D4

“Eu recomendo que os procedimentos mais invasivos, como as extrações, cáries maiores, a gente de preferência fazer no quarto, quinto ou sexto mês e as coisas mais simples, uma limpeza que não seja com muito sangue, mais simples, poderia ser feito no primeiro trimestre, ou cáries menores.” D3

“No geral, eu acredito que é um atendimento que é tranquilo de se conduzir, logicamente observando, por exemplo, nos estágios mais avançados de gravidez, a postura na cadeira por questão do retorno venoso e a circulação, o tempo de atendimento, o horário de atendimento, por conta de todas as particularidades que é a gravidez. Mas, no geral, eu acredito que seja um atendimento normal, um atendimento onde você se cercando do conhecimento científico e tratando como prioridade, é tranquilo de se conduzir.” D5

Outro aspecto abordado nas entrevistas é a preocupação dos dentistas em realizar, além do atendimento clínico, a orientação da gestante com o objetivo de reforçar o autocuidado com sua saúde bucal:

“... eu primeiramente oriento a prevenção, a higiene correta dos dentes e da boca e a partir dessa orientação de prevenção aí sim eu vou partir para a questão do tratamento.” D4

“Eu procuro resolver, trazer a resposta para esse problema, fazer a intervenção, mas, sempre reforçar a questão da educação em saúde tanto pela questão do autocuidado dela como já preparando para o cuidado em relação ao bebê...” D5

“... só tem atendimento se levar a escova, passar pelo escovódromo e ter a orientação (...) A gente tá sempre conversando, esclarecendo sobre a cárie, a doença periodontal e fazendo o tratamento até ter o TC, até terminar tudo.” D1

Foi verificado nas falas de alguns entrevistados que, durante a consulta, alguns médicos e enfermeiros da ESF orientam, rotineiramente, a gestante a procurar o dentista, para que seja realizada uma avaliação em sua condição de saúde bucal.

“... é um dos procedimentos iniciais o encaminhamento para o dentista para aquela avaliação de rotina, mesmo que ela não tenha nenhuma queixa, mesmo que ela não esteja naquele dia referindo nada, mas a gente já encaminha como uma avaliação que faz parte da rotina.” M2

“... durante a primeira consulta eu já faço uma orientação: - É interessante, como você procura a consulta mensal do médico, do enfermeiro, procure também a consulta ao dentista, ele vai estar aqui, ele é especialista, cada área tem seu dentista, então você vem e a gente agenda, marque com a atendente, até porque é prioridade.” E4

Conforme relatos dos entrevistados, alguns desses profissionais realizam orientações sobre saúde bucal, no momento da consulta de pré-natal:

“... durante as consultas do Pré-natal a gente sempre enfatiza, tira um momento, do mesmo jeito que a gente dá as informações sobre aleitamento materno, alimentação saudável, a gente prioriza também a questão da saúde bucal, algumas informações sobre a saúde bucal.” E2

“No momento o que a gente faz é a orientação sobre a higiene oral e se tem algum problema a gente encaminha para a odontologia.” M3

Contudo, também foi constatado, por meio da análise dos discursos dos entrevistados, que alguns profissionais não avaliam a saúde bucal da gestante, enquanto outros somente verificam algo em relação a esse aspecto ou as encaminham para o serviço

odontológico, quando elas apresentam alguma queixa que gere esta necessidade. As falas a seguir ilustram essa afirmação:

“Eu pergunto muitas outras coisas, a gente só quer saber do ultrassom, dos outros exames, etc, mas da saúde bucal eu não pergunto.” E1

“... eu só costumo avaliar, dar uma olhada, quando ela queixa de alguma coisa. Eu não faço de toda gestante, não fico olhando, perguntando, inquirindo. Eu espero uma queixa, eu não faço busca ativa.” M1

“... sempre que surgia algum problema ou agente fazia um bilhete pra eles ou eu ia lá mesmo e levava a gestante e pedia para eles avaliarem. Tem essa abertura.” E5

Alguns profissionais participantes do estudo perceberam que, além de realizar o direcionamento da gestante para o serviço odontológico, a paciente também deve ser esclarecida acerca da importância daquele encaminhamento e que o profissional deve verificar na próxima consulta de pré-natal o seguimento e o resultado de sua conduta. Outro aspecto apontado foi a oportunidade dos médicos e enfermeiros da ESF se aprofundarem nas queixas em relação à saúde bucal das gestantes para absorver conhecimentos nesta área que poderiam ser utilizados futuramente em suas consultas. As falas abaixo estão relacionadas com estas conclusões:

“... às vezes elas perguntam: - O que tem haver eu ir pra o dentista? Então esclarecer a ela a importância de eu estar fazendo aquele encaminhamento. Não é só eu pegar um papel: vá para a dentista. Para que ela possa entender e aderir àquele tratamento, àquele encaminhamento que eu estou fazendo.” M2

“... geralmente eu oriento na saída da minha consulta ela procurar a dentista que está no dia atendendo, fazendo a clínica. E aí eu registro no prontuário e no cartão do pré-natal e na consulta seguinte eu questiono se ela conseguiu, se foi resolvido o problema, pra ver se adiantou alguma coisa o meu encaminhamento.” M1

“... se percebe por parte dos médicos e enfermeiros qualquer identificação de um problema bucal imediatamente delegar para o dentista. Não para retirar do dentista essa responsabilidade, mas procurar trabalhar isso para que utilize futuramente já fazendo educação em saúde. Eu acho que as equipes geralmente já direcionam sem se aprofundar na queixa.” D5

4.2. Percepções de profissionais da ESF sobre a saúde bucal da gestante

Para a estruturação desta categoria foram consideradas as percepções dos entrevistados em relação às alterações bucais identificadas nas gestantes; ao seu entendimento de como a saúde bucal da mãe pode influenciar na saúde geral dela e de seu bebê; bem como ao seu conhecimento acerca dos relatos das grávidas sobre mitos relacionados à saúde bucal. Evidenciou-se, também, que, na percepção dos entrevistados, a maioria das gestantes negligencia o autocuidado com a saúde bucal devido a diversos fatores. Estas constatações podem ser verificadas nas falas abaixo:

“... a gente tem que tentar fazer uma mudança de alimentação da mãe para que ela leve futuramente para filho. Então a gente fala muito da alimentação e da importância de realmente estar sempre vindo ao dentista pra gente ver qualquer tipo de..., a questão das infecções, evitar infecção dentro da boca pra não ter parto prematuro e toda aquela história.” D2

“... o relato das pacientes é de que as cáries aumentaram, mas a gente verifica mais um descuido no controle de placa que efetivamente, logicamente, vai causar um maior processo cariioso. E eu identifico mais o descuido com a saúde gengival.” D5

As principais alterações bucais identificadas pelos profissionais nas gestantes foram cárie, gengivite e odontalgia. Alguns entrevistados ressaltaram a importância de encaminhar todas para o dentista, pois nem sempre elas relatam suas queixas odontológicas durante a consulta de pré-natal:

“As doenças periodontais como a gengivite é o que a gente mais identifica, e cárie mesmo, queixa de dor no dente por conta de cárie.” E2

“...elas convivem com aquela dor de dente como se fosse a coisa mais normal do mundo, mas, no entanto, pode ser que ali tenha um processo inflamatório, alguma bactéria...” E1

“...Quando vêm para o Pré-natal elas não fazem esse link da gente com o dentista. Quando elas têm algum problema é o contrário, a gente é que tem que estar atenta pra estar encaminhando. A gente pergunta, mesmo que elas não tenham dor, que elas não tenham cárie aparentemente, a gente faz questão de encaminhar porque o dentista é quem vai olhar por dentro, que vai fazer a anamnese...” E3

Em suas falas, os profissionais demonstraram estar cientes dos riscos que os agravos à saúde bucal da gestante podem trazer para o feto. Além disso, ressaltaram a importância da realização de atividades de educação em saúde com gestantes, devido à grande possibilidade de ela atuar como multiplicadora de conhecimentos, podendo influenciar positivamente a saúde bucal e geral de seu bebê e demais membros da família.

“... a gestante está perpetuando o aprendizado dela não só para o filho como pra toda família dela.” D1

“... o momento que a gestante vem à unidade durante o Pré-natal é um momento extremamente importante para que ela receba informações para que ela possa cuidar melhor da saúde bucal do bebê, então eu acho que essa é uma oportunidade que não pode ser perdida.” E2

“... a saúde bucal interfere na saúde da gestante e do binômio materno-fetal. Algumas infecções a gente sabe que podem promover complicações na gravidez, infecções de boca, então a gente sempre pede a avaliação, no início do pré-natal, uma avaliação bucal de todas as pacientes.” M4

Além de alterações patológicas, alguns profissionais identificaram, entre as gestantes, os mitos de que alguns problemas bucais são causados pela própria gravidez e que neste período elas não podem se submeter ao tratamento odontológico. Relataram, inclusive, a

importância de realizar um trabalho de conscientização com o objetivo de desfazer essas ideias equivocadas:

“...elas culpam o período gestacional pelo aparecimento de novas cáries. E isso eu sempre estou orientando, tanto no atendimento clínico como nesses momentos de promoção da saúde que isso é um mito, que, no caso, o aparecimento de cárie está mais ligado à questão dos enjoos que dificulta com que elas façam a higiene correta da boca(...), o fato dela estar grávida, o bebê não rouba o cálcio, elas pensam muito nisso, que é um mito...” D4

“... mesmo que a gente tente falar, elas têm o tabu que não pode levar anestesia, que não pode fazer o tratamento odontológico durante a gravidez”. D3

“... muitas também têm medo: - Ah, eu posso fazer isso porque eu tô gestante, será que não vai ter problema com o bebê? Então eu acho que mais conscientização e mais orientação melhoraria o fluxo dela para a consulta.” E4

Algumas falas apontaram que a insegurança ou a falta de informação de alguns profissionais de saúde podem contribuir para reforçar essas crenças errôneas de que a gravidez ocasiona problemas bucais e que o tratamento odontológico não pode ser realizado nas gestantes.

“... como eles temem, não sabem como proceder diante de uma gestante, quais os medicamentos utilizarem, quais os anestésicos e aí passa esses medos pra elas e elas notam que há esse receio do profissional de atender.” D3

“... na maternidade a grávida vai perder cálcio, porque esse cálcio, pelo menos é o que a gente aprende, esse cálcio vai ser dividido com o bebê, então pode ter uma deficiência de cálcio na dentição dela...” E3

Além dos mitos e crenças relatados, foram constatadas, na percepção dos entrevistados, falhas no autocuidado da gestante em relação a sua saúde bucal, principalmente em relação à escovação dental. Foi ressaltada a importância dos profissionais de saúde bucal,

juntamente com os demais membros da equipe, atuarem em conjunto no intuito de minimizar esse problema, realizando orientações sobre higiene oral. A representação dessas percepções está contida nas próximas falas:

“... era pra ela reforçar o auto cuidado, mas se verifica que a saúde bucal ainda não é conduzida, no entendimento da gestante como um condicionante pra saúde geral durante toda a gravidez (...). Eu acho que não existe ainda essa percepção que, provavelmente, quase com certeza seja reflexo da falta de interação da equipe de saúde bucal com o restante da equipe de saúde da família.” D5

“... isso é mais cultural e tem um pouco da culpa da gente, profissionais de saúde, falta da preocupação de noventa por cento das gestante com a saúde bucal delas. É como se ainda não tivesse entrado ainda na cultura delas de ter esse cuidado, apesar de todos os trabalhos que são feitos desde o PSF, com a introdução do pessoal da saúde bucal, mas ainda não ficou um negócio muito sedimentado pra elas não.” M1

“... necessitaria ser mais aprimorado no momento aqui durante o Pré-natal, a questão das informações sobre escovação, que a gente nota uma deficiência muito grande das gestantes no que diz respeito à escovação.” E2

O conteúdo dos relatos mostra que, na visão dos profissionais que participaram do estudo, as alterações bucais de algumas gestantes, por se encontrarem em estágios bem avançados, tiveram início bem antes do período gestacional. Portanto, conclui-se que seria importante a realização de atividades preventivas e intervenções nas mulheres em idade fértil, antes mesmo de engravidarem.

“O que eu vejo é que muitas não davam muita atenção à saúde bucal, então algumas chegam aqui realmente com o dente estragado, uma cárie bem avançada, e às vezes elas mostram pra gente e a gente encaminha.” M5

“... elas realmente poderiam ter mais orientação porque elas não têm o costume, mesmo antes da gravidez, de ter esse atendimento, de procurar cuidar da sua própria saúde

bucal e esse processo continua durante a gestação. Tem que ter uma orientação prévia, não só no período da gestação. Talvez o período da gestação seja uma oportunidade a mais.” M4

4.3. Estrutura e organização dos serviços

Analisando a percepção dos entrevistados, verificou-se nessa categoria que, apesar das gestantes terem atendimento prioritário em relação aos demais pacientes, a grande demanda, a descontinuidade no fornecimento de insumos e problemas na estrutura física dos serviços odontológicos prejudicam o acesso e a continuidade dos tratamentos odontológicos destas pacientes. Além disso, a organização dos cronogramas, de modo a supervalorizar o atendimento clínico, dificulta a realização das atividades de promoção da saúde bucal.

As falas inseridas a seguir podem evidenciar essa percepção:

“... outra dificuldade é a organização da nossa demanda, a gente não funciona um dentista para cada equipe, então acaba que eu tenho uma demanda muito grande pra organizar e às vezes eu acho que fica difícil esse acesso delas, de conseguir encaixar, de dar realmente essa prioridade pra elas.” D3

“... eu acho pouca possibilidade de atendimento, não por falta de profissional, porque dentista até tem muito aqui, mas por falta de condições do posto em si. A gente tem atualmente quatro dentistas pra uma cadeira e às vezes, às vezes não, na maior parte do tempo está com problema na parte do que precisa para o atendimento clínico do dentista...” M1

“... tá sendo algo assim muito voltado só pra clínica e isso prejudicou muito os trabalhos da gente de promoção da saúde não só em relação à gestante, mas a outros públicos também...” D1

De acordo com a percepção dos entrevistados, a falta de insumos e de estrutura adequada, além de comprometer a adesão, o início, a continuidade e a conclusão do atendimento odontológico à gestante, prejudica a credibilidade no serviço odontológico, como exposto a seguir:

“... a gente inicia os tratamentos com as gestantes, muitas vezes, por falta de condições, de material, estrutura, interrompe esses tratamentos, elas não voltam mais. A gente fica muito desacreditada nesse sentido.” D2

“Eu até podia encaminhar muitas vezes, mas quando elas chegavam lá o máximo que elas podiam fazer era o exame clínico, se tivesse que fazer algum procedimento, alguma coisa, tinha que colocar pra outro canto e isso já dificulta a adesão do paciente porque é muito mais fácil eu pegar aquela gestante que já está aqui naquele dia, já está saído da consulta, já vai entrar em outra pra resolver logo aquilo ali do que ela se deslocar outro dia pra unidade ou ir pra outro local.” M2

“... teve vários casos de até não poder fazer o procedimento por falta de insumos e a gestante ter que ser encaminhada para outro local, e aí não vai, e fica a gestação interia com dor de dente, com outros problemas.” E5

Alguns profissionais relataram ter dificuldade em combinar suas agendas, de modo a permitir um atendimento conjunto à gestante por diferentes membros da equipe, no mesmo período, ou até, simultaneamente, na mesma sala, conforme registrado:

“Aqui no Posto eu não tive essa oportunidade ainda, de estar dentro da consulta de pré-natal com a minha enfermeira porque os nossos horários não batem.” D4

“... a gente só não está ainda organizado em relação ao cronograma, mesmo porque está difícil casar um atendimento com o outro. Mas a gente tem essa abertura com os profissionais de quando tem algum problema, eles facilitam o atendimento da gestante, ou qualquer outro grupo que seja necessário.” E5

“... então o SAME começa a marcar. Quinta à tarde é pra ser só gestante e quando a gente vê tem hipertenso, tem tudo, tem todo tipo de programa, tem Bolsa Família, tem tudo. Então a gente não consegue organizar o nosso cronograma, a nossa agenda, pra atender junto, por exemplo, uma tarde ou uma manhã, só as gestantes.” D1

Ainda no que concerne à organização do cronograma de atendimento das equipes da ESF, evidenciou-se nas falas dos entrevistados a priorização do atendimento clínico em detrimento das atividades preventivas e de promoção da saúde, principalmente em relação ao profissional médico, sendo constatada, inclusive, uma sobrecarga na quantidade de pacientes atendidos:

“... estão priorizando muito essa questão de atendimento clínico, os oitenta por cento do tempo de atendimento clínico, estão deixando muito de lado essa questão do atendimento interdisciplinar, que eu acho muito importante.” D4

“Porque aqui sempre foi muito de: - Ah tem que ter consulta, consulta, consulta. E a gente fica nessa história de consulta e não consegue sair da sala pra fazer educação em saúde das gestantes, fazer um grupo de gestantes. Alguns enfermeiros até tentaram, agora, do médico é muito cobrada a consulta, consulta, consulta, sabe? E é isso aí, eu sinto falta da educação em saúde.” M5

“... o médico ainda é visto como mão de obra, uma máquina de produzir receitas, não é visto como um ser humano atendendo outro ser humano cheio de dúvidas e que precisa de esclarecimentos. No dia em que se entender isso e a gente puder fazer uma consulta humanizada, uma consulta como realmente ela deve ser, aí vai ser mais fácil. Porque, muitas vezes não dá pra gente fazer uma anamnese, a história e questionar algumas coisas com o paciente devido ao tempo.” M3

Algumas reflexões dos entrevistados sugeriram que a cobrança por mais atendimentos clínicos e a não valorização das atividades de promoção da saúde podem advir da gestão dos serviços, de alguns profissionais ou dos próprios pacientes, conforme registro de suas falas:

“Não deixam, não querem liberar nem a médica nem a enfermeira, da clínica para fazer a promoção da saúde. É um problema, porque se tirar um turnozinho já fica: - Ai, por que esse turno a médica não atende, a enfermeira não atende? Por quê? Tá enchendo a agenda, não tem vaga pra elas nos outros dias, demora.” D1

“Porque elas só querem ir quando é pra ser consultada. No dia que não tinha consulta, era muito difícil fazer grupo de gestante.” D2

“Eu já trabalhei num grupo (de gestantes) de outra equipe que não tem dentista. Fizemos eu, o médico e a enfermeira. Mas da minha equipe geralmente só sou eu ou eu e a enfermeira, o meu médico não participa. Porque o foco dele é mais na questão do atendimento mesmo.” D3

5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo decorreram das percepções dos entrevistados e apontaram para a necessidade da atuação conjunta dos profissionais da ESF na atenção à saúde bucal das gestantes, como foi possível compreender em algumas entrevistas:

“... tem que ter mais espaço mais tempo, mais autonomia, pra equipe estar junta, tanto na clínica, como na promoção de saúde, que aí sim a equipe vai poder valorizar cada grupo, inclusive a gestante” D1

“... tem que ser um trabalho conjunto, mais específico. Eu acho que os dentistas podem ser muito mais enfáticos durante esse momento, estar participando mais da consulta pré-natal (...) compatibilizar a agenda de consulta pré-natal, com a agenda do médico e da enfermeira, para que naqueles turnos ele possa estar disponível para atuar na consulta da gestante.” E2

Corroborando com esse resultado, Catarin, Andrade e Iwakura (2008) constataram que é necessário um atendimento interdisciplinar às gestantes durante o pré-natal, visando à adoção de medidas que previnam problemas bucais e promovam a saúde bucal da gestante e de seu futuro bebê.

De acordo com a portaria Nº 648 de 2006, também é atribuição do dentista acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de SF, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. (BRASIL, 2006b)

No presente estudo, verificou-se que, em algumas equipes de ESF, há uma boa interação e excelente diálogo entre os profissionais, impactando positivamente a atenção à saúde bucal da gestante e facilitando, inclusive, a questão do encaminhamento da gestante para o tratamento odontológico. Entretanto, em outras equipes, o individualismo e o isolamento de alguns profissionais foram apontados como aspectos negativos, a serem vencidos.

A aproximação da equipe de saúde bucal com os demais profissionais da ESF em reuniões foi visualizada como uma excelente oportunidade de minimizar o isolamento dos dentistas que restringem sua atuação dentro dos limites do consultório odontológico.

A discussão do processo de trabalho e de problemas de saúde, o acompanhamento de usuários ou famílias e o planejamento local de saúde são exemplos das atividades que poderiam ser desenvolvidas nas reuniões semanais de equipe (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Ainda em relação à interdisciplinaridade, identificou-se, no cotidiano de trabalho das equipes de ESF, a realização de atividades educativas com a participação do dentista e de outros profissionais como enfermeiros, médicos, nutricionistas, ACS e profissionais do NASF na sala de espera da consulta de pré-natal, em cursos e grupos de gestantes formados pelos profissionais ou já existentes na comunidade, abordando diversos temas, entre os quais a saúde bucal. A importância da realização dessas ações interdisciplinares foi bastante enfatizada pelos entrevistados.

Em contraposição a esse resultado, Faccin, Sebold e Carcereri (2010), analisando o processo de trabalho das equipes de saúde bucal na ESF em um município da região Sul, identificaram que os profissionais não enfatizaram em suas entrevistas a importância de ações de promoção de saúde e intersetoriais, do uso de tecnologias leves e da interdisciplinaridade.

Já nos achados de Pimentel *et al* (2010), a prevenção e a promoção da saúde também se fizeram presentes entre as ações desenvolvidas pelas ESB do Distrito Sanitário VI, em Recife, atuando como importantes fatores para melhoria da assistência à saúde bucal e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população.

Na experiência relatada por Santos *et al* (2012), a sala de espera também foi utilizada como estratégia de educação em saúde e oportunizou a aproximação da gestante com o serviço, tornando-a protagonista de seu processo saúde-doença e revelando-se como um espaço de compartilhamento de experiências, sentimentos, afetos e de socialização dos saberes técnico-científico e popular.

A pressão exercida pela grande demanda das UBSF e pela gestão dos serviços para que o atendimento clínico fosse priorizado na organização dos cronogramas das equipes, foram apontadas no presente estudo, como obstáculos para a realização das atividades de promoção da saúde pela equipe, restringindo a participação de alguns profissionais, principalmente o médico, nestas atividades.

Venâncio *et al* (2011) observaram a necessidade de mais diálogo entre gestores e a equipe da atenção básica para que decisões verticalizadas não atrapalhem ou dificultem o desenvolvimento das atividades nas UBSF, uma vez que as necessidades destas estão diretamente relacionadas às características da área de adstrição.

A pesquisa de que trata esta dissertação aponta a falta de assiduidade das gestantes como principal dificuldade para a continuidade dos grupos formados. Já a grande possibilidade das gestantes atuarem como difusoras de conhecimentos, podendo influenciar positivamente a saúde bucal e geral do seu bebê e demais membros da família, foi considerada uma das razões da importância da realização de atividades de educação em saúde com essa população.

Concordando com essa ideia, Konishi, F e Konishi, R. (2002) afirmam que a mãe tem papel fundamental nos padrões de comportamentos apreendidos durante a primeira infância. Ações educativo-preventivas, individuais ou coletivas, na gestação, qualificam a saúde dessas mulheres, tornando-as agentes multiplicadores de saúde pelo seu potencial influenciador e indutor de bons hábitos em seu núcleo familiar.

Complementando esse aspecto, Scavuzzi *et al.* (2008) verificaram que as gestantes apresentam carência de informações acerca da etiologia de problemas bucais, métodos de prevenção e possibilidade de tratamento odontológico durante a gravidez, demonstrando a necessidade de um programa de atenção odontológica que priorize este grupo, já que o período gestacional torna a mulher mais receptiva a adquirir novos hábitos que refletirão na promoção da saúde bucal de seus filhos.

Foi ressaltada, pelos profissionais, a importância da realização do tratamento odontológico durante o período gestacional para evitar complicações na gravidez, como parto prematuro e cardiopatia na gestante, assim como para detectar doenças sistêmicas que se manifestam na cavidade oral e evitar que problemas bucais gerem sofrimento para gestante e comprometam seu bem-estar, sua saúde e a do seu bebê.

Santos Neto *et al* (2012) concluíram que o acesso das gestantes à assistência odontológica parece funcionar como agente potencializador da qualidade de vida pela percepção subjetiva de bem estar.

No estudo de Correia e Silveira (2011), os médicos e dentistas da ESF também reconheceram a relação sistêmica da saúde bucal e seu possível impacto na gestação.

Ebrahim *et al* (2014) estão de acordo que o tratamento odontológico é importante tanto para a saúde bucal como para a saúde sistêmica, sendo a associação entre a Odontologia e a Medicina essencial durante a gestação.

Os dentistas destacaram que a condução do tratamento odontológico depende da fase em que se encontra a gestação, sendo o segundo trimestre o período ideal para realização do atendimento clínico. Porém, desde que o risco e o benefício para o binômio mãe-filho

sejam avaliados, a realização deste tipo de tratamento pode ser feita em qualquer período da gravidez.

Em concordância com esse achado, Little *et al* (2008) afirmam que o segundo trimestre é o período mais seguro para realização de tratamentos odontológicos de rotina, devendo ser enfatizado o controle de doenças ativas e a eliminação de problemas potenciais que poderiam ocorrer no final da gravidez ou durante o pós-parto imediato.

Ebrahim *et al* (2014) ressaltam que a gestante deve ser atendida em qualquer período da gravidez, quando o tratamento requerido tem caráter de urgência.

Outro aspecto encontrado nos relatos dos dentistas é a preocupação em realizar, além do atendimento clínico, a orientação da gestante com o objetivo de reforçar o autocuidado com sua saúde bucal.

Reis *et al* (2010) em seu artigo sobre a “Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes”, em concordância, ressaltaram a importância de informar as causas e consequências das doenças, uma vez que, a prevenção primária possui um grande potencial no controle e na redução das doenças bucais.

Uma das constatações apontadas neste estudo é que, na percepção dos entrevistados, as gestantes não priorizam sua saúde bucal e realizam uma escovação dental deficiente. Os enjoos durante a gravidez foram apontados pelos dentistas como um fator que pode dificultar a realização de uma boa higiene oral.

Resultado semelhante foi encontrado por Ramos *et al* (2006). Em seu estudo realizado na cidade de Aracaju, no estado de Sergipe, as grávidas apresentaram condições bucais precárias e hábitos de higiene oral indesejáveis, constatando a necessidade de programas educativos e preventivos de doenças bucais com abordagens direcionadas às futuras mães.

Nos resultados do presente estudo, verificou-se que, enquanto alguns médicos e enfermeiros da ESF realizam rotineiramente orientações sobre saúde bucal no momento da consulta de pré-natal e, ou orientam todas as gestantes a procurar o dentista para que seja realizada uma avaliação em sua condição oral, outros somente questionam algo nesse aspecto e/ou as encaminham para o serviço odontológico, quando elas apresentam alguma queixa que gere esta necessidade. Verificou-se, ainda, que alguns profissionais não investigam nem adotam nenhuma conduta em relação à saúde bucal durante o pré-natal.

Concordando com uma das posturas apontadas, Leal e Jannotti (2009) verificaram, em estudo realizado em unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro, que os

médicos que realizam o pré-natal não costumam incluir rotineiramente na anamnese questões referentes à saúde bucal nem fazem inspeção visual da cavidade bucal da gestante. Em geral, eles encaminham ou orientam suas pacientes a procurar o cirurgião-dentista quando elas relatam alguma queixa.

Lachat, *et al* (2011) concluíram que a saúde bucal durante a gravidez é um componente crítico de avaliação pela enfermagem e que há um consenso na literatura de que a triagem das condições bucais e a educação em saúde bucal deve ser mantida como parte de cada avaliação materna e infantil. Além disso, os enfermeiros encontram-se em posição propícia para impactar positivamente a saúde da gestante através da promoção da saúde bucal, aconselhando essas mulheres sobre a importância da saúde periodontal para si e suas famílias.

Araújo, Pohlmann e Reis (2009) apontam que o conhecimento básico sobre saúde bucal tanto em nível de graduação como de pós-graduação seria de grande valor na formação dos profissionais da saúde que atuam no atendimento pré-natal, para que se tenha uma abordagem integral da saúde da gestante.

Silk *et al* (2008) recomendam que todas as mulheres grávidas sejam avaliadas quanto aos riscos orais, aconselhadas sobre higiene bucal adequada e encaminhadas para o tratamento odontológico, quando necessário.

No presente estudo, também foi verificada a necessidade da gestante ser esclarecida pelo profissional acerca da importância desse encaminhamento, devendo o seguimento dessa conduta pela paciente ser questionado e avaliado na próxima consulta de pré-natal.

Outro aspecto apontado foi quanto à oportunidade dos médicos e enfermeiros da ESF se aprofundarem no conteúdo das queixas em relação à saúde bucal das gestantes para absorver conhecimentos nesta área que poderiam ser utilizados, futuramente, em suas consultas, conforme pode ser verificado nesta fala:

“... se percebe por parte dos médicos e enfermeiros qualquer identificação de um problema bucal imediatamente delegar para o dentista. Não para retirar do dentista essa responsabilidade, mas procurar trabalhar isso para que utilize futuramente já fazendo educação em saúde. Eu acho que as equipes geralmente já direcionam sem se aprofundar na queixa.” D5

As principais alterações bucais identificadas pelos profissionais da ESF nas gestantes foram cárie, gengivite e odontalgia, resultado idêntico ao encontrado no estudo de Fernandes *et al* (2008), sobre problemas bucais identificados em gestantes de uma comunidade carente da cidade de São Paulo.

A severidade desses agravos à saúde bucal das gestantes, descrita pelos profissionais denota a importância do cuidado odontológico à mulher anterior ao período da gravidez.

Corroborando com esse apontamento, Finkler, Oleiniski e Ramos (2004) recomendam que o atendimento odontológico de todas as mulheres em idade fértil deve ser priorizado antes, durante e após o período gestacional.

Além de alterações patológicas, os profissionais mencionaram a existência de conceitos entre as gestantes de que a gravidez pode causar problemas bucais e que neste período elas não podem se submeter ao tratamento odontológico. Relataram, inclusive, a importância de realizar um trabalho de conscientização com o objetivo de desfazer essas ideias equivocadas. A insegurança ou falta de informação de alguns profissionais de saúde foram apontadas como fatores que podem reforçar essas crenças.

Fernandes *et al* (2008) do mesmo modo concluíram que algumas mulheres e mesmo alguns profissionais acreditam, equivocadamente, que a gravidez representa em impeditivo para o tratamento odontológico. No referido estudo, das gestantes que relataram problemas bucais, apenas 39,4% procuraram ajuda profissional. Entre elas, 63,3% não conseguiram acesso ao tratamento, sendo a falta de vagas a justificativa mais citada (70%) e o fato de estar grávida, o segundo motivo mais referido (13,3%).

Em concordância com esses achados, Nogueira *et al*, (2012, p.130) apontam que:

A busca tardia ao tratamento odontológico por gestantes esta diretamente relacionada ao fato de que ainda há mitos e crenças, transmitidos por geração, de que o tratamento odontológico seja prejudicial ao bebê, acarretando o medo e a recusa do tratamento pelas mães, protelando este ao período pós-gestacional ou tratando quando o processo infeccioso já está instalado e agravado, causando dor, sofrimento e ou sangramento.

Mesquita *et al* (2013) também mostram que a maioria das gestantes associa a gravidez à problemas dentários, e Bastiani *et al* (2011) concluíram, em seu estudo, que 48,78% das gestantes achavam que era normal desenvolver cárie dentária durante o período gestacional por causa da perda mineral para os dentes do bebê.

Outros fatores que foram apontados neste estudo como prejudiciais ao acesso e à continuidade dos tratamentos odontológicos das gestantes, mesmo elas tendo prioridade de

atendimento, foram a descontinuidade no fornecimento de insumos, problemas na estrutura física dos serviços e a grande demanda de pacientes.

Faccin *et al* (2010) concluíram que o excesso de população na área de abrangência destaca-se como fator crucial para organização do processo de trabalho, repercutindo na falta de acesso e no desgaste dos profissionais.

No estudo de Farias e Sampaio (2010), os profissionais da ESF afirmaram que a existência de uma demanda exacerbada dificulta a realização das ações voltadas para a prevenção e a promoção de saúde articuladas às ações clínicas curativas.

A existência de grande demanda reprimida por atendimento cirúrgico-restaurador, tanto na atenção básica quanto nos serviços de média complexidade, impede que o modelo hegemônico curativista seja completamente substituído por aquele centrado nos princípios do SUS (PIMENTEL *et al*, 2010).

Gonçalves e Ramos (2010) ressaltaram que a ESF requer bons clínicos que precisam de boas condições de trabalho para suprir as necessidades dos cidadãos e que grande parte das atividades das equipes de SF acontece dentro das unidades básicas de saúde, sendo importante que a estrutura física dê conta das demandas das atividades e possibilite intervenções clínicas seguras e humanizadas.

6. CONCLUSÃO

A atuação dos profissionais da ESF na atenção à saúde bucal da gestante não ocorre de forma homogênea.

Enquanto algumas equipes de SF apresentam uma excelente comunicação interna, facilitando a troca de informações sobre as gestantes e a interação dos profissionais no cuidado e na realização de atividades educativas com estas pacientes, em outras o individualismo de alguns compromete a interdisciplinaridade, evidenciando a necessidade desses profissionais se adequarem à filosofia do trabalho em equipe de modo a garantir a integralidade do cuidado.

Alguns médicos e enfermeiros da ESF realizam, rotineiramente, instruções de higiene oral durante a consulta de pré-natal e encaminham todas as gestantes para uma avaliação odontológica; outros, porém, só praticam qualquer conduta em relação à saúde bucal das gestantes quando elas relatam alguma queixa.

Diante dessa divergência de atitudes entre os profissionais, torna-se necessária a criação de um mecanismo visando uniformizar a atenção à saúde bucal da gestante na prática e não somente na teoria dos manuais e publicações do Ministério da Saúde-MS. A conscientização de cada profissional da ESF sobre o seu papel na atenção à saúde bucal da gestante através de uma maior interação da equipe de saúde bucal com os demais profissionais da ESF e a educação continuada poderiam ser os pontos de partida em busca da padronização desse atendimento. A elaboração de um protocolo prático e viável composto por perguntas e procedimentos a serem realizados durante a consulta de pré-natal sobre a saúde bucal da gestante, seria outro passo a ser considerado. Este protocolo poderia ser construído em nível local, pelos profissionais envolvidos no cuidado da gestante, considerando as peculiaridades de cada serviço e tendo como diretrizes as normas do MS.

Para promover e melhorar o autocuidado da gestante em relação à sua saúde bucal, impactando positivamente na sua saúde geral e de seu bebê, é imprescindível a atuação conjunta dos dentistas, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e demais profissionais da ESF nas atividades educativas individuais e coletivas realizadas com essas mulheres. Neste sentido, é importante que as equipes tenham autonomia para organizar seus cronogramas e agendas de modo a facilitar a realização de atividades interdisciplinares.

A organização da demanda das UBSF de modo a supervalorizar o atendimento clínico em detrimento das ações de promoção da saúde aponta para a necessidade de

investigar em nível local e municipal, as razões pelas quais as equipes da ESF ainda encontram dificuldades para romper com o modelo biomédico centrado na doença e na consulta e não conseguem, efetivamente, conciliar atividades preventivas, curativas e de promoção da saúde.

O conhecimento dos profissionais da ESF acerca do território de atuação das equipes permite a realização de estratégias de educação em saúde com gestantes além dos limites das UBSF, em grupos e espaços sociais existentes na comunidade e nos domicílios.

A importância da realização do tratamento odontológico durante o período gestacional é amplamente reconhecida. Diante de problemas bucais como cárie, gengivite e odontalgia, identificados nas gestantes, os médicos e enfermeiros da ESF encaminham a paciente para o serviço odontológico. Contudo, mesmo a gestante tendo prioridade no atendimento, existe uma grande dificuldade em iniciar e concluir estes tratamentos devido a condições estruturais como equipamentos constantemente danificados, falta de insumos e relação desproporcional e desfavorável entre o número de dentistas e a quantidade de consultórios odontológicos disponíveis. Este fato aponta para necessidade de um melhor planejamento dos gestores em relação ao fornecimento de material de consumo, manutenção dos consultórios odontológicos e adequação da estrutura física das unidades de acordo com o número de profissionais.

Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade dos profissionais realizarem, além do encaminhamento da gestante para uma avaliação odontológica, a conscientização da paciente sobre o motivo e a relevância daquele tratamento para que ela possa aderir com mais facilidade, sendo importante questioná-la na consulta seguinte de pré-natal se ela seguiu sua recomendação.

Além de executar o atendimento clínico, quando necessário, observando as particularidades do período gestacional, dentistas da ESF realizam orientações no sentido de reforçar o autocuidado da gestante em relação a sua saúde bucal, abordando também os cuidados com o bebê. Este aspecto ressalta a preocupação desses profissionais em romper com a prática meramente curativa e o reconhecimento da importância de fornecer ao paciente, no caso a gestante, ferramentas e conhecimentos para que ele possa manter sua própria saúde.

As alterações bucais de algumas gestantes, por se encontrarem em estágios bem avançados, tiveram início bem antes do período gestacional, concluindo que também é importante a realização de atividades preventivas e intervenções nas mulheres em idade fértil, antes mesmo de engravidarem.

Ainda persistem mitos entre as gestantes de que elas não podem realizar o tratamento odontológico, que a gravidez é a causa de alguns problemas bucais e que a perda de dentes é normal durante a gestação. Cabe, portanto, ao dentista e demais profissionais ouvirem e esclarecerem essas mulheres sobre suas dúvidas e medos com o objetivo de evitar que isso se torne um impedimento para que ela busque o tratamento odontológico, colocando em risco a integridade do binômio materno-fetal.

Alguns profissionais também trazem consigo essas crenças equivocadas, reforçando a necessidade da realização de uma maior troca de conhecimentos entre a equipe de saúde bucal e os outros membros da ESF.

O relato de experiências de consultas de pré-natal, com a participação do dentista, do médico e/ou do enfermeiro da ESF, na mesma sala e momento, no município de Fortaleza-CE requer um estudo que explique o modelo de consulta conjunta citado e seus resultados.

Destaca-se que na ESF encontram-se as condições ideais não somente para a atenção à saúde bucal como também para a integralidade do cuidado à gestante, devido à presença de uma equipe multiprofissional e a grande possibilidade de interação entre o dentista, os médicos e enfermeiros que realizam o pré-natal. Além disso, a equipe pode contar com o apoio de outros profissionais como os agentes comunitários de saúde, que são os olhos, os ouvidos e a voz da equipe na comunidade, e dos psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadores físicos, farmacêuticos e demais profissionais do NASF.

Conclui-se que, para melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal da gestante, é imprescindível fortalecer o diálogo e a cooperação entre os profissionais da ESF, articulando seus diferentes saberes em atividades clínicas e de promoção da saúde com esse grupo, bem como investir no processo de educação continuada. A equipe de SF precisa ter autonomia para organizar seu cronograma de modo a possibilitar o planejamento e execução de ações interdisciplinares e o compartilhamento de informações sobre as pacientes gestantes aproveitando as condições favoráveis presentes na ESF. Por último, de forma ideal, diminuindo a carga populacional por equipe ou pelo menos aproximando do quantitativo preconizado pelo MS, implicaria na redução considerável da demanda reprimida por consultas e os profissionais poderiam se dedicar mais às atividades de promoção da saúde bucal e geral das gestantes e demais grupos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE E.D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 2ª Ed. São Paulo. Artes Médicas, 2006. 204p

AMADEI, S.U., CARMO, E.D., PEREIRA, A.C. et al. Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. **Rev. Gauch. Odontol.** V.59, p.31-37, jan-jun, 2011

ARAÚJO, S. M.; POHLMANN, C.S; REIS, V.G. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **RFO**, v.14, n.3, p. 190-196, setembro-dezembro 2009.

BASTIANI, C., COTA, A.L.D. PROVENZANO, M.G.A. et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol. Clin. Cient.** v.9, n.2, p. 155-160, 2011.

BOGGESS, KA, EDELSTEIN BL, Oral Health in Women During Preconception and Pregnancy: Implications for Birth Outcomes and Infantil oral Health. **Maternal Child Health Journal**, v.10, p.169-174. 2006. DOI 10.1007/s10995-006-0095-x

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família-PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica n.17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da saúde, 2006a.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica n.32: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da saúde; 2012. 318p.

CARVALHEIRO Junior H., IMURA N., ILG JP, FREITAS C. Atendimento à gestante: 9 meses de espera? **Revista Paulista de Cirurgias Dentistas**. 2002, v.51, n. 6, p. 89-99.

CATARIN, RFZ, ANDRADE, SM de, IWAKURA, MLH. Conhecimentos, práticas e acesso a atenção à saúde bucal durante a gravidez. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 16-24, dez. 2008

CENGIZ, SB The pregnant patient: considerations for dental management and drug use. **Quintessenceinternational**. V.38, n. 3, p. 133-142. March, 2007.

CODATO, L.A.B. **Pré-natal odontológico e saúde bucal: percepções e representações de gestantes**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

CODATO, L. A. B. et al. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p. 2297-2301, 2011.

CORREIA, S.M.B., SILVEIRA, J.L.G.C. da, Percepção da Relação Saúde Bucal e Parto Prematuro entre Membros da Equipe de ESF e Gestantes **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.11, n.3, p.347-355, jul./set. 2011

CRUZ, Simone Seixas da et al . Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, Out. 2005.

EBRAHIM Z.F., OLIVEIRA M.C.Q., PERES M.P.S.M., FRANCO J.B. Tratamento Odontológico em Gestantes. **Science in Health**. v.5, n.1, p.32-44, jan-abr, 2014

FACCIN, D., SEBOLD, R., CARCERERI, D.L., Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15(Supl. 1), p.1643-1652, 2010.

FARIAS, M. R., SAMPAIO, J. J. C., Integração da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: a percepção dos profissionais. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V.34, n.4, p. 745-757, out-dez, 2010

FELDENS, EG, FELDENS, CA, KRAMER, PF, CLAAS, BM, MARCON, CC, A percepção dos médicos Obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.5, n.1, p. 41-46, 2005. ISSN 1519-0501

FERNANDES, R et al. Oral health of low-income pregnant women in a community of a São Paulo municipality: problems perceived and access to treatment. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v.7, n.2, Apr 2008. Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1497/381>>. Access: 2014 Mar 27. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20081497>.

FINKLER, M., OLEINISKI, D.M.B, RAMOS, F.R.S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto Contexto Enferm**. v.13, n.3, p.360-368. jul-set. 2004.

FONTANELLA, B.J.B., RICAS, J., TURATO, E.R., Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan, 2008.

FONTANELLA, B.J.B. et al, Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.389-394, fev, 2011.

GEORGE, A., SHAMIM, S., JOHNSON, M., DAHLEN, H., AJWANI, S., BHOLE, S., YEO, A. E., How Do Dental and Prenatal Care Practitioners Perceive Dental Care During Pregnancy? Current Evidence and Implications. **Birth**, v.39, n.3, p.238–247, September. 2012. doi: 10.1111/j.1523-536X.2012.00553.x

GONCALVES, Evelise Ribeiro; RAMOS, Flávia Regina Souza. O trabalho do cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200006>.

HUNTER L, HUNTER B. Oral and dental problems associated with pregnancy. In: **Oral Healthcare in Pregnancy and Infancy**. London: Macmillan PressLtd 1997. p. 27–34.

KONISHI, F.; KONISHI, R. Odontologia intra-uterina: um novo modelo de construção de saúde bucal. In: CARDOSO, A.J.R. **Odontopediatria: Prevenção**. São Paulo: Artes Médicas, 317p. p.155-165, 2002.

LACHAT, M.F. et al, Periodontal Disease in Pregnancy: Review of The Evidence and Prevention Strategies. **J Perinat Neonat Nurs**. v.25, n.4, p.312-319, October-december, 2011.

LAINE, M.A. Effect of pregnancy on periodontal and dental health. **Acta Odontol Scand**. 2002, v.60, n.5, p.257-264.

LEAL, N.P., JANNOTTI, C.B. Saúde bucal da gestante atendida pelo SUS: práticas e representações de profissionais e pacientes. **Femina**. v.37, n.8, p. 413-421, Agosto, 2009.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N.P. Fatores Modificadores, In: **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. 5ª edição. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 2010, cap 12, p. 292-311.

LITTLE, J. W. et al. Gravidez e amamentação, In: **Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido**. 7ª edição. Rio de Janeiro. Ed Elsevier, 2008, cap 18, p. 259-268.

MANNEM, S.; CHAVA, V.K. The relationship between maternal periodontitis and preterm low birth weight: A case control-study. **Contemporary Clinical Dentistry**. April-June, v. 2, issue:2, p.88-93. 2011.

MEADOWS, M. Pregnancy and the drug dilemma. **FDA Consumer** [periódico online]. 2001 Disponível em: <http://kennedyinstitute.georgetown.edu/secondwave/members/readings/Pregnancy%20and%20the%20Drug%20Dilemma.pdf>. Acesso em 10 de abril de 2014.

MESQUITA, B.S. et al Aspectos Norteadores da Atenção à Saúde Bucal de Gestantes da Estratégia Saúde da Família de João Pessoa, Brasil. **Revista Odontológica do Brasil Central** v.21, n.60, p.45-49, 2013

MILLS, L.W., MOSES D.T. Oral health during pregnancy. **MCM Am J Matern Child Nurs.**2002, v.27, n.5, p.,275-280.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde.** 11ª edição. São Paulo. Editora Hucitec, 2008. 407p.

MOIMAZ, S.A.S, et al Condições periodontais durante a gestação em grupos de mulheres brasileiras. **Cienc Odontol Bras** v.9, n.4, p.59-66. 2006

MOIMAZ, Susely Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas; GARBIN, Cléa Adas Saliba. **Odontologia para a gestante: guia para o profissional da saúde.** Araçatuba: Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social FOA/UNESP, 2009. 115p.

NOGUEIRA, L.T. et al, Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Odontol. Clín.Cient.** Recife, v.11, n.2, p. 127-131, abr./jun., 2012

PIMENTEL, F. C., et al Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.15, n.4, p.2189-2196, 2010

PIRIE, M., COOKE, I., LINDEN, G., IRWIN, C. Dental manifestations of pregnancy.**The Obstetrician & Gynaecologist**, v.9, p. 21–26. Jan, 2007doi: 10.1576/toag.9.1.021.27292

RAMOS, T.M. et al Condições bucais e hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracaju-SE Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada. João Pessoa, v.6, n.3, p.229-235, set-dez, 2006.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.

REIS, G.F.F., Alterações fisiológicas maternas na gravidez. **Revista Brasileira de Anestesiologia.** v. 43, n. 1, p.3-9, 1993.

RODRIGUES, E. M. G. O. **Promoção da saúde bucal na gestação: revisão da literatura.** Juiz de Fora: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2002.

SANTOS NETO, ET; OLIVEIRA, AE; ZANDONADE, E; LEAL, MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, 2012.

SANTOS, D.S.; ANDRADE, A.LA.; LIMA B.S.S.; SILVA, Y.N.; Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** V.36, n.1, supl. 2, p.62-67, 2012.

SCAVUZZI, A.I.F. et al. Avaliação dos Conhecimentos e Práticas em Saúde Bucal de Gestantes Atendidas no Setor Público e Privado, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v.8, n.1, p.39-45, jan./abr. 2008.

SILK, H. et al. Oral Health During Pregnancy. **American Family Phisician**, Kansas City, v. 77, n.8, p. 1139-1144, 2008.

TURNER M.; AZIZ, S.R. Manegement of the pregnant oral and maxillofacial surgery patient. **J. Oral Maxillofac Surg**, 2002; v. 60, p. 1479-1488.

VASCONCELOS, R.G., et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. Ver. *Brs. Odontol.*, Rio de Janeiro, v.69, n.1, p.120-124, jan-jun, 2012.

VENÂNCIO, E.Q. et al. A percepção do enfermeiro da Saúde da Família sobre saúde bucal na gestação. **Ciência e Cuidado em Saúde**, v.10, n.4, p. 812-819, 2011

APÊNDICE A: Roteiro da entrevista:

1. Relate sua experiência na Estratégia de Saúde da Família em relação à promoção da saúde bucal das gestantes.

2. Qual a sua opinião sobre a realização do atendimento odontológico durante o período gestacional?

3. No seu atendimento à gestante, quais queixas ou problemas bucais você identifica?
Como procede diante destas situações?

4. De acordo com sua opinião, o que deve ser evitado e o que pode ser feito para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal da gestante na Estratégia de Saúde da Família?

APÊNDICE B: Perfil dos profissionais entrevistados

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Faixa etária:
 Entre 20 e 25 anos Entre 26 e 30 anos
 Entre 31 e 35 anos Entre 36 e 40 anos
 Entre 41 e 45 anos Entre 46 e 50 anos
 Entre 51 e 55 anos Entre 56 e 60 anos
 Entre 61 e 65 anos Mais de 65 anos

3. Tempo de Exercício profissional _____ anos

4. Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família _____ anos

5. Formação acadêmica:
Graduação em _____
Especialização em: _____
(concluído ou em andamento)
Mestrado em: _____
(concluído ou em andamento)
Doutorado em: _____
(concluído ou em andamento)
Residência em: _____
(concluído ou em andamento)

6. Quais dos profissionais abaixo relacionados estão presentes atualmente na sua equipe da Estratégia de Saúde da Família?
 Médico(a) Enfermeiro(a) Dentista

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada: **“Percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre atenção à saúde bucal da gestante”**. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa visa conhecer a percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a atenção à saúde bucal da gestante a fim de identificar de que formas positivas ou negativas estas percepções podem influenciar no acesso e na qualidade da atenção a saúde bucal da mulher no período gestacional. Os dados serão coletados através de entrevistas, que serão gravadas, caso você esteja de acordo, para facilitar o registro e posteriormente, a compreensão e análise dos significados. As entrevistas serão realizadas em seu local de trabalho, com agendamento prévio, de acordo com sua disponibilidade e da pesquisadora, sem prejuízo para o serviço, com duração de aproximadamente 40 minutos. Sua participação não será remunerada.

As informações fornecidas através de sua participação não permitirão sua identificação, exceto à pesquisadora responsável pela pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos e as informações divulgadas entre profissionais estudiosos do assunto. Lembramos que os riscos dessa pesquisa são mínimos já que a pesquisa se limita à coleta e à análise dos dados. Você tem liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Se precisar de maiores informações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, nos endereços e telefones abaixo.

Agradeço antecipadamente sua colaboração e coloco-me a sua disposição em qualquer etapa da investigação para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Pesquisadora Responsável pelo estudo: Fabiana Silva Henrique, cirurgiã-dentista, mestranda em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará
email: fabiana.sh@ig.com.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo, Fone:3366-8344**

Eu, _____, _____ anos, RG _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário (a) desta pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, tive oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

_____ Data ____/____/____
Assinatura do entrevistado

_____ Data ____/____/____
Assinatura do Pesquisador

ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Percepções de profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a atenção à saúde bucal da gestante

Pesquisador: Fabiana Silva Henrique

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18926313.0.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 401.101

Data da Relatoria: 19/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado da aluna Fabiana Silva Henrique orientada pela Profa. Jocileide Sales Campos pautado no conhecimento das percepções de profissionais médicos, enfermeiros e dentistas no que concerne à assistência, prevenção de agravos e promoção da saúde bucal das gestantes. A coleta de dados será realizada exclusivamente pela pesquisadora responsável através de entrevistas individuais semi-estruturadas com profissionais das categorias supracitadas, na Estratégia de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional III-SER III, no município de Fortaleza. As entrevistas serão gravadas, após autorização dos entrevistados, depois transcritas e organizadas em categorias. O material obtido será analisado à luz da análise temática proposta por Minayo. Serão escolhidas por sorteio cinco de um total de 16 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da SER III. Em cada UBSF serão entrevistados 1 médico, 1 enfermeiro e 1 dentista, os quais serão selecionados pela pesquisadora, totalizando 15 entrevistas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as percepções de médicos (as), enfermeiros (as) e dentistas da Estratégia de Saúde da Família em relação à promoção e à recuperação da saúde bucal das gestantes.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO 2: Continuação do Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 401.101

*Identificar como ocorre a atenção à saúde bucal da gestante na Estratégia de Saúde da Família.

*Relacionar os problemas de saúde bucal identificados nas gestantes pelos profissionais e como são solucionados. *Identificar, de acordo com as percepções dos entrevistados, sugestões para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal da gestante na Estratégia de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta risco mínimo por se tratar de coleta de dados através de entrevistas sendo assegurado o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Benefícios:

O Conhecimento e estudo das percepções dos profissionais da Estratégia de saúde da Família sobre a atenção à saúde bucal da gestante pode influenciar no acesso e integralidade da atenção à saúde bucal durante a gestação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância clínica visto que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em julho de 2011, estabelece como indicador a cobertura de primeira consulta odontológica em gestantes, com o intuito de identificar a proporção de gestantes cadastradas pela equipe que tiveram acesso à atenção odontológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou ao CEP: folha de rosto preenchida e assinada, TCLE, orçamento, cronograma atualizado, autorização dos locais da pesquisa, carta de encaminhamento a este comitê, declaração de concordância, currículo da pesquisadora.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está em concordância com os princípios éticos e não apresenta pendência documental.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO 3: Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde Escola

Prefeitura de
Fortaleza

**DECLARAÇÃO**

Processo Nº. **2106133326930/2013**.

Título do projeto de pesquisa: **PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA GESTANTE** .

Pesquisador (a): responsável: **FABIANA SILVA HENRIQUE**.

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**.

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto da pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 19 de julho de 2013.

Maria Ivanília S. Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadoria de Gestão e Educação em Saúde

Dra. Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão e Educação em Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.

Fabiana S. Henrique
pesquisadora