

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CAMPUS BAIXADA SANTISTA  
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Ricardo Antonio Nunes Neto

**SAÚDE BUCAL E O CUIDADO DA GESTANTE: oficinas como  
estratégia de problematização de práticas na atenção básica  
nos morros de Santos**

Santos

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CAMPUS BAIXADA SANTISTA  
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

RICARDO ANTONIO NUNES NETO

**SAÚDE BUCAL E O CUIDADO DA GESTANTE: oficinas como  
estratégia de problematização de práticas na atenção básica nos  
morros de Santos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista, para a obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Petroli Frutuoso

Santos  
2016

Nunes Neto, Ricardo Antonio, 1971-

N972s

Saúde bucal e o cuidado da gestante: oficinas como estratégia de problematização de práticas na atenção básica nos morros de Santos. / Ricardo Antonio Nunes Neto ; Orientador: Profa. Dra. Maria Fernanda Petroli Frutuoso. – Santos, 2016.

104 f.; 30 cm.

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, 2016.

1. Educação Permanente em Saúde; . 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Gestação. 4. Saúde Bucal. 5. Profissional de Saúde. I. Frutuoso, Maria Fernanda Petroli, Orientador. II. Título.

CDD 610.7

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM  
SAÚDE**

**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS  
DA SAÚDE**

Diretora do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde –  
CEDESS:

Profa. Dra. Lidia Ruiz-Moreno

Coordenadora do Programa:

Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit

RICARDO ANTONIO NUNES NETO

**SAÚDE BUCAL E O CUIDADO DA GESTANTE: oficinas como  
estratégia de problematização de práticas na atenção básica nos  
morros de Santos**

Santos, 02 de dezembro de 2016

---

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Petroli Frutuoso

---

Profa. Dra. Carolina Ozawa

---

Profa. Dra. Fernanda Flávia Cockell Silva

---

Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato

---

Profa. Dra. Elizabeth Maria Bismarck-Nasr

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho ao “Jedi” (*in memoriam*), usuário da USF Monte Serrat, e ao “Toby”, seu companheiro da espécie canina que recebi pelas mãos do acaso, para cuidar, e cujas histórias de vida e de morte se cruzaram com a minha, me tocaram e estimularam a entender melhor a produção do cuidado nos serviços de saúde.

## **Agradecimentos**

A elaboração desta dissertação de mestrado envolveu a colaboração de muitas pessoas, e talvez seja impossível agradecer a todos. Assim, de antemão agradeço a todas as pessoas que possam de alguma forma ter colaborado para esta produção.

Em especial, agradeço:

Aos meus pais, que me ensinaram o valor do trabalho e da educação, e a meus irmãos, que me ensinaram o valor da união.

À minha esposa, Fabiana, pelo amor, companheirismo, pela ajuda e pela paciência em lidar comigo, mesmo nas horas de maior dificuldade.

À minha filha, Isabela, por me ensinar a ser uma pessoa melhor.

Aos meus colegas da USF Monte Serrat, que junto comigo lutam por uma saúde pública de qualidade, apesar de todas as dificuldades.

Aos meus colegas de mestrado, pelo carinho, e pelas discussões sempre proveitosas, dentro e fora das aulas.

Aos professores do programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, pelo auxílio e dedicação.

À Profa. Dra. Maria Fernanda Petroli Frutuoso, a Mafe, pela oportunidade de trabalhar em conjunto, pela paciência, pela infinita disponibilidade, pelos puxões de orelha e pelo apoio nesta caminhada, como minha orientadora.

Aos professores que participaram da banca, pela disponibilidade em ler meu trabalho, e pelas contribuições valiosas ao trabalho.

À Carolina Ozawa, pelo seu compromisso, mesmo diante de dificuldades.

Aos profissionais que participaram das oficinas, às chefes de seção, que colaboraram em tudo o que foi possível, e à Tatiana das Neves Fraga Moreira, que como Coordenadora da Atenção Básica na Região dos Morros deu contribuições inestimáveis.

## RESUMO

Historicamente, as ações em Saúde Bucal (SB) no Brasil se deram de forma paralela e distanciada da organização dos demais serviços de saúde, com uma visão curativista pautada somente na assistência, que não conseguiu dar respostas às necessidades de SB da população. Entre as ações específicas de Odontologia na atenção básica à saúde (ABS), destaca-se a atenção à SB das gestantes, uma vez que a relação entre as doenças bucais, especialmente a doença periodontal, e a prematuridade e baixo peso ao nascer é bem documentada na literatura. Este estudo teve como objetivo problematizar a atenção à SB durante o pré-natal na ABS na região dos Morros de Santos, São Paulo. A pesquisa teve abordagem qualitativa e foi realizada em três equipamentos de ABS com diferentes formas de organização, a saber: unidade básica de saúde tradicional, unidade de Saúde da Família com equipe de Saúde Bucal (ESB) e unidade de Saúde da Família sem ESB. Para a produção de dados utilizou-se análise documental, diário de campo, entrevistas semiestruturadas aplicadas aos gestores dos serviços e oficinas de problematização da atenção à Saúde Bucal com as equipes estudadas. O material transcrito foi analisado por meio de análise temática. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Os gestores das unidades relatam dificuldades em entender os processos de trabalho da ESB, sendo o acesso dos usuários ao serviço o problema com maior visibilidade para a gestão. As equipes tentam organizar as agendas da odontologia com prioridade às gestantes, mas apontam dificuldades na adesão e acompanhamento, identificando a vigilância, o uso de protocolos e a abordagem da temática de SB durante os grupos educativos como estratégias para melhoria da adesão. Independente da organização da unidade de ABS, as equipes atribuem a busca de atendimento, pela gestante, em situações agudas de dor, bem como o medo de danos ao feto causados pelo tratamento odontológico como causas de abandono do acompanhamento. Alguns profissionais apresentaram dúvidas quanto ao uso de anestésicos locais pelas gestantes. Não foi unânime, entre os profissionais, a valorização do acompanhamento da SB durante o pré-natal e a utilização da estratégia de oficinas de educação permanente em saúde, aplicadas nos serviços, mostrou ser capaz de levar as equipes a problematizar sua prática, criando possibilidades de reflexão de práticas na busca da integralidade.

**Palavras chave:** Educação Permanente em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestação; Saúde Bucal; Profissional de Saúde.



## SUMMARY

Historically, oral health activities in Brazil took place in parallel and distanced form of organization of other health services, with a curative vision based only in assistance, which failed to respond to oral health needs of the population. Among the specific actions of Dentistry in primary health care, there is attention to the oral health of pregnant women, since the relationship between oral diseases, especially periodontal disease, and preterm and low birth weight is well documented in literature. This study aimed to problematize attention to oral health during prenatal care in facilities of primary health care in the area of the hills of Santos, São Paulo. The research had a qualitative approach and was carried out in three primary care facilities that have different forms of organization, namely: traditional basic unit of health, family health unit with oral health team and Family Health Unit without oral health team. For the production of data was used document analysis, field diary, semi-structured interviews applied to service managers and questioning workshops on attention to oral health with the teams that were studied. The transcribed material was analyzed using thematic analysis. All participants signed a free and informed consent. The unit managers report difficulties in understanding the work processes of the oral health team, and the difficulty of users in the service access is the problem with greater visibility for management. The teams try to organize dental agendas giving priority to pregnant women, but show difficulties in monitoring compliance, the use of protocols and the approach to oral health theme during the educational groups are used as strategies for improving adherence. Regardless of the organization of the basic attention unit, the teams attribute the search for care for pregnant women just in acute situations of pain, and fear of harm to the fetus caused by dental treatment as the main cause of treatment dropout. Some professionals had doubts about the use of local anesthetics by pregnant women. The appreciation of the monitoring of oral health during prenatal care was not unanimous among professionals and the strategy of permanent education in the Healthcare field applied to the services proved to be able to lead the teams to discuss their practice, creating opportunities reflection practices in the pursuit of integrality.

**Key words:** Continuing Education; Primary Health Care; Pregnancy; Oral Health; Health Personnel.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS - Atenção Básica em Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AMBESP - Ambulatórios de Especialidades

ASB - Auxiliares de Saúde Bucal

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CORABS-m - Coordenação da Atenção Básica da região dos Morros

COSBUCAL – Coordenação de Saúde Bucal

COS-MULHER - Coordenação de Saúde da Mulher

DEAB – Departamento de Atenção Básica

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDR - Programa de Participação Direta nos Resultados

SBC – Saúde Bucal Coletiva

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAM – Sistema Integrado de Saúde e Administração de Materiais

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

USF - Unidade de Saúde da Família

USF-ESB - Unidade de Saúde da Família com equipe de saúde bucal

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição das oficinas realizadas.....	22
Quadro 2: Caracterização das unidades estudadas.....	27
Quadro 3: Caracterização das equipes estudadas.....	30

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	VIII
<b>SUMMARY</b> .....	IX
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	X
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	XI
<b>1- APRESENTAÇÃO</b> .....	1
<b>2- INTRODUÇÃO</b> .....	4
2.1. DE ESCULÁPIO À BUCALIDADE .....	4
2.2. DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA E AS SINGULARIDADES DO CUIDADO BUCAL NA GESTAÇÃO.....	10
2.3. DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	14
<b>3- HIPÓTESE</b> .....	18
<b>4- OBJETIVOS</b> .....	19
4.1. OBJETIVO GERAL.....	19
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>5- MÉTODO</b> .....	20
5.1. LOCAIS E SUJEITOS DO ESTUDO .....	21
5.2. PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	24
5.3. ASPECTOS ÉTICOS.....	26
<b>6- RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	28
6.1. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE .....	28
6.2. CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES .....	30
6.3. AS OFICINAS .....	34
6.3.1. A experiência na UBS tradicional .....	34
6.3.2. A experiência na USF sem Equipe de Saúde Bucal .....	36
6.3.3. A experiência na USF com Equipe de Saúde Bucal .....	39
6.4. DISCURSO DOS GESTORES DAS UNIDADES .....	40
6.5. OS DITOS NAS OFICINAS .....	46
6.5.1. “Elas têm prioridade” .....	46
6.5.2. “Só quando tem dor, entendeu? ” .....	50
6.5.3. “A gente tá encontrando ainda estratégias para puxar pro tratamento” ...	58
6.5.4. “Mas se as coisas não estão dando certo eu acho que vale uma conversa” .....	63
<b>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
<b>8- REFERÊNCIAS</b> .....	70
<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	
<b>ANEXO 2 – PARECER DO COFORM - PMS</b> .....	
<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS</b> .....	
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE</b>	

**SAÚDE .....**  
**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....**  
**APÊNDICE D – ORIENTAÇÕES E ROTEIRO PARA AS OFICINAS.....**  
**APÊNDICE E – FICHAS COM RESUMOS PARA AS OFICINAS.....**

## 1- APRESENTAÇÃO

No ano de 1989, ingressei no curso de Odontologia na Universidade de Ribeirão Preto, concluindo-o em 1993. Assim que me graduei voltei para a minha cidade natal, São Vicente, e comecei a trabalhar em consultório particular. Durante toda a minha graduação não tive contato com discussões sobre trabalho interdisciplinar, salvo a respeito da complicada integração entre as diversas especialidades da odontologia.

Minha formação foi totalmente voltada para o trabalho técnico, direcionado ao consultório particular. A disciplina de Odontologia Preventiva e Social foi a única que abordou o trabalho fora do consultório, mas apenas na atenção à escolares e restrito a atuação de dentistas, auxiliares e estagiários de odontologia, sem a perspectiva do trabalho em equipe.

Ingressei na Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS), como dentista, em março de 1998, atendendo escolares em uma unidade móvel que ia até as escolas. Aos poucos fui me interessando pelo trabalho no SUS (Sistema Único de Saúde), ainda sem muito conhecimento ou experiência na área, até me dedicar totalmente ao serviço público.

No ano 2000 passei a atender em duas unidades básicas de saúde (UBS) e pela primeira vez, tive contato com uma equipe de trabalho formada por profissionais de diversas áreas. Essas UBS eram de grande porte e tinham diversos médicos (clínicos gerais, pediatras e ginecologistas), enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, além dos profissionais da odontologia (dentistas e auxiliares). Apesar dessa variedade de profissionais, não havia nenhuma integração e os profissionais não sabiam os nomes de todos os colegas que trabalhavam nas unidades. Era recorrente ouvir dos profissionais da minha área de formação que a odontologia ficava na última sala do corredor, separada do restante dos profissionais. Essa realidade me incomodava, mas não sabia como poderia trabalhar de forma diferente.

Depois de alguns anos fui transferido para duas UBS de menor porte, o que facilitou a comunicação com outros profissionais, principalmente na sala do café, já que, pela ausência de reuniões de equipe, esse era o ponto de encontro dos profissionais. Nesse momento eu entendi que se a odontologia ficava na última sala

do corredor bastava eu abrir a porta e sair.

Nessas conversas, notei que os profissionais que mais conheciam os usuários das UBS eram os agentes comunitários de saúde (ACS) e os técnicos de enfermagem. Me aproximei desses profissionais e paulatinamente adquiri mais informações sobre a população que atendia, ainda sem integração com os outros profissionais. Comecei, então, a perceber o que acontecia fora do consultório dentário.

Uma das UBS que trabalhava, em 2007, foi transformada em Unidade de Saúde da Família (USF), sem a incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB). Com o apoio da chefia da USF, delineamos um projeto apresentado à SMS visando a incorporação da ESB à USF, sem sucesso. No ano seguinte, fui convidado para assumir a vaga de dentista na USF Monte Serrat, unidade em que pude implantar minha proposta de trabalho, a partir de fevereiro de 2009.

A partir desse momento minha prática profissional começou a ser repensada e reformulada. A equipe era pequena e trabalhava com algum entrosamento. Havia reuniões semanais para a discussão de casos e outras questões do processo de trabalho que a equipe julgasse importante. No ano seguinte passamos a contar com a presença de estagiários da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), das áreas de Nutrição, Psicologia, Educação Física, bem como alunos de todos os cursos nos módulos do eixo Trabalho em Saúde, o que reforçou a possibilidade de trabalhar de modo interprofissional, ao menos em algumas frentes.

Em 2012 fiz um curso de Especialização em Saúde da Família por meio da UNASUS/UNIFESP (Universidade Aberta do SUS) e no ano seguinte a enfermeira fez o mesmo curso propiciando a ampliação das discussões em equipe e a construção de ações compartilhadas, como os grupos educativos, as visitas domiciliares, a discussão de casos, a formulação de projetos terapêuticos singulares e a criação e discussão de protocolos e fluxos dentro da USF.

Recentemente, a SMS iniciou um processo de transição da organização da atenção básica de modelo tradicional (UBS) para a Estratégia Saúde da Família (USF) nas regiões de maior vulnerabilidade de Santos. Fui convidado pela gestão central da SMS a participar do processo de transição, como profissional de apoio e nos anos de 2014 a 2016 acompanhei os processos de transição nas unidades São Bento e Jabaquara (região dos Morros) e Alemoa e Bom Retiro (zona Noroeste).

Esse percurso profissional e o meu trabalho na atenção básica à saúde apontam que a saúde bucal ainda é uma área desconhecida para muitos profissionais da saúde, o que despertou meu interesse em entender melhor como se dá a interação entre os profissionais das equipes de saúde bucal e os outros profissionais das equipes de saúde.



## 2- INTRODUÇÃO

O presente capítulo está dividido em três partes. Inicialmente fala sobre o conceito de bucalidade, seguindo para a atenção à saúde bucal na atenção básica e as singularidades da atenção às gestantes, e finalmente conversa com a educação permanente em saúde.

### 2.1. De Esculápio à Bucalidade

Como pôde a estomatologia (que estuda a boca) ser especialidade da odontologia (que estuda os dentes)? (Freitas, 2006, p. 33)

Há registros de cuidados com a dentição desde a antiguidade, sendo um dos primeiros através de Esculápio na *Ilíada* de Homero, mas somente em 1728, Pierre Fauchard publicou “Le chirurgien dentiste ou traité des dents”, o primeiro tratado sobre o tema. No Brasil, o primeiro registro de um tratamento dentário vem de Hans Staden, que preso pelos índios tupinambás, em 1524, passou por um episódio de odontalgia, ocasião em que os índios tentaram extrair o dente com um aparelho de madeira. A tentativa foi infrutífera, pois apavorado Hans Staden não permitiu o procedimento. A odontologia brasileira permaneceu por muito tempo no âmbito do curandeirismo e da pajelança, sendo praticada também por barbeiros e práticos sem nenhuma formação específica. Foram feitas algumas tentativas de regulamentar a profissão, mas somente em 1884 foi criado o Curso Superior de Odontologia, inicialmente nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Apesar disso, a odontologia era exercida por diplomados e práticos, sem distinção, até 14 de agosto de 1966, data da publicação do decreto que formalizou o exercício da odontologia, restringindo-o apenas aos portadores de diploma oficial (Pereira, 2012).

As ações de saúde bucal, desde então, foram focalizadas na figura do cirurgião-dentista e no dente doente, em atividades centradas na clínica individual e privada. As únicas ações públicas de odontologia eram ligadas à Previdência Social. A partir dos anos 1950, diversos movimentos alternativos surgiram no cenário da odontologia brasileira, na tentativa de combater as doenças bucais, especialmente a cárie

dentária, geralmente com foco no atendimento a escolares (Soares, 2014).

Esse atendimento prioritário, e às vezes até exclusivo aos escolares criou a expressão “geração perdida”, que se referia às pessoas fora da idade escolar (adultos, adolescentes e crianças com menos de 5 anos, já que o foco era o cuidado com o primeiro molar permanente) que em uma lógica perversa eram deixados sem nenhum tipo de cuidado à saúde bucal. Esse conceito é utilizado até hoje em muitos municípios brasileiros, em um modelo com mais de meio século de existência, e que pode deixar os adultos com assistência apenas em prontos-socorros ou o atendimento em clínicas particulares (Manfredini, 2003).

Na década de 1980, um conjunto de profissionais de odontologia, autodenominados “bucalheiros”, tendo como influência a Saúde Coletiva, as práticas comunitárias e uma saúde bucal pública de qualidade, iniciou a luta pela mudança das práticas hegemônicas oriundas do campo médico-odontológico, agregando disposições políticas, na busca pela inserção da Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde e pela democratização do país (Soares, 2014).

No final da década de 1980 surge a expressão Saúde Bucal Coletiva (SBC), definida por Narvai e Frazão como:

Um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como ‘Saúde Coletiva’ e que, a um só tempo, compreende também o campo da ‘Odontologia’, incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o (citado em Narvai, 2006, p.144)

A SBC advoga que a saúde bucal das populações não é proveniente apenas da prática odontológica, mas de construções sociais produzidas pela população em geral, pelos profissionais de saúde e também, ou até, pelos cirurgiões-dentistas. Por ser socialmente construído, cada processo é singular, o que acarreta um rompimento epistemológico com a odontologia (de mercado, hegemônica) que possui marco teórico assentado na biologia e no indivíduo e que desconsidera os processos sociais. A SBC busca um rompimento com o tecnicismo da odontologia hegemônica, alinhando-se ao pensamento da Saúde Coletiva, do compromisso histórico desta com a qualidade de vida e com a defesa da cidadania tanto da ação predatória do capital, quanto da ação autoritária do Estado. Para tal, a SBC visa o desenvolvimento de uma práxis que leve em conta as necessidades das pessoas, opondo-se à lógica de

mercado, rompendo com o *status quo*, caracterizado pela mercantilização dos serviços e monopolização de todos os recursos pelas elites. A SBC se alinha aos princípios do SUS, na medida que visa atender as necessidades de todas as pessoas – universalidade - seu acesso a todos os recursos necessários – integralidade - ofertando mais aos que mais necessitam – equidade (Narvai, 2006).

Alguns dos “bucaleiros” passaram a fazer parte da administração pública e coordenação de saúde bucal e, a partir da experimentação de modelos de atenção à saúde bucal pautados na SBC, em busca de melhorar o atendimento às necessidades da população, foram percebendo que a utilização acrítica de algumas propostas teóricas gerais da saúde coletiva, como a diretriz epidemiológica e a programação relacionada à ideia de risco foram insuficientes para dar conta dessa área específica (Botazzo, 2013).

A SBC começou a ser questionada, por muitas vezes não dar conta da tarefa a que se propôs, sendo capturada pelos grupos hegemônicos, reduzida ao seu componente odontológico, apenas reproduzindo suas práticas, produzindo mais do mesmo. Nesses casos, a denominação Saúde Bucal Coletiva não é mais do que um efeito de superfície (Botazzo, 2006).

A própria existência prática da SBC começou a ser debatida. Como entender seu conteúdo tecnológico? Não seria a SBC simplesmente Saúde Coletiva? Para justificar a existência de uma Saúde Bucal Coletiva, deveria existir também uma Saúde Mental Coletiva, ou uma Saúde Sexual Coletiva, e tantas outras quantas fossem as funções humanas, num campo cheio de atravessamentos por saberes e culturas em constante mutação? Aliás, a própria ideia de saúde poderia ser uma crença, já que se excetuando algumas situações bem concretas, a noção de saúde é uma idealização em torno da qual se organizam uma série de pensares e fazeres (Vilela, 2006).

Assim, o que é saúde? Sabemos que não é a ausência de doença, mas sabemos também que não é o completo bem-estar biopsicossocial. A questão torna-se mais complexa quando analisamos como é planejada a produção dos atos de cuidar nos serviços de saúde. A formação dos dentistas nas faculdades não leva em conta essas questões e ainda prioriza o uso de protocolos, que engessam o trabalho, afastando a criatividade e a questão relacional. É como se não sobrasse nada além de técnicas, enquanto tecnologias para o trabalho (Barros et al., 2007).

A odontologia, historicamente, privilegiou em sua abordagem os aspectos biológicos e técnicos, e isso afastou o que deveria ser o mais essencial, sua humanidade. Não deveriam ser os dentes os objetos da odontologia, mas sim o homem. Os modelos de atenção à saúde bucal presentes nos serviços públicos ainda apresentam graves questões de iniquidades de acesso, além de transportar o modelo da clínica particular para o público. Muitas vezes a percepção de doença do usuário e do profissional não coincidem, e esse profissional rotineiramente não valoriza essas percepções e queixas dos pacientes, realizando atos com grande distanciamento entre os saberes dos sujeitos envolvidos, legitimando o saber hegemônico e reforçando a submissão do doente (Pezzato et al., 2013).

Para superar esse modelo odontológico, segundo Vilela (2006), é necessária a construção de tecnologias e saberes, além de um compromisso ético-moral dos trabalhadores, saindo da posição de trabalhadores da saúde para a de trabalhadores pela saúde. Merhy (2005) destaca ser necessário um deslocamento das discussões e debates sobre a crise assistencial da saúde de um nível macroestrutural, para o nível das micropolíticas, debatendo essas questões nos cotidianos dos serviços.

A tão falada “crise da saúde pública” pode ser entendida como ideologia, pois reduzir a crise a fatores externos é procedimento ideológico, que deixa de levar em conta a própria lógica do sistema que a gerou (Botazzo, 2006).

Uma possibilidade seria olhar a boca não apenas como um agrupamento de órgãos funcionais, dentes, língua e etc., mas como produtora de subjetividade. Para isso há que se fazer um afastamento da prática dos dentistas, uma vez que esse recorte tem a capacidade de se interpor nos raciocínios, reduzindo as potencialidades bucais aos dentes. A odontologia tem um problema de divisão territorial mal resolvido com a medicina, e a despeito de ser vista por muitos como uma especialidade médica tem um discurso e linguagem específicos, transitando com dificuldade entre as outras clínicas, se afastando dos problemas sociais que julga não serem seus. Entretanto, apesar de ao longo do tempo diversas teorias terem explicado a cárie, principal objeto de estudo da odontologia, hoje se aceita que a cárie é socialmente produzida e determinada (Kovaleski et al., 2006).

Acerca disso, o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal – CNSB, realizada em Brasília, em 2004, destaca que:

...as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o País (Ministério da Saúde (BR), 2005a, p.7)

Pensando nas diferenças entre a Odontologia e a Saúde Bucal, podemos fazer um paralelo com Vilela (2006), quando a autora aponta as diferenças entre a Saúde Mental e a Psiquiatria:

Entendida como um campo de práticas saberes, de imediato a Saúde Mental se distingue da Psiquiatria pelo caráter disciplinar desta. Ademais, Saúde Mental remete a uma prática assistencial vocacionada para lidar com as patologias mentais, mas também para acolher um volume grande de queixas que não tinha tradução simples ou imediata na nosologia psiquiátrica e ainda um olhar para o sofrimento humano na perspectiva do bem-estar e da qualidade de vida, componentes da noção de saúde com o mesmo estatuto ético e humano que o da ausência de doenças (Vilela, 2006, p. 35).

Assim, podemos entender que a odontologia, com seu tecnicismo e dependência de tecnologias duras, se separa da saúde bucal por se voltar a lesão dentária, excluindo de suas práticas o restante do sujeito, inclusive sua boca. A eleição do dente doente como objeto de trabalho, priorizando a cárie como foco da quase totalidade dos recursos (financeiros e humanos) levou a odontologia a se afastar das práticas coletivas (sendo as poucas atividades coletivas da odontologia aprisionadas pelas palestras de escovação). Essa concepção de odontologia implicou em políticas e práticas de saúde bucal avessas aos princípios do SUS, afastando-as da integralidade do cuidado (Pires, Botazzo, 2015).

Botazzo (2013) considera que a boca não é apenas uma cavidade que abriga passivamente os dentes – objetos da odontologia - ela pertence a um sujeito, portador de necessidades, histórias e desejos. A boca é o lugar do desejo, e um dos meios para a interação com os outros, através da fala. Esse é o ponto de distinção entre a odontologia e a saúde bucal, que não abre mão de ter bons dentes, mas que também leva em conta suas outras dimensões, além do sujeito a quem a boca faz parte.

Botazzo (2006) propôs o termo bucalidade, como forma de estudar as atividades próprias da boca – a manducação, a linguagem e a erótica – como sendo a produção social da boca humana. A manducação – ato de apreender, triturar,

insalivar e deglutir – é o consumo do mundo. Considerando que o gozo do paladar é também cultural, ficando entre a razão e o desejo, frequentemente comemos o que não devemos, ou em mais ou menos quantidade do que devemos, mesmo com certa noção do que seria racionalmente recomendado, isto tudo atravessado pelo social e pela subjetividade, colocando o sujeito em conflito consigo e com os outros. Ao contrário do gozo genital, quase sempre seguido por um período de repouso, os gozos bucais podem se repetir continuamente, fornecendo à manducação uma possibilidade de ser nociva. Esses conflitos também são válidos para as outras atividades da boca humana. Produzimos e consumimos palavras, mas não raro falamos o que não deveríamos; na relação amorosa produzimos atos sexuais bucais, que podem trazer conflitos entre a razão, as crenças e o desejo.

Como esses três trabalhos (manducação, linguagem e erotismo) são realizações sociais abre-se a possibilidade de deslocamentos do campo biológico para o social. Não se pode esquecer que estamos tratando de vísceras (a forma com que os textos de anatomia se referem a essas estruturas) que por sua variedade (glândulas, língua, mucosas, dentes, etc.) não formam um órgão uniforme, mas antes constituem um território, que participa de fatos sociais como nenhuma outra parte de nosso corpo (Botazzo, 2000).

Botazzo (2006) afirma que as primeiras referências ao significado de bucalidade são encontradas em Foucault, na obra “As palavras e as coisas”, onde aparece a referência a uma cavidade oral em ato de produção e consumo. Na boca passam os beijos e palavras de amor, mas antes ela era cheia do gozo inescrupuloso do corpo do outro, enquanto puramente mamífera.

Ao introduzir o conceito de bucalidade, Botazzo (2000) colocou em evidência o caráter restritivo da clínica odontológica que valoriza os componentes mecânicos e a adstração da mão na sua prática, restringindo tanto a sua ação aos dentes que deixou de enxergar o próprio “dono” da boca. Souza (2006) destaca a potência que a bucalidade tem para ser usada como conceito-ferramenta - inspirada na ideia deleuziana sobre o uso de conceitos como ferramentas auxiliares do pensar – na tentativa de resgatar a dimensão cuidadora perdida pela odontologia, possibilitando uma escuta qualificada das necessidades dos sujeitos, utilizando sim todas as técnicas necessárias para restabelecer as funções bucais dos que necessitam, mas sem deixar de lado a possibilidade de transgressão das regras para a invenção de

outros saberes.

A bucalidade extrapola a visão odontológica, centrada na técnica, no protocolo e nos dentes, por meio da fala do próprio sujeito que experimenta no seu dia a dia as sensações proporcionadas por sua boca (Pezzato et al., 2013).

## **2.2. Da saúde bucal na atenção básica e as singularidades do cuidado bucal na gestação**

Historicamente, as ações em saúde bucal no Brasil se deram de forma paralela e distanciada da organização dos demais serviços de saúde, com uma visão curativista pautada somente na assistência aos doentes. Essa visão excludente e hospitalocêntrica não conseguiu dar soluções às necessidades de saúde bucal da população, que continuava com dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal (Vasconcelos et al., 2010).

Logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, marco no processo de redemocratização da saúde, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, evento que classificou a Odontologia brasileira como ineficiente e ineficaz (Pereira et al., 2008). A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, discutiu a questão saúde bucal *versus* cidadania, apontando, em seu relatório final:

O modelo de saúde bucal vigente no Brasil, caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação (Ministério da Saúde (BR), 1993, p.07).

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família, posteriormente chamado de Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de reorganizar as práticas de saúde na atenção básica, com foco na família (Cericato et al., 2007), sem a inclusão da área de Odontologia nesta proposta. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram inseridas na ESF somente a partir do ano 2000 (Pereira et al., 2008).

A saúde bucal integra-se, ainda que parcialmente, à ESF, levando os

profissionais de odontologia a interagir com os demais membros da equipe de saúde, o que possibilitaria modificações nas práticas de todos, a partir da necessária troca de conhecimentos e experiências. Ainda que se respeitem as peculiaridades de cada profissão, todos profissionais da equipe devem ter conhecimentos, habilidades, atitudes e valores com real significado para a comunidade e com vistas à integralidade do cuidado (Ministério da Saúde (BR), 2000).

Entretanto, ainda hoje a integração entre os profissionais continua frágil, na medida que objetos, instrumentos e ações de cuidado são postos lado a lado, de modo fragmentado, com a mera justaposição de trabalhos, sem uma ação realmente interprofissional (Rodrigues et al., 2010a).

As ações preconizadas pelo SUS para a ESF necessitam de profissionais com uma visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, com conhecimentos que possibilitem uma atuação criativa, humanizada, competente e resolutiva, e com capacidade para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade (Ministério da Saúde (BR), 2000).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 267, de 06 de março de 2001, fornece diretrizes para a reorganização dos serviços de odontologia na atenção básica em saúde (ABS) e estabelece entre as bases para essa reorientação a integralidade da assistência prestada à população adscrita, a humanização do atendimento, a abordagem multiprofissional e a educação permanente dos profissionais (Ministério da Saúde (BR), 2001).

Entre as ações específicas de Odontologia na ABS, destaca-se a atenção à saúde bucal das gestantes, uma vez que a relação entre as doenças bucais, especialmente a doença periodontal, e a prematuridade e baixo peso ao nascer é bem documentada na literatura (Offenbacher et al., 1996; Mendes et al., 2010). O tratamento odontológico durante a gravidez é geralmente seguro, e além de evitar complicações na gestação, melhora a qualidade de vida da mulher e reduz o risco de transmissão de patógenos orais da mãe para os filhos (Mendes et al., 2010). Muitas vezes os profissionais e as gestantes têm receio em relação ao tratamento odontológico durante a gestação, priorizando apenas os procedimentos preventivos e postergando até o nascimento do bebê os tratamentos mais invasivos, sem considerar que a manutenção de problemas na cavidade oral pode causar problemas na gestação, além de maior dano em função da progressão da doença. O tratamento



odontológico é mais seguro no segundo trimestre da gestação, mas os casos que necessitam de cuidados urgentes podem ser solucionados em qualquer período gestacional. A maioria dos procedimentos odontológicos pode ser feito sem maiores complicações, desde que sejam planejadas sessões curtas, adequação da posição da cadeira e conhecimento do profissional quanto aos fármacos de uso seguro na gestação (Bastiani et al., 2010).

A doença periodontal e a cárie dentária apresentam aumento de incidência durante a gestação, sendo as alterações bucais mais comuns durante essa fase. Esse aumento se deve a diversos fatores, como as modificações hormonais, a mudança dos hábitos alimentares, náuseas, vômitos e outros fatores que dificultam a higienização adequada (Aleixo et al., 2010).

A transmissão de microrganismos bucais da mãe para o filho pode ocorrer durante a gestação, durante o parto e após o nascimento. Essa exposição a microrganismos potencialmente patogênicos é um risco para o desenvolvimento do feto e da criança (Slavkin, 1997).

As gestantes durante o pré-natal realizam uma série de consultas com médicos e equipe de enfermagem, muitas vezes sem contato com profissionais da ESB e sem aproximação da história de saúde bucal, bem como de exame oral em busca de sangramentos gengivais e outros sinais de doenças bucais (Sanz, Kornman, 2013). Muitas vezes essas mulheres não são atendidas pela ESB ou não aderem ao tratamento odontológico e, comumente, a resistência ao tratamento odontológico durante a gravidez ocorre por falta de informação ou por informações distorcidas, como o medo de que o tratamento odontológico ofereça algum risco à gestação (Finkler et al., 2004). Essa desinformação atinge usuários e profissionais dos serviços de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde (Maeda et al., 2005).

Finkler et al. (2004) estudaram as representações sociais sobre saúde bucal, de gestantes de Florianópolis, Santa Catarina, e encontraram relatos de muitas dúvidas e entendimentos equivocados sobre os riscos do tratamento odontológico durante a gestação, cuidados com sua própria saúde bucal e a relação com a saúde bucal da criança, entre outros. Concluíram que a aproximação entre as gestantes, a Odontologia e a equipe multiprofissional de saúde parece ser um desafio fundamental para o início de um ciclo de promoção de saúde bucal, que exige um repensar sobre

a formação de recursos humanos em saúde, especialmente na dimensão educativa das práticas de saúde e no trabalho interdisciplinar durante o pré-natal.

Em estudo realizado na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, a partir de entrevistas com médicos obstetras em seus consultórios particulares ou nos hospitais em que atuam, sobre conhecimentos em saúde bucal, Ferreira et al. (2009) destacaram que 9,3% dos entrevistados não associaram a gestação às alterações bucais; 39,5% não orientaram a gestante a procurar tratamento odontológico; 67,4% não consideraram o leite materno cariogênico e 23,2% afirmaram ter conhecimentos insatisfatórios sobre o tema.

Araújo et al. (2009) enviaram questionários com perguntas fechadas sobre a saúde bucal na gestação para médicos ginecologistas-obstetras da rede privada, cadastrados junto a um plano de saúde no litoral de Santa Catarina, constatando que 97,6% acreditavam que a gestação pode provocar alterações na saúde oral, mas apenas 51,8% orientavam suas pacientes sobre a necessidade de acompanhamento odontológico, o que indicou a necessidade de maior integração e participação dos profissionais de Odontologia nas equipes de pré-natal, bem como um melhor aprofundamento do assunto entre a classe médica.

Feldens et al. (2005), em estudo realizado em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, verificaram que o conhecimento dos médicos obstetras sobre práticas de saúde bucal era limitado e sem fundamentação científica, apontando deficiência em ações interdisciplinares. Maeda et al. (2005), em estudo com ginecologistas obstetras em Franca, São Paulo, afirmaram que a falta de estímulo dado pelo médico para que a gestante realize consulta com o cirurgião-dentista é um impedimento para a atenção à saúde bucal.

Em estudo conduzido em um hospital na cidade de Cuiabá, Mato Grosso, Martins et al. (2013) avaliaram a saúde bucal de puérperas internadas pelo SUS, concluindo que a equipe da atenção básica responsável pelo pré-natal dessas gestantes não preenchia o campo sobre saúde bucal no cartão da gestante, tampouco as orientava quanto à atenção odontológica, reforçando a necessidade de ações de saúde bucal no pré-natal e da maior integração entre os profissionais.

A partir desta exploração inicial da literatura disponível, é possível evidenciar a frequente ausência de conhecimento e práticas sobre a saúde bucal durante a gestação pelos profissionais de saúde e gestantes em diferentes regiões do Brasil.

Outra questão se refere à carência de estudos que envolvam a atenção odontológica à gestante na perspectiva da ABS, bem como estudos na região da Baixada Santista.

O Ministério da Saúde (2006), no Caderno de Atenção Básica nº 17 sobre Saúde Bucal, bem como no Caderno de Atenção Básica nº 32 sobre Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Ministério da Saúde (BR), 2012), reconhece que o estado de saúde bucal da gestante tem relação com seu estado geral e pode influenciar a saúde bucal e geral do bebê. Por isso, todo serviço de saúde deve rotineiramente realizar a busca ativa de gestantes para inclui-las no pré-natal, com ações conjuntas e integradas entre os profissionais de saúde bucal e demais integrantes da equipe de saúde. Entretanto, nenhuma menção à saúde bucal da gestante é feita no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério (Ministério da Saúde (BR), 2005b).

A Secretaria Municipal de Saúde de Santos (2104), por meio do Programa Mãe Santista, protocolo de Saúde da Mulher do Município de Santos, no capítulo referente à Assistência Pré-Natal coloca o exame odontológico alterado com fator de risco para a prematuridade, destacando que toda gestante deve ser encaminhada para avaliação odontológica na primeira consulta do pré-natal e que a agenda da odontologia deve ser priorizada para as gestantes sem, contudo, aprofundar o tema, nem tampouco explicitar diretrizes sobre o agendamento, consultas e acompanhamento. Cabe ressaltar que o Município de Santos vem enfrentando, ao longo dos anos, dificuldades em diminuir os índices de mortalidade materno-infantil e percebe-se que ações de promoção de saúde bucal para as gestantes, que podem ser fatores de melhoria na qualidade de vida da gestante, do feto e do recém-nascido, continuam apartadas das outras ações em saúde, sendo executadas de forma desarticulada.

### **2.3. Da educação permanente em saúde**

A forma tradicional de educação dos profissionais de saúde tem sido a educação continuada, que se caracteriza por ações pontuais centradas em conteúdos padronizados para categorias específicas de profissionais, desconsiderando as realidades locais e as necessidades dos trabalhadores, consequentemente com baixo impacto na melhoria das ações de saúde. Essas capacitações reforçam a produção fragmentada do conhecimento, produzindo profissionais que não conseguem lidar com o contexto complexo do cuidado em saúde. Nesse sentido, Cardoso (2012) descreve a EPS (Educação Permanente em Saúde) como um possível

desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, que buscam desenvolver a capacidade de refletir criticamente sobre a realidade no sentido de transformá-la.

A EPS tornou-se uma das prioridades da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 1980, com a formação de grupos de trabalho internacionais, incluindo brasileiros. No Brasil, as ideias da EPS foram incluídas no SUS, por meio da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS), aprovada em 2002, que é formada por um conjunto de ações e normas que estabelecem um maior grau de comprometimento dos entes federativos, dos três níveis, na implantação de políticas de EPS baseadas nas atribuições dos trabalhadores do SUS (Ferraz et al., 2012).

Para Ceccim e Capozzolo (2004):

A educação permanente é a definição pedagógica para o processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais (Ceccim, Capozzolo, 2004, p. 381)

Dessa forma, podemos entender que os lócus da EPS são os próprios espaços dos serviços de saúde e de gestão do SUS e que, baseada nas práticas cotidianas, permite a construção coletiva do saber que faz sentido para um grupo social (Lopes et al., 2007).

Na EPS busca-se a construção compartilhada de conceitos, superando a cultura organizacional de centralidade na tomada de decisões, o que pressupõe a participação dos sujeitos por meio de ideias, necessidades e afetos presentes nas interações sociais e levados para os espaços de discussão em equipe. Esses espaços coletivos construídos para a troca de saberes, reflexões, planejamentos e avaliações se valem da problematização da prática, a partir dos conhecimentos dos profissionais sobre os temas discutidos que emergem das interações com o território e os usuários dos serviços (Miccas, Batista, 2014).

Os assuntos a serem abordados na proposta da EPS devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para garantir uma melhor qualidade no atendimento aos

usuários ou melhores condições de trabalho. A análise contextualizada dos problemas detectados pela equipe tem potencial para gerar práticas inovadoras e transformadoras (Batista, Gonçalves, 2011).

Para Ceccim (2004), a EPS deve ter uma porosidade que permita a entrada da realidade dos serviços de saúde, e uma postura política que busque a autoanálise, a auto-gestão, a implicação, e a ruptura com os instituídos, em busca da criatividade e da experimentação.

No cotidiano das unidades de saúde o trabalho é atravessado o tempo todo pelos vetores do trabalho morto e do trabalho vivo em ato, que disputam espaços na produção do cuidado com diferentes composições tecnológicas. O vetor do trabalho morto opera com a materialidade dura produzida antes do trabalho vivo, mas operada por este. O vetor do trabalho vivo em ato opera no encontro, no acontecimento do ato de cuidar, onde se utilizam ou não os recursos do trabalho morto, mas antes, é o local com potência para escapar do modo hegemônico de se fazer saúde. É nesse campo que se encontram as maiores possibilidades da EPS, pois é no mundo do trabalho que a formação efetivamente se concretiza, apesar das outras formas de capacitação a que os trabalhadores da saúde são submetidos (Feuerwerker, 2014).

Trazer a análise crítica e a discussão das formas de se produzir saúde para o interior dos serviços pode ser uma ferramenta de gestão com potência para colocar o fazer sob análise e intervenção pelo próprio sujeito produtor desses atos, colocando em foco a compreensão do agir individual e em grupo e sua implicação política, com aberturas para modos mais democráticos de produzir e gerenciar atos de saúde (Feuerwerker, 2014).

A visão gerencial comum em nosso meio, de que a baixa eficácia das ações em saúde é causada pela falta de competência dos trabalhadores, e que a mera oferta de conteúdos para suprir essa falta é suficiente para corrigir os problemas, acaba por levar ao aprisionamento das ações de EPS dentro da lógica hegemônica de produção dos atos de saúde, com o gasto de recursos com inúmeros cursos que não alcançam os resultados esperados, pois não consideram que é impossível separar a educação e trabalho em saúde, já que um produz o outro (Merhy, 2005).

Para que as práticas educativas passem a pertencer aos sujeitos para os quais são dirigidas, precisam ser alvo de revisões e análises críticas, de modo que contenham e contemplem os conhecimentos formais e os conhecimentos do contexto

local de inserção dos profissionais, sujeitos responsáveis pelas mudanças da realidade do trabalho desejadas por essas práticas educativas (Ceccim, 2004).

No contexto de reflexões sobre práticas profissionais, a EPS pode ser uma resposta às lacunas da atenção à saúde bucal durante a gestação, pois se baseia em aprendizagem significativa, a partir de problemas vivenciados no cotidiano profissional, onde, se utilizando a problematização coletiva, é possível uma transformação das práticas das equipes de saúde (Lopes et al., 2007).

Na perspectiva da saúde bucal no pré-natal, em equipamentos da atenção básica, como convocar as equipes para a reflexão do cuidado bucal durante a gestação? Como interferir para que os profissionais se debruçam sobre a organização de ações de saúde bucal voltadas ao pré-natal?

### **3- HIPÓTESE**

Tomando a saúde bucal, como parte do cuidado integral de gestantes na atenção básica em saúde, as oficinas podem constituir estratégias de problematização de práticas com vistas a disparar processos de educação permanente.

## **4- OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo geral**

Problematizar a atenção à saúde bucal na atenção básica durante o pré-natal na região dos Morros de Santos, São Paulo.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Conhecer e descrever o perfil das unidades de atenção básica à saúde e dos profissionais estudados;
- Identificar as dificuldades das equipes de saúde estudadas quanto aos cuidados com a saúde bucal das gestantes durante o pré-natal;
- Provocar as equipes de saúde das unidades estudadas para a introdução do tema da saúde bucal na perspectiva da integralidade do cuidado às gestantes;
- Elaborar oficinas de educação permanente com vistas a problematizar a atenção à saúde bucal durante o pré-natal.



## 5- MÉTODO

O presente trabalho tem abordagem qualitativa que, para Minayo (2010), permite que a fala revele as condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos que podem ser usados para transformação, como construções humanas significativas.

O pesquisador, na perspectiva qualitativa, estuda 'as coisas' em seu ambiente natural, tentando interpretar os significados que as pessoas trazem para elas. A interpretação de um texto ou fala nunca é definitiva, pois seus sentidos sempre estão abertos em várias direções, mas essa interpretação deve ir além das falas dos sujeitos da pesquisa, de forma a surpreendê-los, mostrando o quanto é possível inferir do contexto presente (Minayo, 2010).

Em pesquisa qualitativa, o campo da pesquisa pode ser entendido como o local onde as pessoas que serão estudadas são naturalmente encontradas, em suas relações com o contexto em que se inserem (Turato, 2003). No presente trabalho, o campo é a unidade básica de saúde, onde os profissionais realizam suas tarefas cotidianas, relacionando-se com os usuários dos serviços, com os outros colegas e com a gestão. É o local das disputas políticas e micropolíticas, local de potência para a problematização das práticas das equipes.

Com o intuito de criar um espaço de construção de conhecimento com ênfase na ação, na prática, foram realizadas oficinas com profissionais de saúde. Para Paviani e Fontana (2009), sem perder de vista a base teórica e como oportunidade de vivenciar situações significativas, com objetivos pedagógicos, as oficinas podem atender à articulação de conceitos com situações concretas, da vida diária nas unidades de saúde, e à construção coletiva de saberes, fortalecendo o trabalho interprofissional.

As oficinas podem se configurar como instrumentos de intervenção na assistência à saúde, com potencial para fazer emergir conhecimentos e significados que os participantes atribuem a determinado tema, que podem ser compartilhados e problematizados. Para potencializar as discussões são oferecidos conteúdos para ser trabalhados durante o processo educativo, de forma a democratizar e horizontalizar o conhecimento, valorizando a participação de todos. É necessário um planejamento prévio, com uma temática delimitada, seguindo uma série de passos estrategicamente

definidos (Chiesa, Westphal, 1995).

A abordagem educativa problematizadora não busca a transferência de conhecimentos, mas permite sua construção coletiva, como instrumento a serviço de uma sociedade menos desigual. As oficinas podem ser tomadas como meios de aprimoramento da relação entre teoria e prática, com a discussão dos saberes e noções dos participantes e a combinação entre os conhecimentos prévios e os adquiridos durante a oficina para a aplicação em situações novas, superando conceitos preconceituosos ou ingênuos, possibilitando uma visão mais crítica da realidade. Essa pode ser uma ferramenta potente para transformar a práxis reiterativa em uma práxis inovadora e criativa (Soares et al., 2009).

Para um processo de aprendizagem de adultos ser efetivo, devemos considerar os significados, o conhecimento prévio e a aplicabilidade. Essa ideia permeou todo o projeto de estruturação das oficinas, tentando sempre relacionar os conteúdos e discussões sobre a saúde bucal das gestantes, à prática diária das equipes. Nas oficinas optamos por trabalhar com pequenos grupos, que favorecem o desenvolvimento de competências colaborativas, desejáveis quando pensamos em trabalho interprofissional, além de ser um espaço para a construção de significados, conhecimentos e habilidades, conforme discute Camara (2014).

## **5.1. Locais e sujeitos do estudo**

Foram sujeitos do estudo os integrantes das equipes de saúde de três unidades de atenção básica da região dos Morros do município de Santos.

O município de Santos ocupa uma área de 231,60 km<sup>2</sup>, sendo 39,40km<sup>2</sup> na Ilha de São Vicente e o restante no continente. A porção insular possui a maior densidade demográfica abrigando cerca de 99% da população da cidade, estimada para 2015 em aproximadamente 434.000 pessoas, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é um dos maiores do Brasil, 0,840, sendo que Santos ocupa o 5<sup>a</sup> lugar no ranking de qualidade de vida dos municípios brasileiros. Entretanto, a riqueza não é distribuída de forma uniforme pela cidade, sendo que na área insular, a zona noroeste, o centro e a região dos morros são as regiões de maior vulnerabilidade social (Fundação

Seade, 2010).

A região dos Morros corta ao meio a Ilha de São Vicente, no sentido norte-sul, ocupando uma área de 8,3km<sup>2</sup> e uma altitude máxima de 200 m acima do nível do mar. É formada por um bloco único, mas que recebe diversas denominações em função da ocupação humana, sendo que há 16 bairros nessa região. A ocupação humana dos morros iniciou-se no final do século XIX com a imigração de portugueses da Ilha da Madeira e dos Açores, que vieram trabalhar na cultura do café. Esses imigrantes já viviam em regiões de encostas de morros em Portugal, trazendo para Santos a tecnologia que dispunham para a construção de casas. Com o advento do capitalismo industrial, o perfil de migração para Santos mudou, sendo predominantes os brasileiros, especialmente os nordestinos e mineiros que, por não possuir tradição na ocupação de encostas, passaram a ocupar os morros de forma mais desordenada, aumentando a ocorrência de acidentes com deslizamentos. Com a ocupação das áreas de planície, a partir dos anos 1970 houve um importante aumento da população residente nos morros (Freire, 1995).

Tomando a perspectiva da área da Saúde em Santos, em 1989, iniciou-se a implantação de Unidades Básicas de Saúde - batizadas de Policlinicas, a criação da rede de atendimento psicossocial - os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), a instalação da Casa da Gestante - setor de atendimento das gestações de risco, a criação dos ambulatórios de especialidades (AMBESP), a intervenção e desmonte do Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, a reforma dos três prontos-socorros existentes, a criação de um programa de atendimento aos portadores de HIV/AIDS, pioneiro no Brasil, entre outros. No final de 1990 foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde, que elegeu o primeiro Conselho Municipal de Saúde e elaborou a primeira "Carta de Santos", com uma série de diretrizes básicas que guiaram o trabalho da Secretaria de Saúde nos anos seguintes (Pimenta, 1997).

A política municipal de saúde bucal em Santos iniciou-se também em 1989, guardando relação com dois eventos: a estruturação do marco teórico da Saúde Bucal Coletiva e a implementação do sistema de policlinicas, que passou a contar, em alguns casos, com a presença da ESB. Antes disso, o município contava com dentistas atendendo apenas crianças, nas escolas, e atendimentos de urgência, principalmente na rede particular conveniada.

Manfredini (1997) destaca que a falta de movimentos organizados de usuários

dos serviços de saúde bucal foi um entrave ao desenvolvimento de políticas públicas na área, já que não existia a pressão organizada, como nos casos dos portadores de HIV/Aids e usuários de serviços de saúde mental, por exemplo.

Com a organização da Atenção à Saúde Bucal no município, os cirurgiões-dentistas que estavam nas escolas foram levados para as policlínicas e criou-se um serviço de prevenção escolar às doenças bucais, conduzido por auxiliares de saúde bucal, sob supervisão de dentistas, com orientações sobre higiene oral e distribuição de escovas dentais e cremes dentifrícios aos escolares. Foi criado também o Sistema Municipal de Vigilância Sanitária da Fluoretação de Águas, que desempenhou papel na garantia de níveis adequados de flúor na água de consumo.

Em 2005, foi implantada a ESF no município, inicialmente com a criação das USF Monte Serrat, na região dos morros, USF Caruara e USF Monte Cabrão, na área continental da cidade. O ritmo de implantação da ESF no município foi inicialmente lento e algumas UBS foram sendo transformadas em USF, sem a integração das ESB, situação corrigida posteriormente. Atualmente a cidade conta com 32 Unidades de Atenção Básica, sendo dez unidades implantadas nos morros, a saber: UBS Marapé, USF Monte Serrat, USF Morro do José Menino, USF Vila Progresso, USF Morro Santa Maria, UBS/PA Nova Cintra, USF Morro do São Bento, USF Morro da Penha, USF Jabaquara e USF Valongo.

A escolha da região dos Morros, para este trabalho, pautou-se na trajetória profissional do pesquisador na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Santos, como cirurgião-dentista em uma unidade da ESF na região desde 2009 e como profissional de apoio, participando de oficinas propostas pela gestão central da atenção básica, no processo de transformação das unidades básicas de saúde em unidades de saúde da família que está em andamento na região.

A definição das unidades estudadas ocorreu após a interlocução com a Coordenação da Atenção Básica da região dos Morros (CORABS-m), que auxiliou na escolha dos equipamentos de acordo com as singularidades que permitiram diferentes problematizações sobre o entendimento da atenção à saúde bucal durante o pré-natal e do momento em que a organização das equipes se encontrava, com vistas a maior capilaridade aos processos de reflexão sobre as práticas profissionais.

Um dos equipamentos escolhidos foi uma USF com uma equipe de saúde e sem a presença de ESB, sendo que os atendimentos de saúde bucal dessa população

são supridos por uma UBS próxima ao território da USF. Outro equipamento foi uma USF, que passou recentemente pela transição do modelo de UBS para USF, composta por três equipes de saúde e duas ESB que trabalham em conjunto com as três equipes. As oficinas foram realizadas somente com uma das equipes de saúde, escolhida em conjunto com a gestão da USF, baseando-se na participação ativa da ESB na equipe escolhida. O terceiro equipamento trata-se de uma UBS organizada na forma tradicional com a presença de profissionais da área de odontologia. Esses três equipamentos de atenção básica foram denominados, respectivamente, de USF; USF-ESB, UBS.

## **5.2. Produção e análise dos dados**

Os dados foram produzidos no período de julho a dezembro de 2015. Inicialmente foi realizada a caracterização das unidades, bem como dos profissionais participantes da pesquisa. A caracterização das unidades foi obtida por meio de análise de documentos, como o Portal da Transparência da Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Internet e relatórios do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica); bem como por questionário respondido pela gerência da unidade, incluindo ano de inauguração, área de abrangência, população adscrita, número de gestantes no mês da coleta de dados, a percepção de como se organiza a saúde bucal na unidade, e quais profissionais compõe a equipe (Apêndice A). A caracterização dos profissionais foi feita por meio de questionário abordando qual a formação, o número de anos de formado, o tempo de serviço na unidade estudada e na atenção básica, e o porquê de o profissional atuar na atenção básica (Apêndice B).

Foram realizadas duas oficinas em cada uma das unidades (Quadro 1), pensadas como um possível caminho para superar a distância entre a teoria e a prática. Para isso, as oficinas foram planejadas visando a articulação de conceitos, saberes e noções com ações concretas, sendo as tarefas executadas em equipe, o que para Paviani e Fontana (2009) pode levar à construção coletiva de saberes.

Na primeira oficina os profissionais das equipes de saúde foram convidados a uma discussão sobre como se dá a articulação dos profissionais da ESB com outros integrantes da equipe de saúde e como o cuidado com a saúde bucal das gestantes é realizado no contexto de cada unidade, na tentativa de fazer emergir questões e

situações cotidianas que muitas vezes não são percebidas pela própria equipe. Todos os profissionais das equipes estudadas foram convidados a participar.

Na segunda oficina, a discussão foi retomada a partir de situações-problema trazidas pela própria equipe. Foram usados como pontos de partida a leitura de fichas com trabalhos encontrados na literatura atual sobre a relação entre a saúde bucal e o cuidado pré-natal. A escolha dos artigos usados para produzir as fichas baseou-se em dúvidas trazidas pelos profissionais durante a primeira oficina, bem como pela interlocução com os profissionais da USF onde o pesquisador está locado, que auxiliaram em levantar as dúvidas mais frequentes na equipe sobre a relação entre saúde bucal e gestação (Apêndice D).

Oficina 1	Oficina 2
<p>Primeira parte:            -Explicação do projeto;            -Leitura e assinatura do TCLE;            -Preenchimento dos questionários;</p> <p>Segunda parte:            -Pergunta disparadora: Como é realizado o cuidado com a saúde bucal das gestantes nesta unidade?</p>	<p>-Divisão dos profissionais em dois grupos;</p> <p>-Quatro questões foram entregues para discussão em cada um dos grupos:            1.Durante a gestação ocorre um aumento na incidência de cáries? Por que? (Grupo I)            2.Existe relação entre o acesso ao tratamento odontológico e menor quantidade de efeitos adversos na gravidez e no parto? Por que? (Grupo I)            3.Por que muitas vezes se evita o tratamento odontológico das gestantes? (Grupo I)            4.Existe transmissão vertical de patógenos ou doenças bucais? Explique. (Grupo I e II)            5.Existem doenças bucais que podem interferir na gestação? Explique. (Grupo II)            6.Existe um aumento da incidência de doença periodontal durante a gestação? Por que? (Grupo II)            7.A gestante pode submeter-se ao tratamento odontológico? Como proceder? (Grupo II)</p> <p>-Sete fichas com resumos foram distribuídas para comparação com as respostas dadas;</p> <p>Pergunta final para o grupo 1:            Na sua unidade quais os fatores potencializadores da atenção à saúde bucal das gestantes?</p> <p>Pergunta final para o grupo 2:            Na sua unidade quais os fatores dificultadores da atenção à saúde bucal das gestantes?</p>

Quadro 1: Descrição das oficinas realizadas (Santos, 2015)

O pesquisador atuou como moderador das discussões e construiu diários de campo sobre os processos de operacionalização e acontecimentos em cada encontro utilizados posteriormente para a descrição das oficinas.

As conversas durante as oficinas foram gravadas e transcritas. O material transcrito foi analisado por meio de uma das técnicas de análise de conteúdo, denominada análise temática. Nesta análise, os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso são caracterizados pela presença de determinados temas (Minayo, 2010).

Na análise de conteúdo, busca-se a explicitação dos sentidos contidos nas falas, documentos ou fenômenos, bem como os significados. O material bruto é tratado, codificado, para atingir uma possível representação de seu conteúdo. O pesquisador deve avançar além das técnicas puramente descritivas, passando ao estágio de fazer inferências, já que o ato de discutir e inferir é a razão última pela qual lançamos mão dessa técnica (Turato, 2003).

Entendendo que as oficinas possibilitam encontros e podem, portanto, produzir formação e cuidado, a pesquisa tentou dar voz ao profissional de saúde, revelando suas aproximações e distanciamentos em relação à saúde bucal na gestação. Esse processo pode ser entendido como disparador de ações de EPS, conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde (2009), que trata a EPS como a relação – dinâmica e orgânica – entre ensino-ações-serviços, com vistas à aprendizagem no trabalho, com a transformação de práticas profissionais e da organização do processo de trabalho, a partir da problematização da realidade.

### **5.3. Aspectos éticos**

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, em 15/07/2015, parecer nº 1.163.765 (Anexo 1), e pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos por meio da Coordenação de Formação e Educação Continuada em Saúde (Anexo 2), atendendo às normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados foram produzidos após assinatura do Termo de

### Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

As falas foram identificadas com nomes de flores para as chefes de seção, e com nomes de cores para os profissionais participantes das oficinas, com a finalidade de manter sigilo sobre a identidade das pessoas.



## 6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1. Caracterização das unidades de saúde

A seguir, a caracterização das unidades estudadas (Quadro 2).

Características	Unidade		
	USF	USF-ESB	UBS
Imóvel	Adaptado	Construído	Construído
População adscrita	2099	8200	7000
Nº de gestantes	11	63	43
Equipe	01 ESF	03 ESF	---
Nº de ESB	00	02	---
Apoiadores	01 ginecologista	01 pediatra 01 ginecologista	---
Agendamento para o serviço de odontologia	Fila de espera na unidade de referência	Fila de espera	Dia de marcação

Quadro 2: Caracterização das unidades estudadas (Santos, 2015)

A USF apresenta uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, sete ACS, um ajudante geral, além da gerente da unidade e chefia administrativa. Não há ESB.

A USF-ESB conta com três equipes de saúde, compostas cada uma por um médico, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e quatro ACS, além de duas ESB formadas por uma dentista e uma ASB cada.

A UBS conta com oito médicos, sendo três clínicos gerais, dois pediatras, dois ginecologistas, e um clínico geral de pronto atendimento, quatro enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, onze técnicos de enfermagem, três dentistas, um auxiliar de saúde bucal, seis ACS, seis ajudantes gerais e sete funcionários administrativos, além da gerência e chefia administrativa.

### **6.1.1. A Unidade de Saúde da Família sem ESB**

A USF foi instalada em uma casa residencial adaptada, desde 2006, funcionava como uma unidade do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que contava com ACS e um enfermeiro, que permanecem até hoje na mesma unidade. No ano seguinte a unidade foi transformada em ESF, com a incorporação dos outros profissionais que atualmente compõe a equipe. O imóvel apresenta alguns problemas estruturais, como infiltração de água em dias de chuva, umidade excessiva em algumas salas, falta de espaço para a instalação do consultório odontológico, climatização insuficiente, ficando extremamente quente nos dias de calor.

Não há ESB e os atendimentos de saúde bucal são referenciados à UBS próxima, responsável pela atenção básica em saúde do território antes da instalação da USF.

A USF tinha uma população adscrita de 2099 pessoas, na data da produção dos dados, e contava com onze gestantes. As gestantes e os bebês são encaminhados ao serviço de odontologia da UBS de referência e tem prioridade no atendimento, sendo agendadas prontamente, ao contrário do restante da população, que procura a referida UBS por conta própria para colocar seu nome na lista de espera, aguardando uma vaga para o atendimento odontológico.

### **6.1.2. A Unidade de Saúde da Família com ESB**

A USF-ESB, inaugurada em 1992, atualmente está localizada em imóvel construído para esse fim.

Ainda que possua estrutura física planejada para a instalação da unidade, apresenta alguns problemas estruturais, como sala de recepção com número insuficiente de cadeiras, salas delimitadas por divisórias de madeira, sala de reuniões pequena, onde são guardados móveis e equipamentos sem uso.

Inicialmente a unidade funcionava como UBS, sendo que a transição para a USF aconteceu em 2014. A UBS-ESB tem três ESF e duas ESB, sendo que essas equipes foram distribuídas da seguinte forma: equipe ESF1 com ESB, equipe ESF2 sem ESB, e equipe ESF3 com ESB, sendo que as ESB 1 e 3 dividem o atendimento da

população da ESF2.

Na ocasião da produção dos dados de pesquisa, a USF-ESB apresentava uma população adscrita de aproximadamente 8200 pessoas e 63 gestantes estavam cadastradas na unidade.

O agendamento dos usuários é realizado por meio de lista de espera organizada pela ASB e, com o intuito de evitar uma longa espera, quando a lista atinge 15 nomes, os usuários são convocados para uma reunião onde as consultas são agendadas, zerando a lista de espera.

### **6.1.3. A Unidade Básica de Saúde**

A UBS está instalada em um imóvel construído para a unidade desde 2012.

A estrutura física é adequada, embora a sala de odontologia tenha problemas de infiltração das águas de chuva, causando manchas de bolor nas paredes e uma das cadeiras odontológicas esteja inutilizada, por problemas técnicos. Há, portanto, apenas uma cadeira odontológica para os atendimentos (são dois dentistas com carga horária de vinte horas e um com trinta horas semanais, que se revezam para o uso do equipamento).

A UBS funciona vinte e quatro horas por dia, como unidade de pronto atendimento, mas apenas na área médica, já que não há ESB para o pronto atendimento. A população atendida era de aproximadamente 7000 pessoas, com 43 gestantes cadastradas.

O agendamento das consultas odontológicas acontece apenas quando há abertura de vagas de forma que a ASB agenda cinquenta usuários para o tratamento odontológico e outra rodada de agendamento ocorre somente quando essas pessoas concluem o tratamento. Agendam-se 4 pacientes por período, com duas vagas para urgências. As gestantes não precisam aguardar, com agendamento imediato e os demais usuários são orientados a retornar no mês sugerido pela ASB.

## **6.2. Caracterização das equipes**

Os profissionais foram separados em sete categorias: enfermeiros, cirurgiões-

dentistas, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, ACS, ASB e recepcionistas. Os profissionais do NASF presentes não responderam o questionário, por fazer parte da equipe de apoio. Os dados de caracterização das equipes estão sintetizados no Quadro 3.

<b>Profissionais</b>	<b>Responderam ao questionário (n)</b>	<b>Tempo mínimo e máximo de formação, média (desvio padrão) (anos)</b>	<b>Tempo mínimo e máximo, média (desvio padrão) de trabalho na ABS (anos)</b>	<b>Motivo pela escolha em trabalhar na ABS</b>
<b>ACS</b>	09	05-38 14,4 (10,98)	1-9 5,1 (3,34)	Oportunidade (n=4) Distância da residência (n=3) Gosta da área da saúde (n=1) Sem motivo (n=1).
<b>ASB</b>	02	14-26 20,0 (6,00)	7-20 13,5 (6,50)	Únicas vagas disponíveis
<b>Dentistas</b>	02	15-31 23,0 (8,00)	7-21 14,0 (7,00)	Remuneração fixa (n=2) Estabilidade no emprego (n=2)
<b>Enfermeiros</b>	02	07-11 9,0 (2,00)	5-9 7,0 (2,00)	Únicas vagas disponíveis
<b>Médicos</b>	03	12-26 16,7 (6,59)	1-15 5,7 (6,59)	Aumentar os ganhos (n=2) Estabilidade no emprego (n=1)
<b>Pessoal técnico de enfermagem</b>	07	08-24 16,1 (8,83)	2-21 6,6 (6,56)	Falta de opção (n=4) Horário de trabalho (n=2) Gosta da área (n=1)
<b>Recepcionistas</b>	02	0,5-19 9,7 (9,25)	0,5-23 11,7 (11,25)	Oportunidade (n=1) Falta de opção (n=1)

Quadro 3: Caracterização das equipes estudadas (Santos, 2015)

### **6.2.1. Agentes comunitários de saúde**

Nove ACS participaram das oficinas e todos possuem ensino médio completo, sendo um formado em técnico de enfermagem. O ano de formação foi de 1978 a 2011 e a maioria relatou trabalhar inicialmente no comércio e como telefonistas, sendo que dois referiram estar no primeiro emprego. O tempo de trabalho na ABS variou de um a nove anos. Três justificaram a escolha do trabalho na ABS por ser perto de suas residências, quatro escolheram por ser uma oportunidade de trabalho (pois estavam desempregados), um referiu não ter motivo específico e um relatou gostar da área da saúde, de ajudar os outros.

### **6.2.2. Auxiliares de saúde bucal**

As duas profissionais entrevistadas têm nível técnico, concluído em 1990 e 2002, sendo que a profissional mais antiga trabalha há vinte anos na ABS, sendo catorze na mesma unidade. A outra profissional iniciou em consultório particular, entrando para a ABS há sete anos, sendo dois na mesma unidade. As duas ASB relataram não ter opção de escolha quanto à área de atuação, sendo designadas para a ABS após aprovação em concurso público.

### **6.2.3. Dentistas**

As duas cirurgiãs-dentistas que participaram das oficinas trabalham em unidades que funcionam em lógicas distintas. A dentista da USF é formada há trinta anos, tendo trabalhado vinte e dois anos em consultório particular, simultaneamente ao serviço público onde está há vinte e um anos. Foi professora em um curso de formação de ASB na Associação dos Cirurgiões-Dentistas de Santos e Região durante sete anos. A outra profissional ainda atende em consultório particular e está na mesma unidade de saúde há sete anos. Ambas justificam a escolha do trabalho na ABS como forma de melhorar os rendimentos por meio de uma remuneração fixa e com estabilidade no emprego.

#### **6.2.4. Enfermeiros**

Dois enfermeiros participaram das oficinas, das USF, sendo que ambos concluíram a graduação em Enfermagem na década de 2000. Um dos profissionais é especialista em Saúde da Família, foi auxiliar de enfermagem antes de ser enfermeiro, atuando em cinco hospitais da região e é sua primeira experiência na ABS. O outro enfermeiro iniciou sua atuação profissional na USF. Os dois profissionais não escolheram trabalhar na Atenção Básica, mas prestaram concurso público e referiram ser a única vaga disponível no momento da admissão.

#### **6.2.5. Médicos**

Participaram das oficinas médicos das três unidades, sendo que nas duas USF os profissionais são estrangeiros, do Programa Mais Médicos. Esses dois médicos, um peruano e um argentino se formaram em 2004, tendo trabalhado em seus países de origem em hospitais e clínicas particulares até um ano atrás, quando surgiu a oportunidade de aumentar os ganhos trabalhando no Brasil. A médica da UBS é especialista em ginecologia e obstetrícia e iniciou sua carreira em São Paulo, mudando-se para Santos após dois anos. Em Santos, até hoje atende em hospital particular e ingressou na ABS em 2001, sendo locada na UBS em 2008. Justifica a escolha de trabalhar na ABS pela estabilidade no emprego.

#### **6.2.6. Pessoal técnico de enfermagem**

Sete profissionais de enfermagem de nível médio participaram das oficinas, sendo um auxiliar de enfermagem e os demais, técnicos de enfermagem. Três desses profissionais não se recordam quando concluíram sua formação e, dos que recordam, formaram-se entre 1992 e 2008. A maioria iniciou sua carreira profissional em hospitais, prontos socorros e bancos de sangue, sendo que apenas dois iniciaram suas atividades em outras áreas, como comércio e serviços. O tempo de serviço na ABS varia desde um até vinte e um anos. Quatro profissionais relataram trabalhar na

ABS por falta de opção, dois profissionais justificaram a escolha pelo horário de trabalho mais favorável que os prontos socorros e um profissional, com o maior tempo de serviço entre todos e já aposentado, disse que trabalha na ABS porque gosta da área.

### **6.2.7. Profissionais da recepção**

Dois profissionais da recepção estavam presentes nas oficinas, um com nível médio e outro com nível superior completo, não em área da saúde. Um dos profissionais está na ABS, seu primeiro emprego, há seis meses, escolhido pela oportunidade já que estava desempregado. O outro profissional está na ABS há vinte e três anos, sendo sete na mesma unidade. Inicialmente trabalhava na digitação das fichas da SMS, mas com a mudança no sistema de informação e sem opção de escolha, aceitou trabalhar na recepção da unidade de atenção básica.

## **6.3. As oficinas**

### **6.3.1. A experiência na UBS tradicional**

O primeiro contato com a UBS se deu por meio da chefe de seção, em ocasião da apresentação do projeto e agendamento das datas da entrevista para caracterização da unidade e da primeira oficina. As datas e horários foram escolhidos pela chefia de seção e compartilhados com a equipe.

#### **Primeiro encontro**

Unidade cheia de usuários, no início da manhã, a gerente ficou tentando organizar o encontro com os profissionais, pois não havia horário reservado tampouco local adequado. A unidade conta com sala de reuniões, mas o espaço estava ocupado por atividades de outra USF que estava em reforma. Com a agenda de atendimentos mantida, o encontro aconteceu após os atendimentos de alguns profissionais e antes

que outros começassem a atender. Conhecia a auxiliar de saúde bucal. Fui acolhido e fiquei aguardando na sala de odontologia enquanto a chefe da unidade recrutava os profissionais para a conversa. A sala de odontologia da unidade tem duas cadeiras, com uma divisória parcial. Apenas uma cadeira funciona e os dentistas revezam os dias de atendimento. São três dentistas atendendo somente pela manhã. O encontro foi realizado na sala de odontologia, pois não havia sala de reunião disponível. Um paciente bateu na porta perguntando por vaga. A ASB explicou que a agenda só abriria “provavelmente em novembro”. Esperamos alguns médicos realizarem os atendimentos e iniciamos a oficina as 8:20h. Um deles, mesmo convidado foi embora. Após a explicação sobre o projeto de pesquisa, seguido pela leitura e assinatura do TCLE, a oficina configurou-se como uma breve conversa, educada e colaborativa, de 15 minutos. Quatro pessoas participaram da conversa em pé, por falta de cadeiras. Os profissionais presentes pareciam não entender o porquê de discutir a atenção à saúde bucal das gestantes, exceto a dentista, que estava visivelmente empolgada em conversar com os demais profissionais sobre as questões da saúde bucal. Iniciei a conversa perguntando como acontece o atendimento das gestantes em relação à saúde bucal, e qual o envolvimento da equipe nesse processo. As respostas sugeriram que os diversos profissionais presentes não conversam entre si, e não planejam conjuntamente as ações. As gestantes são encaminhadas para a consulta com os dentistas, como preconizado pela Coordenação de Saúde da Mulher (COS-MULHER), sem diálogo ou devolutiva entre os profissionais. A médica mostrou ter muitas dúvidas em relação a saúde bucal no pré-natal. Surgiu uma dúvida quanto à possibilidade de a gestante poder ser anestesiada para o tratamento odontológico. Fiz a proposta de retornar no mês seguinte para retomar a discussão. A odontologia parece uma região cheia de mistérios. Após esse encontro voltei à sala da chefe para a entrevista de caracterização da unidade. Durante essa conversa novamente foi reforçada a imagem de que a equipe de saúde bucal funciona à parte do restante da unidade.

## **Segundo encontro**

O segundo encontro foi marcado novamente para o início da manhã. A gerente da unidade disse que não havia confirmado a data com os profissionais, e foi



novamente tentar reuni-los para a atividade proposta. Fui acolhido pela ASB e fiquei esperando no consultório odontológico enquanto a médica terminava seus atendimentos. A dentista ainda não havia chegado, mas os pacientes já estavam esperando. Este encontro aconteceu um mês depois do primeiro, e a agenda, a qual tive acesso por estar aberta sobre a mesa, continua com quatro pacientes marcados e duas vagas de urgência, apesar da definição, em reunião com a chefe do Departamento de Atenção Básica (DEAB) ocorrida entre os dois encontros, de agendamento do dobro de pacientes e duas urgências para quatro horas de trabalho. Assim que a dentista chegou, a médica acabou seus atendimentos e a nossa conversa começou, por volta das 8:30h. Nem todos os profissionais que participaram do primeiro encontro estavam presentes, pois alguns técnicos de enfermagem estavam ocupados. Uma enfermeira que não participou do primeiro encontro estava presente. A gerente da unidade, diferente do primeiro encontro, pediu para participar indicando algum interesse que não parecia estar presente antes. Poderia ser um movimento disparado pelas conversas anteriores? Novamente o que ocorreu foi uma conversa rápida, com algumas pessoas em pé por falta de cadeiras. Levei o material para a oficina, mas houve uma adaptação da forma como havia planejado, pois apenas nos revezamos na leitura de algumas fichas com resumos de trabalhos sobre a relação entre pré-natal e saúde bucal, com uma breve discussão. A dentista mostrou conhecer as informações discutidas e parecia alegre em falar com o restante dos profissionais. A médica reconheceu que não se sentia confiante em relação ao assunto, e começou a fotografar as fichas que, junto com os endereços eletrônicos dos trabalhos, foram deixadas com os profissionais. A participação dos demais integrantes foi mínima. Novamente a conversa foi rápida, pois os profissionais, apesar de muito educados e solícitos, deixavam claro que precisavam voltar às suas atividades. A organização do serviço, que não conta com reuniões de equipe (tampouco com local físico adequado para reuniões) pareceu ter dificultado a realização das oficinas conforme proposta inicial, e pode ser um fator restritivo para provocar ações de educação permanente futuras.

### **6.3.2. A experiência na USF sem Equipe de Saúde Bucal**

Inicialmente procurei a chefe da USF para explicar o projeto, deixando marcada a data para a entrevista de caracterização da unidade. A data do primeiro encontro foi definida com o enfermeiro da unidade, por telefone. Fui a esse encontro inicial, onde expliquei o projeto para todos os profissionais, durante a reunião de equipe, bem como realizamos a leitura e assinatura do TCLE e o preenchimento do questionário de caracterização dos profissionais. Terminamos o encontro deixando agendado o próximo, ocasião de realização da primeira oficina.

### **Primeira oficina**

A primeira oficina foi marcada para um dia de reunião de equipe, que acontece às terças-feiras pela manhã. Todos os profissionais da unidade foram convidados, embora nem todos estivessem presentes, pois, apesar de haver combinado com antecedência, o médico precisou ausentar-se. Por outro lado, havia três profissionais do NASF na unidade, sendo duas assistentes sociais e uma fonoaudióloga, que perguntaram se era possível participar da oficina. A chefe de seção também participou da oficina. Utilizamos a sala de reuniões que fica sob a unidade, uma espécie de porão, amplo e com boa iluminação. Organizamos as cadeiras em roda e comecei a oficina perguntando como acontece a atenção à Saúde Bucal das gestantes naquela unidade que não conta com ESB. Os ACS, ouvidos como trabalhadores da saúde, mas também como moradores do bairro que usam os serviços de saúde, demonstraram que o acesso aos cuidados de saúde bucal é difícil, com longas filas de espera. A discussão trouxe informações muito ricas sobre a organização da saúde bucal no território, e a forma como a gestão e trabalhadores da saúde lidam com a situação, embora a discussão tenha saído do foco restrito da atenção à gestante, abarcando a saúde bucal de toda a população. Mesmo sem a presença da ESB, os profissionais discutiram as questões pertinentes à saúde bucal, indicando que talvez a própria postura dos profissionais de odontologia acabe por inibir a participação de profissionais de outras áreas em suas questões. A oficina culminou na discussão sobre a falta de informações da equipe sobre a atenção à saúde bucal dada aos seus usuários pela unidade de referência, já que eles não sabiam quem estava sendo atendido, quem estava na lista de espera, quanto tempo os usuários ficam aguardando o atendimento, os problemas ou intercorrências com os usuários. A única

informação que recebiam era o pedido da outra unidade, por escrito, por meio do malote da SMS, para que avisassem o dia e hora da primeira consulta aos usuários. Um dos profissionais expressou sua insatisfação: “Somos apenas o carteiro”. Interessante que as profissionais do NASF também apoiam a outra unidade, de referência, e dessa primeira oficina houve a proposta de marcar uma conversa entre as duas unidades, intermediadas por profissionais do NASF e da Coordenação da Atenção Básica, com a finalidade de tentar compartilhar os processos decisórios e de execução da atenção à saúde bucal dos usuários. Encerramos a oficina, marcando a data para o próximo encontro.

## **Segunda oficina**

Novamente nos encontramos na sala de reuniões para a continuação dos trabalhos. A equipe estava completa dessa vez, inclusive com o médico, mas sem a presença dos profissionais do NASF presentes na primeira oficina. Estavam muito receptivos, pois entre as duas oficinas houve o encontro com a unidade de referência. Logo no começo da oficina o médico, que permaneceu em silêncio se retirou com a justificativa de que faria um atendimento. Não retornou. Os participantes se dividiram em dois grupos, conforme planejado. Os profissionais pareciam entender que a atenção à saúde bucal das gestantes também era parte de suas atribuições profissionais, embora o enfermeiro insistisse que sem uma ESB dentro do espaço físico da unidade, as ações de saúde bucal eram impraticáveis. A oficina ocorreu com interação entre os participantes, que trouxeram muitos assuntos para a discussão.

Durante a realização dessa pesquisa, entre as duas oficinas realizadas na unidade sem ESB, houve um encontro com a unidade de referência no qual participaram as ESB, a gerência da UBS, a chefe e o enfermeiro da USF, a assistente social do NASF e o pesquisador. A UBS passava pela transição para USF, resultando em uma reorganização do território, com a definição de micro áreas e suas respectivas equipes responsáveis. Assim, a clientela adscrita da USF passou a ter sua atenção odontológica sob responsabilidade de uma ESB específica da recente implantada USF. As equipes discutiram sobre a gestão compartilhada das filas de espera e das agendas, e acordaram que novas conversas seriam necessárias para melhorar os processos de trabalho. Trata-se, aqui de um exemplo das potencialidades da EPS,

ilustrando a abertura de profissionais em discutir os processos de trabalho a partir do cotidiano, com vistas a garantia do acesso da população ao atendimento à saúde bucal.

### **6.3.3. A experiência na USF com Equipe de Saúde Bucal**

A primeira aproximação aconteceu na unidade, em uma conversa marcada com a gerente, onde expliquei o projeto, fiz a entrevista para a caracterização da unidade, e marcamos a primeira oficina, na data e horário escolhidos pela gestora.

#### **Primeira Oficina**

O encontro ocorreu na unidade, em dia de reunião da equipe 3. A reunião começa às 10:00, cheguei um pouco antes e fui conversar com a gerente sobre a reunião entre os dentistas e gerentes de unidades com a chefe do DEAB. A gerente relatou que a quantidade de pacientes agendados para os profissionais de odontologia é a pedida pelo DEAB, e que a dificuldade está em conseguir que os profissionais cumpram sua jornada de trabalho de forma integral, apesar de reconhecer que já houve melhoras, com a saída da equipe de um profissional que cumpria cerca de um quarto de sua carga horária. Conflitos tem sido gerados por causa do desejo de uma das dentistas de cumprir apenas meio período de trabalho. A gerente narrou sua trajetória profissional, relatando que trabalhou em diversos municípios, em serviços públicos e privados, e que por sua vivência entende que no município de Santos existe uma cultura do não cumprimento do horário de trabalho, torcendo para que a SMS instale um relógio de ponto eletrônico, sanando a preocupação da gestão da unidade com o horário dos funcionários. A reunião de equipe demorou um pouco para começar, pois era dia de fechamento de produção, e todos estavam muito ocupados. Quando a reunião começou, fomos a uma sala, pequena para a quantidade de participantes. Havia vários móveis empilhados em um dos cantos, tornando a sala ainda menor. Todos estavam sentados, mas nem todos conseguiam aproximar-se da mesa. A sala possuía ar condicionado, mas estava muito quente, pois não tinha forro e o teto era baixo. Estava ventando bastante e a porta, que dava para a rua, batia constantemente, o que atrapalhou um pouco a reunião. Expliquei o projeto e distribuí o TCLE e os

questionários de caracterização dos profissionais. Alguns profissionais pareceram apáticos. O médico, peruano e do Programa Mais Médicos, ficou quieto. A conversa fluiu tranquila, e conversamos sobre como se dá a organização da atenção à saúde bucal das gestantes. Combinamos de marcar com a gerência um segundo encontro para continuar as discussões.

## **Segunda Oficina**

O segundo encontro ocorreu dois meses após a primeira oficina. Relembramos a discussão do primeiro encontro e em seguida a equipe foi dividida em dois grupos, seguindo a sequência de passos planejados para a oficina. Todos, com exceção do médico, foram muito participativos e colaborativos durante todo o processo. O médico não se envolveu nas discussões, mas leu todas as fichas. Lembrei-me de a chefe de seção ter dito que ele é muito reservado. A ESB mostrou estar bastante entrosada com a ESF, inclusive com a enfermeira dizendo que a presença da dentista nas reuniões de equipe traz muita informação para o restante dos profissionais. A oficina transcorreu bem, com muitas opiniões, ideias e problematizações emergindo. A equipe se interessou pelo assunto, e me pediu para enviar o resultado da pesquisa assim que estivesse pronta.

### **6.4. Discurso dos gestores das unidades**

Os relatos dos gestores apontam dificuldades de acesso aos cuidados com a saúde bucal, longas filas de espera e profissionais de Saúde Bucal que não conversam com o restante da equipe, dificultando a vigilância, o planejamento e o acompanhamento da atenção à saúde bucal. A gestão parece estar distante da organização do agendamento dos atendimentos, de responsabilidade da ESB, que também gerencia as filas de espera, quando existentes.

Sempre procuravam pra atendimento odontológico, mas você nunca tinha resposta porque tinha essas filas de espera gigantescas (Jasmim).

A gente não tem nenhum tipo de vigilância se as pessoas tão conseguindo ou não

tão conseguindo [atendimento]. A gente não tem nenhum tipo de contato pra poder ajudar nesse gerenciamento da agenda (Gérbera).

Tinha uma lista de espera, mas que se perdeu no período da reforma (Rosa).

A exclusão à assistência odontológica no Brasil é grande e a parcela dos que nunca haviam ido ao dentista, segundo dados do IBGE em 2008, era de 11,7% da população brasileira, algo em torno de 22,4 milhões de pessoas. Enquanto 2% das pessoas com renda familiar per capita acima de 5 salários mínimos nunca havia ido ao dentista, esse percentual foi de 28,7% para aquelas com renda per capita de até 25% do salário mínimo (Manfredini et al., 2012). Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS/2013, mostram que 55,6% da população brasileira não havia ido ao dentista nos últimos 12 meses (IBGE, 2015).

O princípio da universalidade do acesso, direito social da população, muitas vezes apresenta dificuldades de ser objetivado ou de se encaminhar em direção à efetividade. A fila de usuários aguardando atendimento é o mais forte indicador da falta de efetividade das ações de saúde bucal (Leal, Tomita, 2006).

Para Rodrigues et al. (2010b), as equipes, em especial as ESB, enfrentam muitas dificuldades para lidar com a demanda, muitas vezes por não haver um acolhimento adequado, entendendo-se acolhimento como um arranjo tecnológico que busca fornecer acesso aos usuários, escutar a todos, resolver os problemas mais simples e referenciá-los caso seja necessário. Nas unidades estudadas, o atendimento à demanda em saúde bucal ainda está em processo de organização, com a inclusão de usuários em listas de espera, sem qualquer tipo de triagem ou classificação.

Manfredini (2003) entende que para mudar a situação atual de um sistema de saúde, em direção a melhora na qualidade, é necessário haver planejamento das ações, possível a partir do conhecimento da atual situação e da definição de metas. Tal planejamento, entendido como ações para além do espaço do consultório odontológico, não se restringiria ao problema da cárie dentária, mas também às ações de promoção de saúde e ao enfrentamento de doença periodontal, má oclusão, câncer bucal e fluorose, dirigindo-se a todas as fases da vida, e não apenas para grupos específicos.

As demandas de saúde bucal geralmente são direcionadas exclusivamente às ESB, fruto da centralidade na produção de procedimentos clínicos e não na produção

de cuidado. A articulação entre demanda e oferta de cuidados de saúde bucal é tarefa difícil (Rocha, Warmling, 2016), mas a abertura para a discussão de outras formas de cuidado com a saúde bucal, na perspectiva da EPS, pode ser uma forma de articular melhor a demanda com os serviços disponíveis naquele nível de atenção.

Concomitantemente às dificuldades de garantia de acesso ao atendimento odontológico, as chefias indicam uma certa comunicação entre os profissionais e os serviços para a atenção à saúde bucal das gestantes, que parece não se completar ou não ser suficiente. Existem, portanto, tentativas de garantir o acesso à consulta odontológica no pré-natal, mas nem sempre há a vigilância e acompanhamento das gestantes, conforme destaca uma das gerentes:

Mandamos pra unidade uma relação com as mulheres que abriram o pré-natal, e eles agendam as consultas e devolvem essa lista com os dias das consultas marcados. Então a gente avisa as gestantes sobre o dia e horário da consulta. Eles retornam se elas faltaram na primeira consulta, agora se aderiram ou não ao tratamento a gente não sabe (Gérbera).

Em parte, isso pode ser motivado pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2004, onde é preconizado o encaminhamento da gestante ao abrir o pré-natal para ao menos uma consulta odontológica, procedimento reforçado pelos protocolos do Programa Mãe Santista (2014). Como no município de Santos existe uma dificuldade em diminuir os índices de mortalidade materno-infantil, há ênfase na atenção durante o pré-natal, incluindo a odontológica, que não é garantida ao restante da população: *“agora das gestantes tá mais fechado..., mas da população em geral a gente só indica que procure a unidade pra poder fazer o agendamento”* (Gérbera).

Uma das chefias reconhece que, na chegada à gestão da unidade, priorizou o atendimento médico à saúde bucal:

Quando eu cheguei aqui na unidade, há um ano e quatro meses, eu não dei muita prioridade à odonto. Isso é normal né? Tentava organizar a casa pela parte médica. Depois que a gente conseguiu organizar a parte médica e de enfermagem aí eu parti pra odonto (Jasmim).

Se por um lado, a fala pode indicar um modelo de atenção médico centrado, também pode apontar o entendimento da saúde bucal como algo apartado do restante das ações da unidade. A própria inserção da saúde bucal dentro da ESF se deu de

forma tardia, já que o Programa de Saúde da Família foi lançado em 1994, e as ESB passaram a fazer parte do programa apenas no ano 2000, demonstrando a falta de integração da odontologia com o restante das profissões da saúde (Cericato et al., 2007). Ainda que a ABS priorize a organização do atendimento médico, em decorrência da própria história da saúde brasileira, a fala da gestora descreve um momento de transição entre a unidade básica em modelo tradicional e a ESF, o que indica que a equipe tem a possibilidade de construir a atenção à saúde bucal: *“a gente é saúde da família desde janeiro, então a gente montou as equipes”* (Jasmim). A prioridade para a organização da atenção médica em detrimento à odontológica parece estar naturalizada pela gestora: *“isso é normal, né?”* (Jasmim).

Por outro lado, os gestores apontam diversos movimentos com vistas à melhoria da organização do atendimento que incluem o diálogo com a coordenação da região e outras chefias:

Eu até pedi pra Coordenadora pra que a gente conseguisse conversar com as chefias dessas duas unidades pra definir claramente quem poderia ir pra um lugar e quem poderia ir pro outro. Isso eu acho que facilitaria, porque a gente sabe exatamente quem é de uma microárea e quem é de outra e pros serviços porque dá uma aliviada considerando o número de salas e o número de profissionais (Gérbera).

A chegada de novos profissionais em uma das unidades, após a reforma da sala de odontologia, também demandou uma (re)organização do atendimento: *“a gente começou a organizar o movimento de atendimento, tanto eles quanto eu. Verificarmos como poderíamos fazer para atender o território, então a gente organizou o jeito”* (Rosa).

Outro aspecto relevante diz respeito à sensibilização dos trabalhadores da unidade para o acompanhamento da saúde bucal da gestante:

A gente tenta incentivar, a gente já conversou várias vezes com o nosso médico, pra que ele incentive a mulher e conte pra ela, que caso ela não vá ou caso ela falte quais são as consequências. Acho que conscientizar a pessoa pra que ela busque também o serviço, pra que ela possa escolher de uma forma mais consciente, porque que você tem que ir no dentista, não é só porque eu quero, tem consequências pro bebê. Durante a gestação pode acontecer algumas coisas com você, incluindo mudanças na boca (Gérbera).

Sentar com elas e conversar, discutir a agenda, discutir como é que funciona, que eu não sei como é em outras unidades. Tirei os dias de reunião de equipe



que eles costumam participar, tirei os dias que eles fazem grupo também. Não tem atendimento, mas porque eles têm atividades que não é atendimento só né? Mas dividimos de modo que ficasse tanto bom pra eles quanto também pra unidade, e já faz o agendamento, mas não entra no SISAM [Sistema Integrado de Saúde e Administração de Materiais] (Jasmim).

Esses movimentos parecem evitar que a organização do atendimento aconteça a partir das necessidades pessoais do profissional:

A agenda era muito pessoal do dentista. Tinha muito sub-agendamento. Então você tinha que atender digamos oito no teu período de quatro horas, você marcava seis. Daqueles seis você usava dois horários pra um porque era um atendimento maior, aí aquele dia aquela pessoa faltava. Dos atendimentos ficavam três e aí iam diminuindo e no final não tinha atendimento no dia (Jasmim).

Ao mesmo tempo em que há indicativos de estratégias horizontais estabelecidas para a discussão de novas práticas e organização dos serviços: *“tanto bom pra eles quanto também pra unidade”* (Jasmim), há indícios de estratégias mais verticais: *“foi muito difícil a compreensão. Eu tive meio que usar o artifício de que é a ordem. Vamos fazer assim”* (Jasmim) e do uso de instrumentos organizados pelo nível central de gestão: *“agora a gente faz... sabe aquele modelinho que veio da COSBUCAL [Coordenação de Saúde Bucal]? Então a gente faz daquele jeito agora. Então fica ali registrado, o paciente assina, tudo certinho”* (Jasmim).

Para uma das chefias, a presença de dentistas na unidade parece não garantir que a demanda seja atendida:

Três dentistas de quatro horas e um dentista de seis horas. Sempre procuravam pra atendimento odontológico, mas você nunca tinha resposta porque tinha essas filas de espera gigantescas. Aqui tinha o dia de inscrição, então fazia fila pra fazer essas inscrições (Jasmim).

Para o atendimento à demanda, houve alterações como, por exemplo, a realização de mutirões: *“Então eles foram se revezando entre eles, atendendo pra acabar essa lista de espera e acabou”* (Jasmim), e a reorganização do agendamento e atendimento:

Que nós não iríamos mais fazer dias de inscrição. Chegou na porta, bateu, quer atendimento odontológico? Você pega o nome da pessoa. Juntou quinze pessoas já marca o dia em que você vai fazer uma reunião que vai iniciar o

tratamento (Jasmim).

Há, na fala dos gestores, indicação para o atendimento prioritário às emergências. Essa prioridade faz parte do Protocolo de Saúde Bucal do Município de Santos, que orienta as equipes a deixar duas vagas reservadas por dia para o pronto atendimento de casos urgentes, com livre demanda. Em uma das unidades não há ESB e os usuários que necessitam de atendimento de urgência são obrigados a procurar outros locais. Apesar de haver uma unidade de referência para o atendimento desses usuários, muitos procuram a unidade mais próxima de sua residência.

Nesse contexto, a gestão parece entender a atenção odontológica na perspectiva curativista, muitas vezes valorizando o atendimento da demanda de urgência. Essa valorização pode ser uma forma de responder aos anseios da população, diminuindo as reclamações dos usuários. Paim (2003) lembra que, embora as ações de urgência e emergência tenham destaque face a visibilidade que tem junto à sociedade, não devem se tornar obstáculos à gestão da ABS e nem obscurecer os outros desafios colocados para essa gestão.

Então foram chegando as emergências, as gestantes, e a gente tinha que ter uma agenda mais livre pra acomodar. Então ficou um dentista à disposição dessas intercorrências. E pra mim foi muito bom, porque a gente quer agilidade (Rosa).

Do ponto de território algumas pessoas ainda procuram a Unidade... pra alguma emergência, então parece que os dentistas estão terminando os tratamentos que começaram e pedindo pra que a pessoa procure a unidade de referência. Aconteceu um caso recente, a pessoa fez o tratamento mas indicaram que não fosse mais (Gérbera).

A simples expansão das ESB pode não ser a resposta a essas questões, uma vez que o aumento do número de cirurgiões-dentistas e técnicos acarreta um aumento de atendimentos e procedimentos, mas não a mudança na lógica de trabalho, que voltada à resolução imediata de problemas pontuais, não produz uma melhora nas condições de saúde bucal da população (Cericato et al., 2007).

Segundo Ramos e Lima (2003), as principais dificuldades para um acesso de qualidade são as instalações físicas inadequadas, com salas de espera pequenas que não conseguem receber as pessoas, o acolhimento ruim ao usuário, estabelecendo

relações frias e desumanizadas e a dificuldade em extinguir as filas. A falta de planejamento para as ações de assistência em saúde bucal parece ser uma constante, e resultado de processos históricos, onde os gestores fazem escolhas políticas, racionais e estratégicas que ordenam as prioridades de utilização de recursos (materiais e humanos) para o enfrentamento da demanda que não dão conta dessa tarefa.

Essa dificuldade de acesso acaba gerando modelos de organização da demanda que privilegiam certos grupos, como crianças, gestantes, idosos, entre outros, e a incorporação de outros grupos populacionais ainda é um desafio (Faccin et al., 2010).

Uma alternativa, tomando emprestado o termo cunhado por Merhy (1998), seria a cidadanização da assistência à saúde, que pode ser entendida como um movimento dos trabalhadores e da gestão do SUS em direção à defesa da vida e combate ao sofrimento dos indivíduos e comunidade; um combate ao processo de desumanização e falta de compromisso dos trabalhadores que resultam em baixa capacidade resolutiva das ações de saúde e grandes iniquidades de acesso aos diferentes estratos sociais. Para desenvolver ações de saúde que sejam efetivas é necessário no mínimo garantir o acesso dos usuários às ações e serviços. Muitas vezes essas dificuldades no acesso são discutidas em termos de macroestruturas, que são fundamentais, mas são raras as falas que tratam dos aspectos micropolíticos desses processos. A educação permanente pode ser uma ferramenta de gestão com potência para uma reflexão sobre as questões micropolíticas.

## **6.5. Os ditos nas oficinas**

### **6.5.1. “Elas têm prioridade”**

A Secretaria de Saúde de Santos (SMS), por meio da COS-MULHER, preconiza o atendimento odontológico das gestantes no pré-natal desde 2014, como parte do protocolo do Programa Mãe Santista, e essa normatização reflete na organização das agendas das unidades estudadas, uma vez que todas buscam de alguma forma priorizar as gestantes no agendamento de consultas com a equipe de saúde bucal:

Da gestante é diferenciado porque a gente não encaminha pra poder entrar nessa fila de espera, a gente manda os nomes das gestantes para a chefe de seção, ela agenda prontamente essa gestante, passa pra mim a data do agendamento, o horário e quem vai atender. (Esmeralda)

A gente bolou um convite, porque ela sai daqui com muitas informações, passa na farmácia, passa na recepção, então a gente resolveu colocar isso de forma escrita, a gente faz um convite e a gente orienta a procurar a sala da odonto pra estar marcando esse agendamento. Elas têm prioridade. (Lima)

Elas têm a prioridade de atendimento. Então elas abrem o pré-natal e aí a enfermeira já faz o papel de encaminhamento pra exame clínico. Ela não entra em fila de espera. Ela já chega aqui passa pra exame clínico e é agendada pro tratamento. (Cobre)

Elas têm prioridade. (Amarelo)

Apesar de as equipes buscarem facilitar o acesso ao acompanhamento com a ESB, a literatura demonstra que muitas gestantes ainda têm dificuldades em conseguir a consulta por diversos motivos, como a falta de informação sobre o cuidado à saúde bucal no pré-natal, demora no atendimento já que muitos profissionais ainda agendam todas as gestantes para o mesmo horário, atendendo por ordem de chegada, e dificuldade de chegar à unidade (Trevisan, Pinto, 2013).

Peixoto et al. (2011), em estudo com gestantes acompanhadas em unidades da Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza – CE, constataram que mais da metade (67,1%) das gestantes entrevistadas não foram encaminhadas à equipe de saúde bucal, o que é um dado preocupante, sendo a falta de informação a respeito dos cuidados com a saúde bucal apontada como uma das causas pelas quais as gestantes também não procuram o atendimento pela ESB. Os autores apontam que as principais fragilidades no cuidado às gestantes foram as atividades educativas, o exame ginecológico e o encaminhamento à ESB.

Como nas unidades estudadas o serviço é organizado para ofertar as vagas preferencialmente às gestantes, a falta de acesso não foi uma dificuldade percebida pelas equipes. Contudo, não podemos afirmar que não há dificuldades de acesso, já que não foram ouvidas as gestantes, que poderiam ter uma visão de um ângulo diferente da visão dos profissionais, como no estudo de Van Stralen et al. (2008), que ao comparar a avaliação dos serviços pelos profissionais e usuários, concluiu:

Salta aos olhos que há uma diferença nítida entre a avaliação dos usuários e a dos profissionais de saúde. Para quase todas as dimensões a avaliação dos

usuários é menos positiva (Van Stralen et al., 2008, p. S156).

Uma questão reiterada pelos profissionais é que embora as gestantes tenham prioridade no agendamento, nem sempre existe uma vigilância adequada, muitas vezes por falta de comunicação entre os profissionais e serviços. A vigilância geralmente se restringe ao comparecimento da gestante à primeira consulta, já o acompanhamento da saúde bucal da gestante acontece predominantemente por iniciativas individuais de alguns profissionais e menos por uma organização do serviço para essa finalidade.

E aí é feita a vigilância dessa gestante, pra ver se ela realmente foi atendida ou não. Os retornos a gente não têm essa vigilância. (Esmeralda)

Eles retornam se elas faltaram na primeira consulta, agora se aderiram ou não ao tratamento a gente não sabe. (Ocre)

Quando chega toda quinta, gestante...aí a enfermeira vem...pega as fichas pra ver quem veio e quem não veio no mês...faz tentativas. (Neve)

A falta de uma comunicação mais efetiva entre os profissionais e as gestantes sobre a necessidade de ter acompanhamento de sua saúde bucal no pré-natal pode levar ao abandono desse acompanhamento (Finkler et al., 2004).

Apesar de ter prioridade para marcar as consultas com dentistas, muitas vezes as gestantes não dão continuidade, faltando nas consultas: *“elas até chegam a agendar, mas chega e faltam né?”* (Amarelo).

Segundo Feldens et al. (2005), em estudo com obstetras no Rio Grande do Sul, aproximadamente metade dos entrevistados não costumavam orientar as gestantes sobre a saúde bucal, e nem a procurar assistência odontológica, o que significa a perda da oportunidade de realizar orientações e conversas sobre a Saúde Bucal dessas mulheres.

A gestação é um período em que muitas mulheres estão mais receptivas a conversar sobre sua saúde, com mais abertura para novos conhecimentos e hábitos saudáveis, e programas educativos são excelentes oportunidades de abordar a saúde bucal (Fagundes et al., 2011). Para Botazzo (2013) essas ações deveriam levar em conta as necessidades das gestantes, e as conversas sobre saúde bucal não deveriam ser baseadas na lógica de prevenção às cáries por meio de técnicas de escovação e orientações sobre a dieta. Há muito mais que se falar sobre a boca.

Correia e Silveira (2011) entendem que como a atenção à Saúde Bucal ainda é muito baseada no paradigma cirúrgico restaurador, os profissionais deixam de conversar com as gestantes sobre o processo saúde doença, excluindo de seus atos outras abordagens, que podem ser educativas ou preventivas, e focalizando apenas nos procedimentos de consultório acabam por afastar essas mulheres do cuidado com a Saúde Bucal, por entenderem que o tratamento nessa fase da vida acarreta riscos que devem ser evitados.

Para Botazzo (2003), a hegemonia da odontologia, que é território do cirurgião-dentista, sobre a Saúde Bucal, território também de outros atores, como os auxiliares, outros profissionais de saúde, e principalmente a figura do usuário, dono do próprio corpo, limita as possibilidades de integralidade no cuidado, na medida em que apenas a visão do dentista, dentro do consultório é valorizada, em detrimento das ações coletivas, bem como de ações criativas que podem ajudar a dar conta das necessidades de Saúde Bucal das pessoas. Como se enxerga apenas a clínica no consultório, não se vislumbram outras possibilidades de atuação. Não se trata de ver a clínica odontológica como defeito, mas como necessária e objeto da Saúde Bucal.

As ações de Saúde Bucal predominantes hoje nos serviços, não decorrem apenas de problemas estruturais, mas também das políticas públicas e do modelo de atenção. A incorporação de novos profissionais e equipamentos, e a melhoria nas condições de trabalho são ações com efeito positivo, mas insuficientes para dar conta de mudar a lógica do trabalho, sendo necessária a incorporação de uma nova forma de pensar a saúde bucal, que leva em conta os sujeitos e as subjetividades. O conceito de bucalidade pode ajudar nessa tarefa, ao reconciliar o olhar odontológico, centrado no dente, com uma visão mais ampliada dos sujeitos. Dessa forma os profissionais de saúde podem colocar em diálogo o que é protocolar com o que é singular em cada encontro, com possibilidades de abertura para ações mais humanas e resolutivas (Rocha, Warmling, 2016).

Os usuários gozam de um grande grau de autonomia em relação aos serviços da ABS, na medida em que boa parte das prescrições e orientações profissionais são concretizadas pelos usuários em suas casas, e dependem da compreensão e colaboração deles para serem efetuadas. Os fatores relacionais têm que ser valorizados, com a defesa radical da vida e saúde dos usuários, vistos nas suas singularidades, e a criação de vínculo entre os usuários e a equipe de saúde (Zoboli,

2009).

Para favorecer a participação do usuário durante a produção dos atos de saúde, o vínculo pode ser uma ferramenta de muita eficácia, e não há vínculo sem que o usuário seja reconhecido na sua condição de sujeito, com desejos e ideias próprias. Esse olhar sobre o outro abre possibilidades de apreensão de suas necessidades de saúde, dentro do contexto de cada encontro. Na organização dos processos de trabalho na atenção básica, o cuidado deve ser feito por diferentes profissionais, operando através de diretrizes como o acolhimento e o vínculo, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado com as necessidades de saúde da clientela. A resolubilidade das ações da atenção básica está ligada não só às tecnologias duras e leve-duras, mas também às tecnologias leves, relacionais, à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário. Esse pode ser um caminho para a integralidade no cuidado, pensando que as práticas de saúde deveriam valorizar as subjetividades, onde os profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos (Rodrigues et al., 2010b).

Resgatando a ideia de bucalidade, uma possibilidade que se abre para todos os profissionais, não só os dentistas, seria conversar com as gestantes para que elas expressassem quais as sensações que experimentam durante a gestação em relação às suas bocas. Algo mudou? O que têm experimentado? Essa pode ser uma forma de criar abertura para a abordagem desse aspecto da vida dessas mulheres (Pezzato et al., 2013).

### **6.5.2. “Só quando tem dor, entendeu?”**

Trevisan e Pinto (2013) discutem que os profissionais têm um papel importante na desconstrução dos entendimentos negativos e/ou incorretos acerca da atenção à saúde bucal na gestação, e uma conversa calma e tranquila durante as consultas, para o esclarecimento das usuárias dos serviços pode aumentar a adesão das gestantes aos cuidados com sua saúde bucal.

Apesar das gestantes constituírem um grupo de maior vulnerabilidade às doenças da boca, a maioria dos serviços de saúde ainda não enxerga a saúde bucal como parte da saúde geral, negligenciando esse cuidado durante o pré-natal (Mesquita et al., 2013). Um dos profissionais reconhece a ‘falta de atenção à saúde

bucal' na organização do trabalho em sua unidade:

A gente ainda não deu a atenção à saúde bucal como ela merecia, e não é só com as gestantes, existem diversas doenças do corpo que começam ou são agravadas por problemas na boca, e essas coisas ainda não são muito conversadas, as pessoas não ligam muito. (Ocre)

Sobre a relação da boca com o restante do corpo, Botazzo (2003) coloca:

Pretende-se assim, que a odontologia seja integral não por não separar a prevenção da cura, mas por considerar que a cavidade bucal e suas estruturas tem importantes relações com outros componentes do organismo, os quais não deveriam ser desconsiderados para a compreensão das ações clínicas (Botazzo, 2003, p. 26).

Ceccim e Capozzolo (2004) problematizam que a organização do trabalho compartimentalizada, com os profissionais olhando apenas para determinadas etapas do projeto terapêutico, e a organização corporativa de atividades privativas de determinadas profissões podem acarretar a alienação da finalidade do trabalho, o que pode levar os profissionais a não se responsabilizar pelo objetivo final da soma das intervenções. A valorização de uma visão científico-sanitária em oposição às humanidades na educação dos profissionais de saúde acabou por levar a uma perda da integralidade do cuidado e humanização da saúde, para estabelecer a formação e o exercício profissional baseados na racionalidade moderna, excluindo a subjetividade e a sensibilidade dos encontros, tirando a saúde do campo afetivo para situá-la no campo normativo. Assim, sentir-se saudável ou sentir-se atendido deixaram de ser referências para a qualidade da atenção, ganhando hegemonia a comparação com padrões estatísticos, e a utilização de aparelhos e medicamentos. A dor, a aflição e o sofrimento passaram a ser valorizados apenas como eventos biológicos. A reconstrução da integralidade caminha, segundo os autores, ao lado da reconstrução da humanização, e passa pela formação profissional, pela construção de uma rede de atenção e pela alteridade com os usuários.

Para Poletto et al (2008), uma pequena parte das gestantes vai espontaneamente ao dentista, sem nenhum tipo de encaminhamento de outros profissionais, fato que pode ser causado pelo medo e insegurança em relação aos danos que o tratamento odontológico pode oferecer, e também pela ideia de dificuldade de acesso aos cuidados, pois uma parte das gestantes pode não saber



que as unidades de saúde priorizam esse grupo na marcação de consultas com a ESB.

Alguns profissionais das equipes estudadas relatam que as gestantes não querem se cuidar, buscando atendimento pela ESB apenas quando tem dor ou percebem algum problema:

Quando ela começa a sentir dor, no dente né? Aí vem. Elas correm, mas fora isso... (Terracota)

Só quando tem dor, entendeu? (Escarlate)

Elas vêm mais quando já tem um problema no dente, ela já estava precisando de dentista e aproveita essa prioridade. (Lilás)

Colher sangue é mais importante, entendeu, elas consideram que o dentista, qual a importância de ir no dentista? (Escarlate)

As falas a seguir reforçam a visão de que a gestante não valoriza sua própria saúde bucal, entendendo esse cuidado como apenas mais uma tarefa durante seu pré-natal e de responsabilidade somente da gestante. Dois desses profissionais de certa forma entendem que a educação em saúde ainda é falha ao abordar o tema, quando dizem que o assunto ainda é novo para as gestantes:

O atendimento odontológico, dentro do pré-natal, no contexto que está hoje, como protocolo é novo, tem o que? Um ano e pouco. E a gestante ainda não absorveu a importância, então é mais uma coisa, é mais um agendamento, acho que essa coisa da educação está no processo. Eu acho que o protocolo na parte odontológica não está incorporado pela gestante ainda. (Sépia)

Uma das coisas que eu acho assim, pelo contato que eu tenho com as gestantes é que elas não entendem a importância. Assim, é novo né? (Lilás)

Elas não sabem na verdade a importância e acabam deixando passar. Acham que é só mais uma coisa que tenho que fazer. (Escarlate)

Santos Neto et al. (2012) entendem que as maiores dificuldades para o acesso e acompanhamento das gestantes pela ESB, são a baixa percepção desse grupo sobre a necessidade do acompanhamento da sua saúde bucal, o medo da dor ou das consequências do tratamento e a dificuldade de conseguir uma vaga no serviço público.

Figueiredo e Furlan (2008) destacam que é importante que os trabalhadores da

saúde não sejam reprodutores de uma lógica que responsabiliza os sujeitos individualmente por suas condições de saúde, escapando da educação em saúde centrada na palestra sem diálogo e cheia de ordens e determinações a serem cumpridas, como se somente o profissional tivesse conhecimento sobre como lidar com as questões de saúde e os modos de andar a vida.

Na perspectiva da saúde bucal, segundo Botazzo (2013), ainda há um entendimento onde se imagina que as pessoas não sabem da importância dos dentes, como fazer a prevenção, o que acontece quando estão cariados, sendo necessário informar e orientar por meio de palestras de escovação e aconselhamento dietético, geralmente com resultados inexpressivos.

Se por um lado muitas gestantes acreditam que não podem ser acompanhadas pela ESB, por outro, muitos profissionais, inclusive dentistas, também tem receio de atender essas mulheres (Santos Neto et al., 2012). Os profissionais reiteram que questões sobre o risco da gestante ou o bebê terem problemas decorrentes do tratamento odontológico, muitas vezes oriundos de pessoas mais experientes da família e comunidade, ou de alguns profissionais de saúde, pode ser um entrave às ações de saúde bucal no pré-natal, já que os profissionais têm dificuldades em lidar com esses elementos tanto com as usuárias como com as equipes:

Elas têm medo, eu sinto que ainda, as pacientes têm medo. Aquele mito de que gestante não pode. A gente tem que desconstruir, mas elas não acreditam. Que é tudo bem tomar anestesia, você sente que apesar de serem orientadas, elas ainda têm um pouco de medo. (Escarlate)

E as vezes as pacientes tem as dúvidas e podem até perguntar: ai, mas será que a doutora vai anestésiar?... Será que pode? (Creme)

Muita gente acha que a gestante não pode passar no dentista, que faz mal (Dourado)

Assim, eu nunca cheguei a perguntar na policlínica, mas as pessoas que já tinham mais idade que eu falavam. Era o mito (Terracota)

A superação desse obstáculo envolve a necessidade de a equipe conhecer o que as gestantes pensam sobre o tratamento odontológico na gestação e sobre o

acompanhamento da sua saúde bucal, e para isso o profissional de saúde pode ocupar espaços fora das unidades, interagindo na comunidade, conhecendo a linguagem e os significados sobre a bucalidade daquela população, e usá-las, procurando reinventar a prática de acordo com as situações que lhe são apresentadas, sem se prender a protocolos. Barros et al. (2007) falam da visão que muitos profissionais de saúde têm das comunidades:

No imaginário das pessoas, o que pode existir numa favela? Drogas, loucura, violência. Todas as mazelas da vida parecem residir lá, e só lá. Há certa naturalização na relação entre a pobreza e a criminalidade, a falta de cuidados com a saúde e a ignorância. (Barros et al., 2007, p.19)

Para os autores, essa imagem é resultado de um esforço da mídia hegemônica em naturalizar a miséria como espaço de exclusão social e de decisão, como se as pessoas dessas comunidades não tivessem recursos culturais para viver e decidir sobre a própria vida. Em grande parte, os serviços de saúde foram e são construídos nessa mesma ótica.

Em cada comunidade há traficantes, mas também há donas de casa, funcionários públicos, crianças. Existe a boca de fumo, mas não há só ela, há muito mais, o botequim da esquina, os pequenos comércios, as igrejas, as associações de moradores, a capoeira, o terreiro de candomblé. Cada comunidade tem, portanto, uma história e uma forma de lidar com seus problemas, uma valorização diferente do que tem importância social, uma visão própria da saúde da comunidade e de cada sujeito.

Está posto aos profissionais o desafio de conhecer essas comunidades e entender quais são as informações sobre o território e seus sujeitos que podem ser utilizadas para subsidiar o planejamento de ações de saúde, inclusive de Saúde Bucal, com sentido para a comunidade. No trabalho em Saúde Bucal, o predomínio ainda é de uma postura autoritária, inflexível e alienada, com o aprisionamento do trabalho vivo em ato pelos protocolos. O contato entre o profissional e o usuário se dá sem a necessária permeabilidade, que poderia ocasionar o encontro e produção de subjetividades, e construir assim um trabalho que esteja de acordo com a vontade daqueles a quem os serviços se destinam (Barros et al., 2007).

Para Mesquita et al. (2013), a percepção sobre tratamento odontológico durante a gestação pode trazer imagens negativas, e pode ser causa de medo e insegurança nas gestantes e nos profissionais de saúde, incluindo os dentistas, que

muitas vezes desaconselham as mulheres a fazer o tratamento durante a gestação. Discutem, ainda, que a maioria das gestantes acredita que a gestação causa problemas dentários, sendo a cárie o mais comum, o que é atribuído por muitas mulheres à ideia de que o feto retira o cálcio dos dentes da mãe. Concomitantemente, mesmo cientes da possibilidade de ter problemas dentários, muitas acreditam não poder se submeter ao tratamento odontológico e ao acompanhamento de sua saúde bucal.

A literatura aponta que, entre os fatores que afastam as gestantes do acompanhamento com a ESB, estão o desconforto pela posição durante o tratamento, os odores dos produtos utilizados, o medo de sentir-se mal durante a consulta ou de sentir dor num momento em que se sentem mais sensíveis, mas principalmente o medo de que algum mal possa ser causado à criança (Finkler et al., 2004).

As gestantes também têm receio de ser repreendidas pelos dentistas devido à sua condição bucal, muitas vezes pela postura autoritária desses profissionais (Trevisan, Pinto, 2013). Abordar como as gestantes sentem o desempenho cotidiano dos trabalhos de suas bocas, sem se prender a prescrições rígidas de modos de comportamento pode ser uma alternativa (Botazzo, 2013).

Em estudo conduzido por Zanata et al. (2008), apesar de 73% dos dentistas ter se declarado confiantes para atender gestantes, aproximadamente 40% gostaria de conversar com o ginecologista antes de qualquer intervenção ou de prescrever drogas de uso sistêmico. Entre os médicos obstetras, 79% gostariam de ser consultados antes de procedimentos que possam causar bacteremia, e apenas 9% gostaria de ser consultado antes de qualquer procedimento. É interessante perceber que mesmo uma simples profilaxia pode causar bacteremia, demonstrando que os conhecimentos nessa área específica do cuidado não são bem disseminados, com muitas dúvidas, inclusive nos profissionais estudados:

Todo mundo acha que tirar radiografia pode fazer mal ao bebê. (Marfim)

As vezes acontece falta de conhecimento e algum preconceito por parte do profissional e também do paciente. Ah o médico falou que não é pra eu fazer e tal, aí o próprio paciente resiste. (Conclusão do grupo)

A gente vê nesse trabalho que o medo é da gestante, mas é do profissional, do profissional de odontologia né? E dos outros também, é do médico, do

enfermeiro. Na verdade, todo mundo se sente um pouco inseguro em relação ao assunto, então acaba meio que deixando ele de lado. (Sépia)

Em estudo com médicos, dentistas e gestantes sobre a atenção odontológica durante o pré-natal, Costa et al. (2002) verificaram que os dentistas formavam o grupo com maior preconceito em relação ao atendimento odontológico das gestantes. Apesar disso, durante as oficinas realizadas nas unidades de saúde, as dentistas demonstraram preocupação com o tratamento e acompanhamento da saúde bucal das gestantes. Uma profissional afirmou realizar o tratamento com poucas restrições:

Sim, com certeza, tem que tratar, deve-se usar o anestésico adequado, e geralmente a gente recomenda tratar com o terceiro mês completo, pois antes tem muito enjojo. (Sépia)

Entretanto, outra dentista apresentou que, apesar de afirmar fazer os tratamentos necessários, prefere esperar o nascimento da criança, quando possível:

Então aqui a gente atende normal. A única coisa que eu às vezes vejo que é algum caso que dá pra esperar, eu prefiro, por exemplo, uma extração... eu prefiro... se não for nada urgente... uma raiz que ela já tem há muito tempo... vamos esperar nascer? Do que você passar por um estresse...se é uma endo por exemplo... a pessoa chega aqui eu tiro a dor, e ponho uma medicação... fica bonitinho com um curativo... eu tô acompanhando ela... ela volta em outras consultas...tudo bem?... Você está bem?... Sem dor?... Vamos esperar nascer?... Por que que eu sei que...aqui demora... entendeu? Então o tratamento endodôntico ele é mais demorado, tem que ficar deitada, é tudo um incômodo pra paciente. Então assim nisso eu costumo esperar, se não for nada urgente que cause nenhum prejuízo à paciente, lógico, mas de resto aqui eu faço tudo: restauração, pério, mas muitas questionam mesmo... pode fazer?... (Cobre)

Cabe ressaltar, que os médicos se ausentaram das oficinas ou permaneceram na sala com pouca participação em relação aos demais profissionais. Um médico apresentou muitas dúvidas e posições conflitantes, ao entender que a gestante pode ser atendida pelos dentistas, mas sem entender a necessidade desse atendimento, usando o encaminhamento como uma forma de passar o caso adiante quando não sente segurança para dar respostas:

Meu conhecimento acaba e eu passo a bola. A gente encaminha mas encaminha por quê? Pra que? O que que vai interferir né? Por que é importante? (Violeta)

Ainda não é comum uma visão de valorização do cuidado com a saúde bucal das gestantes como parte integrante do pré-natal, integrando a rotina desses atendimentos nas unidades de saúde. Os profissionais de saúde e a rede social dessas mulheres muitas vezes trazem percepções negativas sobre o acompanhamento à saúde bucal: “pensando nos problemas, acho difícil a questão da informação das famílias. Tem uns mitos que é difícil derrubar (Dourado)”, o que acaba desestimulando as gestantes a procurar atendimento, ou a aderir aos acompanhamentos propostos.

Muitas vezes os profissionais não se sentem à vontade sobre o assunto saúde bucal e as consequências de doenças da boca sobre a gestação, bem como as dúvidas sobre a utilização de medicamentos, sobretudo os anestésicos locais, surgiram nas falas de alguns profissionais:

Eu não sabia que também podia dar baixo peso ao nascer. (Ocre)

Eu falo pra usar sem vasoconstritor, mas tem tratamento que não dá pra fazer né? (Violeta)

E o que é prilocaína? Por que não pode ser usado na gestante? (Violeta)

Ok, então pode usar com vasoconstritor? (Violeta)

... qual o anestésico local que ela pode tomar?... e o ginecologista... desculpa minha falta de conhecimento... não sei... por que que eu recebo toda cartinha de dentista dizendo assim... pode usar anestésico?... não sei... ele sabe teoricamente né? (Violeta)

As ações de EPS podem ajudar a superar essas dificuldades, já que o objetivo central das ações de educação permanente deve ser a transformação dos processos de trabalho, com os objetivos de melhorar a qualidade das ações e serviços baseando-se na integralidade do cuidado, aumentar a resolutividade frente aos desafios mais prevalentes, fortalecer o processo de trabalho das equipes e fortalecer o compromisso dos membros das equipes com a saúde da população (Ministério da Saúde (BR), 2000).

No presente trabalho, os profissionais trouxeram diversas questões do cotidiano que puderam ser discutidas nas oficinas em momentos de abertura às incertezas, para além de protocolos e diretrizes programáticas. As principais

dificuldades apontadas pelos profissionais, em suas práticas, foram em relação ao uso de anestésicos, compartilhadas também pelas gestantes que, segundo os participantes das oficinas, tem medo dos procedimentos. Os trabalhadores apontam, também, a busca de cuidado, por parte das gestantes, em situações agudas de dor indicando que a presença de ações curativas é predominante nos serviços estudados.

Nesse contexto, a utilização do conceito de bucalidade como norteador das ações de EPS pode ser uma ferramenta importante para a ampliação das práticas em saúde bucal, na medida em que, segundo Botazzo (2013):

Bucalidade é conceito e é também modo de olhar bocas e dentes tornando, assim, possível pensar a organização do trabalho clínico de saúde bucal. Com esse conceito, ou modo de olhar, pode-se pensar a fisiologia do lugar, que quer dizer funções bucais, e isso torna possível refletir sobre limitação, deficiência ou incapacidade para a realização de tais funções, e esta vem a ser uma boa posição para uma clínica ampliada de estomatologia (Botazzo, 2013, p.299).

### **6.5.3. “A gente tá encontrando ainda estratégias para puxar pro tratamento”**

As equipes tentam criar estratégias para aumentar a adesão das gestantes ao acompanhamento pelas ESB *“a gente tá encontrando ainda estratégias para puxar pro tratamento. Porque se dependesse delas mesmo...”* (Lima), e uma das estratégias citadas é a participação dos profissionais da ESB ou a abordagem de aspectos da saúde bucal nos grupos educativos de gestantes, conforme as falas:

O grupo de gestantes com a dentista também. (Sépia)

E a gente aproveitou também e colocou nesse circuito a dentista para estar falando. (Lima)

Os grupos de orientação específicos para gestante, e a saúde bucal pode ser um tema dentro do grupo de gestantes. (Conclusão do grupo)

Os grupos podem ser estratégias importantes para a discussão de questões referentes à saúde bucal das gestantes. Santos e Penna (2009) discutem a potência dos grupos para a promoção de saúde, aumentando os recursos dos usuários para a tomada de decisões sobre sua própria saúde. Construídos em conjunto com a população, em um movimento de co-responsabilização e considerando o contexto

cultural dos sujeitos e os significados atribuídos à saúde os grupos de educação podem articular variedade de profissionais, para integrar diversas áreas do conhecimento, desde que todos tenham uma postura dialógica aberta e não opressora.

A formação de uma equipe multidisciplinar é o primeiro passo para romper os tradicionais territórios disciplinares. Nessa aposta juntam-se profissionais de áreas diferentes para abordar um determinado caso ou objeto. Entretanto, apesar de haver distintas visões dessas diversas áreas sobre o objeto, ainda temos uma atenção fragmentada com as diferentes áreas de conhecimento trabalhando isoladas nos seus núcleos de saber. Na atenção à gestante, pensando na perspectiva da integralidade do cuidado, não bastaria uma equipe multiprofissional atendendo essas mulheres, pois ainda teríamos uma gestante fragmentada pelas diversas profissões. Segundo o Ministério da saúde (2006), a ESF organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional, onde há um campo que pertence a todos os profissionais, independentemente de sua formação, com ações como a busca ativa e o acolhimento, por exemplo, sem prejuízo da preservação das especificidades dos núcleos de atuação e competência de cada profissão. As ESB devem desenvolver ações integradas às demais ações da unidade básica, e no que diz respeito à gestante, trabalhar em conjunto com os demais profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento.

Campos (2000) entende que a organização dos saberes em práticas de saúde acontece pela conformação dos conceitos de núcleo e campo. Núcleo sendo a aglutinação de conhecimentos que demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras o apoio que necessita para suprir suas necessidades de teoria ou ação.

Considerando que todos os profissionais envolvidos no cuidado são profissionais de saúde, com seus núcleos específicos, mas que existe um campo que pertence a todas essas profissões, este campo seria um espaço com potência para superar a fragmentação do cuidado (Campos, 2000).

A criação desse novo campo do saber pressupõe a interseção de conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria, rompendo com o isolamento dos trabalhadores da saúde, escapando do modelo multiprofissional tradicional. Isso



não implica no abandono do núcleo específico de cada profissão, mas antes num exercício de humildade, respeito e espírito científico dos vários profissionais da equipe. Apesar de o campo ser um espaço que privilegia o trabalho interprofissional, ele também influencia os espaços privativos das profissões, ou seja, os núcleos, pois quando as equipes constroem possibilidades de diálogo, problematização, ajuda mútua, compreensão do processo saúde-doença e ações conjuntas, a forma de atuação do profissional na sua área específica também se modifica (Ellery et al., 2013). As equipes estudadas reconhecem a existência desse campo, e a possibilidade da ESB atuar com os outros profissionais da equipe, conforme as falas:

A gente entendeu também que um pré-natal completo pode ter esse profissional, que é o dentista, mais um profissional fazendo o cuidado da gestante, então é mais uma pessoa olhando, cuidando e fazendo cuidados para ela. (Conclusão do grupo)

Num bom pré-natal, penso num cuidado integrado, não só com cada um fazendo a sua parte, mas com cada um conversando, tendo esse cuidado conversado, esse cuidado em rede. (Conclusão do grupo)

As equipes sinalizam o entendimento de que o acompanhamento da gestante é fundamental e que há situações em que talvez seja mais prudente postergar o tratamento odontológico, destacando que essa decisão tem sentido a partir de uma avaliação pela equipe.

Às vezes tem procedimentos que podem ser adiados, não é? Você está evitando, mas esses procedimentos foram anteriormente avaliados, e aí sim se fez a opção pelo adiamento. Mas eles foram pelo menos avaliados, então evita-se o tratamento, mas não a avaliação. (Conclusão do grupo)

O acompanhamento é fundamental na gestação. É necessário fazer uma boa anamnese para garantir o tratamento adequado. (Conclusão do grupo)

No acompanhamento das questões relacionadas à saúde bucal, as informações e ações educativas podem ser feitas por diversos profissionais, não necessitando ser restrito aos integrantes da ESB, embora nem sempre todos os integrantes das equipes de saúde compartilhem essa opinião. De um modo geral, durante o acompanhamento das gestantes, não há orientações quanto à saúde bucal por parte dos médicos. Os dentistas, por sua vez, acabam se concentrando apenas nos aspectos técnicos dentro da boca, sobre os dentes, com pouca interação e troca

com os outros profissionais, não contribuindo para uma articulação interprofissional (Correia, Silveira, 2011).

A literatura discute como, historicamente, a odontologia escolheu a cárie como sendo a expressão total das doenças bucais que demanda procedimentos restauradores ou cirúrgicos. O discurso sobre a cárie recobre o horizonte clínico do dentista, e o discurso de que tudo é cárie ou consequência dela constitui o *a priori* odontológico, que é compartilhado com os outros profissionais de saúde. Logo, se as possibilidades da odontologia se resumem ao tratamento restaurador ou cirúrgico da cárie, que são atribuições exclusivas dos cirurgiões-dentistas, há um afastamento de outras profissões da saúde dessa área (Botazzo, 2013). Alguns profissionais estudados reconhecem esse afastamento:

Apesar de a gente não ter o serviço a gente orienta, porque é que nem o NAPS, a gente não tem aqui, mas quando a gente referencia a gente está fazendo orientação. (Roxo)

O nosso médico ele não faz o acompanhamento, a avaliação odontológica em ninguém. (Esmeralda)

Quando a gente fala de cuidados integrados para que o médico comece a pensar em perguntar coisas com relação à saúde bucal. (Conclusão do grupo)

Para Botazzo (2013), a revalorização da anamnese na clínica de saúde bucal, deixando de lado o preenchimento burocrático de perguntas padronizadas, distanciando-se de um *a priori* odontológico, abrem possibilidades para novos olhares e novas práticas profissionais. Ouvir o que o usuário traz, aguardando a colocação de suas queixas, pode ser um caminho a partir da história do adoecimento, da constituição do cuidado centrado na pessoa, é uma maneira prática de se ir do dente ao seu dono.

Outro aspecto se refere as ações de educação em saúde bucal ainda restritas à figura do cirurgião-dentista. Entre os profissionais que participaram do estudo apenas uma das dentistas afirmou realizar ações educativas de saúde bucal com as gestantes no pré-natal, enfraquecendo ações que poderiam ser planejadas e executadas por toda a equipe. As falas apontam para ações individuais, em consultório, ainda centradas no ensino de técnicas de escovação e uso do fio dental:

A primeira consulta a gente reforça, ensina a escovar, usar o fio, e faz todo o tratamento que ela precisa fazer, se ela tiver restauração pra fazer, extração,

tudo, aqui é feito todo o tratamento. Mas a questão do cuidado com a gengiva né, a gente precisa dar uma ênfase maior logo no início. (Sépia)

Bom ela receber toda essa orientação antes disso acontecer, porque ela tem que saber que tem que utilizar a escova, o fio dental, porque ela vê o sangue e ela para de escovar, de passar o fio dental com medo de que sangue mais ainda, então é bom ela estar recebendo toda essa orientação antes disso começar a aparecer em maior quantidade. (Sépia)

Oliveira et al. (2007) discutem as atividades educativas em saúde bucal, geralmente restritas a palestras sobre escovação, ainda baseadas no modelo de transmissão vertical do conhecimento, com a figura do cirurgião-dentista conhecedor da ciência, frente ao usuário ignorante, que precisa ser salvo pelo conhecimento que será nele depositado. A ideia de que a doença é causada pela falta de cuidado, pelo desleixo do paciente com sua própria saúde, e que a simples transmissão de conhecimentos é suficiente para resolver essa questão acaba por reforçar as práticas autoritárias e coercitivas, de caráter prescritivo e com baixa resolutividade, apesar da intencionalidade de melhorar a saúde das pessoas e comunidades.

Muitos profissionais acreditam que a população não se cuida, assumindo comportamentos de risco. Isso acarreta uma visão preconceituosa dos profissionais de saúde sobre as pessoas que adoecem. A aproximação dos profissionais e a busca do entendimento dos significados que a comunidade atribui ao processo saúde-doença são passos fundamentais na produção de atos educativos em saúde que não tenham um viés de dominação, sendo mais humanizados e resolutivos (Faccin et al., 2010).

Os espaços das oficinas realizadas nessa investigação propiciaram a discussão de fatores dificultadores e facilitadores da atenção à saúde bucal durante a gestação, no contexto das particularidades de cada equipe, de cada território, o que ilustra o potencial transformador desses encontros:

A falta de informação, tanto da equipe como das gestantes e famílias; a falta de um fluxo dentro da unidade para a promoção de saúde, não existe esse fluxo no caso do serviço público; a própria conduta do profissional que não quer tratar as gestantes, e nós colocamos aqui que às vezes existem algumas exceções, tipo uma gravidez de risco, então ali a gente realmente espera um pouco pra ver se dá pra levar pra depois da gravidez. A gente dá lógico toda a orientação em relação a higienização, e as coisas assim que tem que ser feitas na cadeira odontológica a gente deixa pra depois, mas são exceções. (Conclusão do grupo)

Nós temos uma boa informação aqui, também os grupos de gestantes, a

informação disseminada por toda a equipe, a presença de um profissional de odontologia dentro da equipe, a oferta de vagas para o tratamento odontológico já na abertura do pré-natal, o acesso aos serviços de referência, porque se a pessoa precisa ela tem esse serviço garantido, o acesso prioritário das gestantes que não pegam fila de espera, elas têm prioridade, e a melhora dos aparelhos e equipamentos dos nossos consultórios. (Conclusão do grupo)

Essas questões, apontadas com potenciais ou fragilidades pelas equipes evidenciam o que Camara (2014) ressalta como oficinas de EPS que trabalham com a discussão de práticas, apoiada na teoria e em função da realidade local, o que permite a construção de projetos terapêuticos singulares compartilhados, bem como a tomada de consciência das falhas e inadequações do cuidado. Há, ainda, o aspecto pontuado por Vasconcelos et al. (2016) que se refere à potência da EPS como resistência ao centramento das ações e das decisões sobre as ações de saúde na figura dos especialistas, do saber científico e protocolar, que tende a ser descontextualizado e fragmentado.

#### **6.5.4. “Mas se as coisas não estão dando certo eu acho que vale uma conversa”**

Com indicadores instáveis de mortalidade materna e infantil na cidade de Santos, há um amplo investimento em capacitações, reuniões e programas para o enfrentamento dessa situação. Essa aposta da gestão pode levar ao aumento das ações específicas para o grupo materno infantil nos serviços, mas também pode provocar uma certa intimidação dos profissionais que, na medida em que tem que justificar suas ações, se distanciam e realizam o mínimo de intervenções nas gestantes com receio de possíveis problemas.

A maioria dos dentistas não quer atender gestantes, porque tem medo né? Bastante. (Cobre)

Sim, mas se o nenozinho nascer com alguma coisa ela vai entrar e ele vai ter um aborrecimento. Ele vai ter que provar. Ele vai ter que mostrar os estudos, as vezes o cara sabe que não vai fazer, mas não quer nem passar por aquilo. Ah, não vou fazer não porque se o bebê tiver algum problema você vai me culpar e aí vou ter que responder. (Violeta)

O dentista sabe, mas é aquela divisão de responsabilidade pelo aborrecimento posterior né? Ele quer um respaldo. (Violeta)

Apesar de o acompanhamento da saúde bucal das gestantes surgir como uma fonte de medo e preocupação aos profissionais há falas que demonstram que a discussão em equipe, com a pactuação de ações entre os profissionais, pode ser uma forma de enfrentar essa situação e não negligenciar a saúde bucal das gestantes.

Não tem uma regra né? Mas acho que depende muito da equipe que o dentista tem com ele, da retaguarda que ele tem. (Roxo)

Olha, nós dois estamos falando, não sou só eu né? Mas seu médico também. (Violeta)

As ações de EPS podem ser alternativas para suprir essas deficiências, já que ao colocar os problemas em discussão coletiva, com o envolvimento de toda a equipe de saúde, cria-se a possibilidade de observar diferentes modos de lidar com uma questão, e as razões que levam a tomada de decisão. Desse modo, é possível responder coletivamente às demandas dos usuários, inventar novas soluções para os problemas enfrentados e refazer os problemas das equipes (Meyer et al., 2013).

Ceccim et al. (2011) reforçam a importância de dialogar sobre as situações de inquietação e estranhamento das equipes, potentes para a construção do conhecimento e tensionadoras de mudanças.

Nesse sentido, os profissionais estudados apontam, antes de tudo, a falta de comunicação entre a ESF e a equipe de saúde bucal, que se mantém apartada dos demais profissionais. Há, também, a possibilidade de trabalho em lógicas distintas, por parte dos dentistas, conforme as falas:

A equipe de saúde bucal parece que é uma equipe à parte da UBS. (Roxo)

É como se eles trabalhassem da forma deles, descolados do resto. Não é como a seção quer. (Jade)

Eu lembrei disso porque a gente foi numa reunião, com o pessoal da odonto, e de dois dentistas na sala, deu pra perceber que um estava fazendo uma extração por exemplo, e o outro preferiu esperar, considerando que foi feita uma avaliação que pode esperar, mas ali naquela sala eu já vi que um espera e o outro faz. (Ocre)

As falas dos profissionais reforçam a ideia de que a separação entre a odontologia e as demais profissões da área da saúde é uma construção ancorada, conforme aponta Meyer et al (2013), em saberes e práticas que resultam de disputas

em diversos contextos sociais e culturais e por isso mesmo podem ser questionadas, revistas e modificadas.

Para Rocha e Warmling (2016), a fragmentação dos processos de trabalho, com práticas centradas na produção de procedimentos dentro de cada núcleo de conhecimento não é exclusividade das ESB, mas a formação odontológica dos profissionais de saúde bucal, que isola a boca do restante do corpo e do contexto social, reforça o isolamento das ESB.

Para além da formação em odontologia, Oliveira et al. (2007) defendem que raramente os dentistas são convidados para os processos de planejamento, bem como para discussões e capacitações sobre assuntos que não sejam restritos ao campo da odontologia, e da mesma forma, são raras as ocasiões em que médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde participam de reuniões ou capacitações sobre a saúde bucal. Isso contribui para o baixo grau de interação entre os profissionais, acentuando a compartimentalização do cuidado, afastando-se da integralidade.

No que tange a composição das equipes, cabe ressaltar que os profissionais da USF que não tem ESB entendem que a ausência de profissionais de saúde bucal no espaço físico da unidade é um fator que dificulta a abordagem desse aspecto do cuidado:

A nossa unidade não tem o serviço de odontologia, então é muito difícil pra ter um bom acompanhamento durante a gestação. (Grená)

Então a nossa unidade inibe porque ela vem procurar um serviço e a gente não consegue ofertar esse serviço. (Rosa)

Mas com isso, com ela tendo que ir pra outra unidade acaba fazendo uns desfalques. Então a gente não tem o controle da agenda, se elas foram ou não. Por isso a gente fala que não ter o serviço aqui é o fator predominante. (Jade)

O fato de não ter o serviço aqui na unidade impede uma vigilância. (Esmeralda)

Os profissionais da USF com ESB ressaltam a importância da participação da ESB nas discussões durante as reuniões de equipe, e na construção de modos de cuidar, demonstrando enxergar potência para as ações de educação permanente na ESF, com melhoria na comunicação entre os profissionais de diversas áreas a partir da discussão de casos e problematização das ações de cuidado que possibilitam a

construção de novos conhecimentos e estratégias de enfrentamento dos problemas do cotidiano do trabalho:

Desde que nós viramos Saúde da Família, há um ano atrás, e a dentista faz parte da equipe, quer dizer então que dá pra dar uma resposta. Quem mais tem acesso às gestantes são os ACS. A equipe acompanha, mas são eles que conseguem um acompanhamento adequado, então elas também não sabiam disso, e agora como a gente está sempre com a dentista participando da reunião, não tem mais medo da equipe. Então essa parte a gente conseguiu desconstruir o mito. (Lima)

Até por isso a gente explica isso pras enfermeiras, porque quando o exame dá positivo elas já dão um convite pra gestante comparecer lá com a gente, pra estar recebendo toda essa orientação em relação a isso logo no primeiro trimestre. (Sépia)

A ESF tem entre seus principais desafios a integração entre os diferentes profissionais que compõe a equipe, em ações a partir da comunicação horizontal, potencializada pelas reuniões para discutir casos, a dinâmica de funcionamento da unidade de saúde e a realização de atividades de educação permanente (Oliveira et al., 2007).

Pensando na atenção à saúde bucal durante o pré-natal, podemos utilizar o conceito de integralidade como ferramenta para refletir sobre o cuidado que as equipes constroem para essas usuárias dos serviços. Para Merhy (2005), frequentemente os profissionais de saúde utilizam a palavra integralidade como se fosse dotada de sentidos por si própria e, na maioria das vezes, os modos de produzir o cuidado são centrados nos procedimentos, numa prática hegemônica reprodutora do paradigma dominante de fragmentação do cuidado distante do cuidado integral.

A integralidade é essencialmente interdisciplinar. Quando as usuárias dos serviços são vistas como um corpo que apresenta problemas ou demandas biológicas, os profissionais fracionam essas mulheres em quantas partes forem seus núcleos profissionais, num modelo de cuidado centrado em procedimentos, que não considera sua subjetividade, seus desejos e planos.

As oficinas, como estratégia de EPS, podem aprimorar a comunicação entre os profissionais, na medida em que pode dar voz às inquietações que emergem do cotidiano de trabalho dos profissionais, bem como permite problematizar a prática e criar estratégias conjuntas para o enfrentamento das dificuldades, conforme as falas:

Mas se as coisas não estão dando certo eu acho que vale uma conversa. Eu acho que tem que tentar uma aproximação pra pensar processos de trabalho. (Marrom)

Uma coisa que tem muita potência é essa conversa que a gente está tentando se aproximar pra que assim eles completem aquilo que a gente não tem né, que é o atendimento odontológico, não só para gestantes. (Conclusão do grupo)

Merhy (2013) propõe o exercício de imaginar ou lembrar de quando nós, trabalhadores da saúde, ficamos na posição de usuários da saúde, necessitando de ações e serviços produzidos sobre nós por outros profissionais de saúde, apontando que seríamos invadidos por pensamentos sobre qual o nível de implicação do outro com a minha vida, que para mim é valiosa e merece ser defendida. Assim, a equipe de saúde teria a perspectiva de um agir-usuário, imperativo para a defesa da vida do outro, individual ou coletivo.

Nesse sentido, cabe problematizar o papel da gestão, que pode lançar mão das ações de educação permanente como forma de criar novas lógicas no agir dos trabalhadores da saúde. A EPS deve buscar levar as equipes à reflexão, à autoanálise, à interrogação de suas posições ético-políticas e ao comprometimento em produzir atos de saúde com valor real para as pessoas a quem eles se destinam (Merhy, 2004).

A EPS pode ser conduzida como uma proposta de caminho na contramão de uma atenção à saúde burocratizada e presa a protocolos e prescrições generalizáveis, aspectos presentes nas ações de saúde bucal no pré-natal nas equipes estudadas. A perspectiva de processo, ao contrário das capacitações pontuais, visa a criação de espaços permanentes de discussão dos processos de trabalho, sem receitas e com possibilidade de interferir e mudar práticas já naturalizadas nos serviços, com capacidade para reforçar a rede coletiva de produção de conhecimentos e cuidados em saúde (Vasconcelos et al., 2016).

As oficinas aplicadas nesta pesquisa não tiveram o objetivo de resolver todos os problemas da atenção à saúde bucal das gestantes, mas antes, a intenção de disparar processos, causar estranhamentos nas equipes em relação ao tema, e com isso abrir possibilidades de problematização.



## 7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os depoimentos dos gestores enfatizam a distância da gestão da ABS da área de Saúde Bucal, que funciona de forma apartada do restante da equipe de saúde, ilustrando o cuidado fragmentado e confirmando o discurso de que 'a odontologia é diferente'.

Como a inclusão da atenção à Saúde Bucal durante o pré-natal parece não fazer parte da pauta da gestão, as práticas pautam-se na necessidade da realização de uma consulta odontológica no pré-natal como meta a ser atingida segundo diretriz da SMS para repasse de recursos do Programa de Participação Direta nos Resultados (PDR). A solicitação, de no mínimo uma consulta odontológica no pré-natal, parece ter contribuído para o aumento do acesso das gestantes às consultas com a ESB, mas não é suficiente para o acompanhamento das usuárias, bem como para o envolvimento de profissionais das equipes de saúde e a comunidade na busca da melhoria das condições de saúde bucal das gestantes.

Os profissionais atribuem a dificuldade de acompanhamento das gestantes pela ESB à falta de interesse e desconhecimento da importância do tratamento odontológico por parte das usuárias, bem como ao medo de danos que possam ser causados ao feto, o que remete a muitos preconceitos e desconhecimento por parte dos mesmos. A desinformação aparece como dificuldade também entre os profissionais que, apesar de reconhecerem a importância do acompanhamento à Saúde Bucal das gestantes, têm dúvidas sobre a necessidade e as possibilidades do acompanhamento e, ainda, sobre o uso de anestésicos.

Os dentistas formavam o grupo com maior preconceito em relação ao atendimento odontológico das gestantes, ainda que demonstrassem preocupação com o tratamento e acompanhamento dessas mulheres. Apesar de o acompanhamento da saúde bucal das gestantes surgir como uma fonte de medo e preocupação aos profissionais, há o reconhecimento de que a discussão em equipe, com a pactuação de ações entre os profissionais, é estratégia para enfrentamento dos desafios do cuidado à saúde bucal das gestantes.

A dor é citada pelos profissionais como um fator que comumente leva as gestantes a procurar atendimento nas ESB. Ao mesmo tempo, alguns trabalhadores reconhecem que a falta de ações educativas para a população, por parte da própria

equipe pode ser um fator de afastamento das gestantes.

Comparando-se os três equipamentos de atenção básica, a USF-ESB foi a que apresentou menos dúvidas quanto a essas questões, e os profissionais reconhecem que a presença da ESB na reunião de equipe tem contribuído para a discussão de questões de Saúde Bucal, desconstruindo alguns mitos. A participação da ESB em reuniões de equipe, discutindo processos de trabalho, não só de Saúde Bucal, parece ser o maior diferencial entre as três unidades estudadas, contribuindo para a possibilidade de ações de EPS nessa unidade.

Apesar de reafirmar que as ESB funcionam a parte do restante da unidade, os profissionais descrevem tentativas de aproximação entre as ESF e as ESB, com estratégias para aumentar a adesão das gestantes ao acompanhamento de Saúde Bucal, como a vigilância das gestantes faltosas e a participação dos dentistas nos grupos educativos de gestantes.

Durante as oficinas, os profissionais reconheceram que novas informações foram abordadas e discutidas entre as equipes, que enumeraram uma série de dificuldades em prover um cuidado integral no pré-natal, bem como os movimentos que potencializam o cuidado em saúde bucal. Essa construção mostra que as oficinas se constituíram como espaços coletivos de problematização de práticas, sendo um instrumento com potência para ações de EPS.

A proposta é que essas oficinas sejam incorporadas nas estratégias de EPS da SMS de Santos, disparando processos de problematização coletiva das micropolíticas, com possibilidades de reorganização dos processos de trabalho, incorporando a Saúde Bucal na produção do cuidado integral no pré-natal.

## 8- REFERÊNCIAS

Aleixo RQ, Moura CO, Almeida FA, Silva HM. Alterações bucais em gestantes- revisão da literatura. **Resco**. 2010 jul/dez; 1(1): 68-80.

Araújo SM, Pohlmann CS, Reis VG. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/ obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **RFO**. 2009 set/dez; 14(3): 190-6.

Barros RS, Wimmer GF, Botazzo C. Saúde bucal e práxis no cotidiano dos serviços de saúde. **BIS**. 2007 abr; 41: 18-21.

Bastiani C, Cota AL, Provenzano MG, Fracasso ML, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol clín cient**. (Online). 2010, abr/jun; 9 (2).

Batista KBC, Gonçalves OS. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde soc**. 2011 out/dez; 20(4): 884-99.

Botazzo C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec; 2000. 317 p.

Botazzo C. **Saúde bucal e cidadania: transitando entre teoria e prática** in: Pereira AC et al. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. 440p.

Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciênc saúde coletiva**. 2006 jan/mar; 11(1): 7-17.

Botazzo C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec; 2013. 382 p.

Camara AM. Oficina de educação interprofissional para a residência multiprofissional **Cad edu saúde fis**. 2014; 1(1): 27-34.

Campos GW. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc saúde coletiva**, 2000, 5(2): 219-230.

Cardoso IM. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde soc**. 2012 mai; 21(supl.1): 18-28.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface comun saúde educ**. 2004 set/fev; 9(16):161-77.

Ceccim RB, Capozzolo AA. **Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência**. In: Marins JJ et al. Educação médica em transformação. São Paulo: Abem / Hucitec, 2004. p. 346-390.

Ceccim RB, Bravin FP, Santos AA. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar comum**. 2011: 28; p 159-180.

Cericato GO, Garbin D, Fernandes AP. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**. 2007 set/dez; 12(3): 18-23.

Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde debate**. 1995 mar; (46): 19-22.

Correia SM, Silveira JL. Percepção da relação saúde bucal e parto prematuro entre membros da equipe de ESF e gestantes. **Pesq bras odontoped clin integr**. 2011 jul/set; 11(3): 347-55.

Costa IC, Saliba O, Moreira AS. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **RPG rev pos-grad**. 2002 jul/set; 9(3): 232-43.

Ellery AE, Pontes RJ, Loiola I FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis** 2013, 23 (2): 415-437.

Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. saúde coletiva**. 2010 jun; 15(Supl. 1):1643-52.

Feldens EG, Feldens CA, Kramer PF, Claas BM, Marcon CC. A percepção dos médicos obstetras a respeito bucal da gestante. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. Integr**. 2005 jan/abr; 5(1):41-46.

Ferraz F, Backes VM, Martínez FJ, Prado ML. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde transform soc**. 2012; 3(2): 113-28.

Ferreira FV, Gasparin AB, Oliveira MD, Neto FS, Praetzel JL. Percepção de médicos obstetras sobre a saúde bucal de gestantes. **Int J Dent**. 2009 abr/jun; 8(2): 72-8.

Feuerwerker LC. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014. 176p.

Figueiredo MD, Furlan PG. **O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia** in Campos GW, Guerrero AV, orgs: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. 418 p.

Finkler M, Oleinski DM, Ramos FR. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto contexto enferm.** 2004 jul/set; 13(3): 360-8.

Freire EP. **Estabilidade de taludes naturais em solo nos morros da cidade de Santos** [Dissertação de mestrado]. Brasília (DF): UNB, Faculdade de Tecnologia. 1995. 120 p.

Freitas SF. Mais algumas notas para contribuição ao debate sobre a bucalidade. **Ciênc saúde coletiva.** 2006 jan/mar; 11(1): 31-3.

Fundação Seade. **Índice paulista de vulnerabilidade social – IPVS 2010.** São Paulo, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro, 2015.

Kovaleski DF, Freitas SF, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Ciênc saúde coletiva.** 2006 jan/mar; 11(1): 97-103.

Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciênc saúde coletiva,** 2006 jan/mar; 11(1): 155-60.

Lopes SR, Piovesan ET, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comun ciênc saúde.** 2007 abr/jun;18(2): 147-55.

Maeda FH, Imperato JC, Bussadori SK. Atendimento de Pacientes Gestantes. A importância do conhecimento em saúde bucal dos médicos ginecologistas-obstetras. **RGO.** 2005 jan/mar; 53(1): 59-62.

Manfredini MA. **Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes.** In: Contra a Maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos. Campos FCB, Henriques CMP. Orgs. São Paulo: Hucitec; 1997, p78-87.

Manfredini MA. **Planejamento em Saúde Bucal,** in Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde. Pereira AC (org). São Paulo: Artmed; 2003. p 50-63.

Manfredini MA, Moysés SJ, Noro LR, Narvai PC. Assistência odontológica pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do Século XXI. **Saúde soc.** 2012 abr/jul; 21 (2): 323-333.

Martins DP, Borges AH, Semenoff Segundo A, Palma VC, Volpato LE. A saúde Bucal de uma subpopulação de Gestantes Usuárias do Sistema Único de Saúde: um Estudo Piloto. **Pesq bras odontopediatria clín integr.** 2013 jul/set; 13(3): 273-78.

Mendes YB, Gomes GM, Lawder JA, Santos FA, Gomes JC, Pilatti GL. A influência

da doença periodontal sobre nascimentos de crianças prematuras e de baixo peso. **UNOPAR cient ciênc biol saúde**. 2010; 12(1): 19-24.

Merhy EE. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**. In: Fleury S, org. Democracia e Saúde. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998. P. 125-41. Portuguese.

Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface comun saúde educ**. 2004 set; 9(16): 161-77.

Merhy EE. **Engravidando palavras: o caso da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2005. p. 195-206.

Merhy EE. **Ver a si no ato de cuidar**. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, orgs. Clínica comum itinerários de uma formação em saúde. São Paulo, Hucitec, 2013. p-248-67.

Mesquita BS, Meneses IH, Pessoa TR, Farias IA. Aspectos norteadores da atenção à saúde bucal de gestantes da Estratégia Saúde da Família de João Pessoa, Brasil. **Rev odontol bras central**. 2013; 21(60): 45-9.

Meyer DE, Félix J, Vasconcelos MF. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface comun saúde educ**. 2013 dez; 17( 47 ): 859-871.

Miccas FL, Batista SH. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev saúde pública**. 2014 fev; 48(1): 170-85.

Minayo, MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 269p.

Ministério da Saúde (BR). **II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final**. 1993. 23 p.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica nº3 – Programa de Saúde da Família – educação permanente**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000. 32 p.

Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 267/GM, de 06 de março de 2001**. Publicada no Diário Oficial da União de 07/03/2001, seção 1, pg.67.

Ministério da Saúde (BR). **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004. 16 p.

Ministério da Saúde (BR). **III Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e**

**qualidade superando a exclusão social. relatório final.** 2005a. 148p.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.**– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 162 p.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica nº 17 - saúde bucal.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 63 p.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica nº 32 - atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev saúde pública.** 2006 ago; 40(n esp):141-7.

Offenbacher S, Katz V, Fertij G, Collins J, Boyd D, Maynor G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J. periodontol Chicago,** 1996 out; 67(10 Suppl): 1103-13.

Oliveira ER, Aguiar MC, Magres KP, Cadê NV, Lima KC, Gomes MJ. Relações de trabalho em equipe dos cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família nos municípios de Vitória e Vila Velha, ES: uma visão interdisciplinar. **UFES Rev. Odontol.,** 2007 set/dez; 9(3): 23-30.

Paim JS. **Gestão da atenção básica nas cidades.** In: Rassim Neto E, Bógus CM. (orgs). Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: OPAS. 2003.p 183-212.

Paviani NM, Fontana NM. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura filos educ.** 2009 mai/ago; 14(2): 77-88.

Peixoto CR, Freitas LV, Teles LM, Campos FC, Paula PF, Damasceno AK. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev enferm UERJ.** 2011 abr/jun; 19(2): 286-91.

Pereira MM, Viana MA, Mestriner SF, Mestriner Jr W. Uma reflexão sobre a inserção da Saúde Bucal na Saúde da Família. **Investigação.** 2008 jan/dez; 8(1-3): 97-104.

Pereira W. Uma história da Odontologia no Brasil. **História perspectivas.** 2012 jul/dez; (47): 147-73.

Pezzato LM, L'Abbate S, Botazzo C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciênc saú col.** 2013 jan/jul; 18(2): 2095-104.

Pimenta AL. **Brevíssima história da implantação do SUS em Santos.** In: Campos FCB, Henriques CMP (orgs). *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos.* São Paulo: Hucitec; 1997, p 29-40.

Pires FS, Botazzo C. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. **Saúde soc.** 2015; 24 (1), p.273-284.

Poletto VC, Stona P, Weber JB, Fritscher AM. Atendimento odontológico em gestantes: uma revisão da literatura. **Stomatós.** 2008 jan/jun; 14(26): 64-75.

Ramos DD, Lima MA. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad saúde pública.** 2003 jan/fev; 19(1): 27-34.

Rocha ET, Warmling CM. Processo de trabalho e agir profissional no cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). **Saberes plurais.** 2016. 1(1).

Rodrigues AA, Santos AM, Assis MM. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática de Saúde Bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc saúde coletiva.** 2010a mai; 15(3): 907-15.

Rodrigues AA, Fonsêca GS, Siqueira DV, Assis MM, Nascimento MA. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des)construção da integralidade em Feira de Santana – BA. **Rev. APS.** 2010b out/dez. 13 (4); p. 476-485.

Santos RV, Penna CM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto contexto enferm.** 2009 out/dez; 18(4): 652-60.

Santos Neto ET, Oliveira AM, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc saúde Coletiva.** 2012 nov; 17(11): 3057-68.

Sanz M, Kornman K. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. **J Periodontol.** 2013 apr; 84(4 Suppl.): S164-S169.

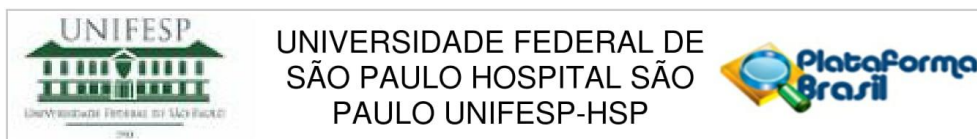
Secretaria Municipal de Saúde de Santos, Coordenação de Saúde da Mulher, Departamento de Atenção Básica. **Protocolos de saúde da mulher.** 2014.

Slavkin, H.C. First Encounters: transmission of infectious oral diseases from mother to child. **JADA.** 1997 jun; 128(6): 773-8.



- Soares CB, Campos CM, Leite AS, Souza CL. Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. **Interface comun saúde educ.** 2009 jan/mar; 13(28): 189-99.
- Soares CL. **A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil.** [Tese de doutorado]. Salvador (BA): UFBA, 2014. p 180.
- Souza EC. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. **Ciên saúde coletiva.** 2006 jan/mar; 11(1): 24-8.
- Trevisan CL, Pinto AA. Fatores que interferem no acesso e na adesão das gestantes ao tratamento odontológico. **Arch health invest.** 2013 abr/jun; 2(2): 29-35.
- Turato ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis: Vozes; 2003. p 685.
- Van Stralen CJ, Belisário AS, Van Stralen TB, de Lima AM, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. saúde pública,** 2008, 24 (1):S148-S158.
- Vasconcelos M, Cardoso AV, Abreu MH. Os desafios dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal em município de pequeno porte. **Arq cent estud curso odontol.** 2010 abr/jun; 46(2): 98-104.
- Vasconcelos MF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SM. Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface comun saúde educ.** ago, 2016.
- Vilela, W. De saúde bucal, saúde mental, saúde sexual: o reiterado retorno à clínica. **Ciên saúde coletiva.** 2006 jan/mar; 11(1): 18-43.
- Zanata RL, Fernandes KB, Navarro PS. Prenatal dental care: evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/ SP, Brazil, 2004. **J appl oral sci.** 2008 may/jun;16(3):194-200.
- Zoboli EL. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma bioética clínica amplificada. **Mundo Saúde.** 2009 abr/jun; 33(2): 195-204..

# Anexo 1 – Parecer consubstanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO: OFICINAS COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO BÁSICA NOS MORROS DE SANTOS

**Pesquisador:** Ricardo Antonio Nunes Neto

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 46795915.8.0000.5505

**Instituição Proponente:** Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

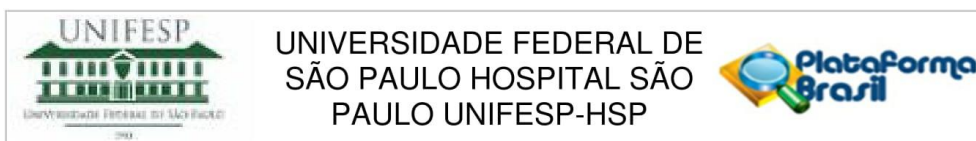
**Número do Parecer:** 1.163.765

**Data da Relatoria:** 15/07/2015

#### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0805/2015 Este projeto tem o objetivo de estruturar, descrever e discutir a realização de oficinas de educação permanente com vistas a problematizar a atenção odontológica na atenção básica durante o pré-natal na região dos Morros de Santos, São Paulo. A atenção à saúde bucal (ASB) no Brasil historicamente foi organizada de forma paralela e sem integração com os demais serviços de saúde, sendo incapaz de dar respostas às necessidades de saúde bucal da população. No ano 2000, as Equipes de Saúde Bucal passaram a integrar a Estratégia de Saúde da Família, reorganizadora das práticas na Atenção Básica à Saúde (ABS), mas a integração entre os profissionais continua frágil, na medida que objetos, instrumentos e ações de cuidado são postos lado a lado, de modo fragmentado, com a mera justaposição de trabalhos, sem uma ação realmente interprofissional. Entre as ações de Odontologia ABS, deve-se destacar a atenção à saúde bucal às gestantes, já que a relação entre as doenças bucais, especialmente a doença periodontal e a prematuridade e baixo peso ao nascer é bem documentada na literatura. A educação permanente pode ser uma resposta às lacunas da ASB durante a gestação, pois se baseia em aprendizagem significativa, a partir de problemas vivenciados no cotidiano profissional, onde se utilizando a problematização coletiva é possível uma transformação das práticas das equipes de saúde.

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.163.765

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Estruturar, descrever e discutir oficinas de educação permanente, com vistas a problematizar a atenção odontológica na atenção básica durante o pré-natal na região dos Morros de Santos, São Paulo Hipótese: A realização de oficinas problematizadoras com os integrantes das Equipes de Atenção Básica, por meio da pesquisa-ação, pode ser uma estratégia de educação permanente eficiente para a reflexão sobre a produção do cuidado com as gestantes, gerando potencial para ações transformadoras da prática pela própria equipe.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara: Riscos: Poderá haver riscos mínimos aos participantes, como desconforto em responder alguma pergunta.

Benefícios: Não haverá benefícios diretos a nenhum dos participantes. Como benefícios indiretos pode haver um melhor cuidado com a saúde bucal de gestantes durante o pré-natal, bem como a construção de estratégias de enfrentamento de problemas da prática.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo com o objetivo acadêmico de Mestrado, vinculado ao Departamento/Disciplina Gestão e Cuidados em Saúde, Campus Baixada Santista, com orientação da profa. Dra. Maria Fernando Petroli Frutuoso

**METODOLOGIA**

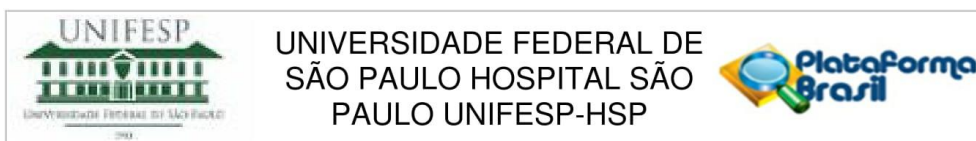
. TIPO DE ESTUDO: O presente trabalho tem abordagem qualitativa, por meio de pesquisa-ação (discussão coletiva)

LOCAL: três unidades de atenção básica da região dos Morros do município de Santos, a saber: Unidade Básica de Saúde do Morro da Nova Cintra (UBS-NC), Unidade de Saúde da Família do Morro do São Bento (USF-SB) e Unidade de Saúde da Família do Morro da Penha (USF-P).

PARTICIPANTES: Serão estudados os integrantes das equipes de saúde

PROCEDIMENTOS: Coleta dos dados: Inicialmente será realizada a caracterização das unidades, bem como dos profissionais participantes da pesquisa-ação. A caracterização das unidades será obtida por meio de análise de documentos, como a página da Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Internet e relatórios do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), e questionário a ser respondido pela gerência da unidade, incluindo ano de inauguração, área de abrangência, população adscrita, número de gestantes no mês da coleta de dados, a

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.163.765

percepção de como se organiza a saúde bucal na unidade, e quais profissionais compõe a equipe.

-Questionário: A caracterização dos profissionais será feita por meio de questionário abordando o número de anos de formação, tempo de serviço na unidade estudada e na atenção básica e realização ou não de cursos de pós-graduação, e o porquê de o profissional atuar na atenção básica.

-Pesquisa-ação: será operacionalizada em dois encontros em cada uma das unidades. No primeiro encontro os profissionais das equipes de saúde serão convidados a uma discussão sobre como se dá a articulação dos profissionais da ESB com outros

integrantes da equipe de saúde, e como o cuidado com a saúde bucal das gestantes é realizado. Serão convidados todos os profissionais das unidades estudadas, sendo aproximadamente 30 participantes. Em um segundo encontro, as conversas serão retomadas, na tentativa de estruturar meios de enfrentamento das questões que emergiram no

encontro anterior e a partir de uma situação problema. Serão usados como pontos de partida a discussão de casos hipotéticos e fichas com trabalhos encontrados na literatura atual sobre a relação entre a odontologia e o pré-natal. As conversas serão gravadas e transcritas. O pesquisador será o moderador das discussões, e contará com o apoio de

um observador participante, que fará anotações em um diário de campo sobre os processos de operacionalização de cada encontro.

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

Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; TCLE - outros documentos: 1- autorização SMS.jpg: trata-se de autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa. - o questionário está anexado no final do projeto detalhado.

**Recomendações:**

Sem recomendações

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

Sem pendências

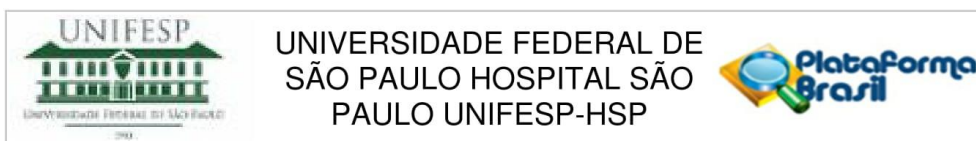
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.163.765

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

SAO PAULO, 29 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



## Anexo 2 – Parecer do COFORM - PMS



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS**  
**Estância Balneária**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Santos, 16 de junho de 2015.

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que o pesquisador Ricardo Antônio Nunes Neto, realize a pesquisa **“Saúde Bucal na gestação: oficinas como estratégia de Educação Permanente na Atenção Básica nos morros de Santos”**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

**Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos**  
**COFORM-SMS**

## **Apêndice A - Questionário para caracterização dos profissionais**

1. Qual a sua formação? Em que ano você se formou?
2. Conte-me sobre sua trajetória profissional: onde trabalhou, quanto tempo, porque mudou de emprego.
3. Há quanto tempo você trabalha na atenção básica? Há quanto tempo você trabalha na atenção básica de Santos e nesta unidade?
4. Qual o motivo que o levou a trabalhar na atenção básica?

## **Apêndice B - Questionário para caracterização da Unidade de Saúde**

1. Qual o ano de inauguração desta unidade? A unidade já funcionou em outros espaços anteriormente?
2. Qual a área de abrangência desta unidade?
3. Qual a população adscrita?
4. Quantas gestantes você tem cadastradas nesta unidade este mês?
5. Quais são os profissionais que compõe sua equipe hoje?
6. Como você avalia o cuidado odontológico na sua unidade? Explique como ele funciona.



## **Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa intitulada Saúde bucal na gestação: oficinas como estratégia de educação permanente na atenção básica nos morros de Santos.

O objetivo desta pesquisa é a realização de oficinas de educação permanente com a finalidade de problematizar a atenção odontológica à gestante. O motivo que nos leva a estudar a atenção odontológica no pré-natal é a importância da saúde bucal para a gestante e o bebê, pois a relação entre as doenças bucais e a prematuridade e baixo peso ao nascer é bem documentada na literatura.

A coleta de dados será feita por meio de um questionário com a finalidade de conhecer o perfil dos profissionais que atuam nas equipes, e também pela realização de oficinas problematizadoras para a discussão da atenção odontológica no pré-natal. Estão previstos dois encontros para a realização dessas oficinas. Cada encontro deverá ter duração máxima de duas horas, e serão realizados na própria unidade onde você trabalha, com um intervalo aproximado de um mês entre cada encontro.

Poderá haver riscos mínimos aos participantes, como o desconforto em responder alguma pergunta. Não haverá benefícios diretos a nenhum dos participantes.

Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a sua identificação ou de outros participantes em nenhum momento. Essas informações serão usadas exclusivamente para esta pesquisa.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer prejuízo a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não haverá nenhuma compensação financeira. Qualquer custo adicional será absorvido pelo pesquisador. A

qualquer momento, se for de seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo ou a respeito dos resultados gerais do estudo, e ao término da pesquisa, você será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidas.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Ricardo Antonio Nunes Neto, que pode ser encontrado na Policlínica do Monte Serrat, situada à Praça Correia de Melo, nº x, telefone 3221-8316. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: [cepunifesp@unifesp.br](mailto:cepunifesp@unifesp.br).

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará com você e a outra conosco.

*“Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li descrevendo o estudo Saúde bucal na gestação: oficinas como estratégia de educação permanente na atenção básica nos morros de Santos. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do trabalho, quais os procedimentos a serem realizados, seus riscos, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é voluntária e sem qualquer custo, sendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. ”*

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

*Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito da pesquisa. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.*

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

\_\_\_\_\_  
Ricardo Antonio Nunes Neto

## **Apêndice D – orientações e roteiro para as oficinas**

### **Orientações**

- Preparar o ambiente da oficina, preparar o gravador, papéis e canetas.
- Iniciar acolhendo os participantes e explicando do que trata a pesquisa, agradecendo a presença de todos.
- Solicitar a leitura e, caso concorde em participar, a assinatura do TCLE.
- Explicar sobre o uso do gravador, reforçando a questão do sigilo das informações, já abordada no TCLE.
- Estimular a participação de todos, deixando claro que todas as opiniões são importantes, e que não há necessidade de o grupo chegar a um consenso.
- Organizar a participação, de modo que não aconteça a monopolização das falas, e estimulando a participação dos mais retraídos.
- Observar e anotar as informações não verbais.
- Cuidar do tempo, não deixando passar de duas horas de duração.
- Ao perceber que o assunto já foi explorado, finalizar a oficina, agradecendo a disponibilidade de todos.

### **Roteiro**

#### **Oficina I**

- Solicitar que cada um se apresente rapidamente, dizendo seu nome e função naquela unidade.
- Distribuir os questionários, destinando quinze minutos para o seu preenchimento.
- Lançar a pergunta disparadora: “Me explique como é feito o cuidado com a saúde bucal das gestantes nesta unidade”.

- Moderar a discussão, não no sentido de censura, mas de estímulo à participação, complementando a pergunta disparadora com outras que achar pertinente para aprofundar o debate.
- No encerramento agradecer e informar sobre a realização da próxima oficina.

## Oficina II

- Verificar se há novos participantes presentes. Em caso positivo, explicar brevemente a pesquisa, solicitar a leitura e assinatura do TCLE.
- Retomar os principais pontos levantados na primeira oficina.
- Dividir os participantes em dois grupos, preferencialmente deixando um integrante da ESB, quando presente, em cada grupo.
- Fornecer papel e caneta para cada um dos grupos, solicitando que seja escolhido um escriba para fazer as anotações das discussões e conclusões daquele grupo.
- Entregar para cada grupo uma folha com quatro questões, solicitando que o grupo discuta as questões e que o escriba anote as conclusões do grupo, mesmo quando não há consenso. O tempo máximo dessa atividade é de vinte minutos.
- Cada grupo recebe três questões diferentes, sendo que a pergunta número quatro é comum aos dois grupos. As questões são:
  1. Durante a gestação ocorre um aumento na incidência de cáries? Por que? (Grupo I)
  2. Existe relação entre o acesso ao tratamento odontológico e menor quantidade de efeitos adversos na gravidez e no parto? Por que? (Grupo I)
  3. Por que muitas vezes se evita o tratamento odontológico das gestantes? (Grupo I)

4. Existe transmissão vertical de patógenos ou doenças bucais? Explique. (Grupo I e II)
5. Existem doenças bucais que podem interferir na gestação? Explique. (Grupo II)
6. Existe um aumento da incidência de doença periodontal durante a gestação? Por que? (Grupo II)
7. A gestante pode submeter-se ao tratamento odontológico? Como proceder? (Grupo II)

- O escriba de cada grupo lê cada pergunta seguida da resposta construída pelo grupo. Após a leitura, o outro grupo é estimulado a opinar, debatendo sobre a questão. Cada questão é lida sucessivamente, até a questão número quatro, que foi respondida pelos dois grupos. O grupo I lê a questão e a resposta primeiro, e logo após o grupo II faz o mesmo, e abre-se para o debate entre todos os participantes. O grupo II então segue com as respostas das questões seguintes, do mesmo modo que o grupo I fez inicialmente, até a questão número sete. O tempo máximo dessa atividade é de vinte minutos.
- São distribuídas sete fichas, exatamente iguais, para cada um dos grupos. Essas fichas contêm resumos de artigos científicos publicados sobre a relação entre a gestação e a saúde bucal (Apêndice E). Os grupos são orientados a ler as fichas, identificando aquelas que podem ter algum significado para o grupo, em relação às perguntas e respostas trabalhadas anteriormente, e rediscutindo as respostas dadas anteriormente. As conclusões do grupo são novamente anotadas pelos escribas. Essa atividade tem um tempo máximo de vinte minutos.
- O escriba do grupo I lê a primeira pergunta novamente, seguida da ficha resumo que o grupo achou que faz sentido para aquela questão, complementando se a leitura da ficha trouxe alguma mudança, e como o grupo se sentiu. O grupo II é convidado a participar da conversa, opinando e debatendo. As outras questões são lidas do mesmo modo, sucessivamente, e quando o grupo I termina suas leituras, o grupo II é convidado a continuar até a última pergunta. Essa atividade tem um tempo máximo de vinte minutos.

- Cada grupo recebe mais uma pergunta para ser lida e discutida. As questões são:
  1. “Na sua unidade, quais os fatores potencializadores de uma atenção adequada à saúde bucal das gestantes”? (Grupo I)
  2. “Na sua unidade, quais os fatores dificultadores de uma atenção adequada à saúde bucal das gestantes”? (Grupo II)
- Cada grupo tem quinze minutos para responder à pergunta. O escriba anota as respostas, mesmo que não haja consenso.
- O escriba do grupo I lê as conclusões de seu grupo, e o grupo II é convidado ao debate, acrescentando suas opiniões. Em seguida o escriba do grupo II faz o mesmo. Para essa atividade temos um tempo máximo de 15 minutos.
- A oficina é encerrada, agradecendo novamente a participação de todos, e informando que as fichas com os resumos dos trabalhos científicos, contendo, além do resumo, o endereço eletrônico onde ele pode ser lido na íntegra ficarão à disposição da equipe.

## Apêndice E – fichas com resumos para as oficinas

### Ficha 1

#### **An examination of periodontal treatment, dental care, and pregnancy outcomes in an insured population in the United States**

Albert DA, Begg MD, Andrews HF, Williams SZ, Ward A, Conicella ML, Rauh V, Thomson JL, Papapanou PN. Am J Public Health. 2011 January; 101(1): 151–156.

Em um estudo de coorte retrospectivo, foram examinados os registros de 23.441 mulheres inscritas em um plano de saúde, que tiveram bebês nascidos vivos, excluindo gestações gemelares, nos Estados Unidos, entre 1 de janeiro de 2003 e 30 de setembro de 2006, tentando relacionar a ocorrência de eventos adversos no nascimento com base no tratamento odontológico recebido. Foram comparadas as taxas de baixo peso ao nascer e parto prematuro de cinco grupos de gestantes, especificando o tempo de gestação e o tipo de tratamento dentário recebido. Utilizou-se análise de regressão logística para comparar os resultados entre os grupos de tratamento, considerando a duração da cobertura contínua odontológica, idade materna, complicações na gravidez, a renda familiar, e raça / etnia. As análises mostraram que as mulheres que receberam atendimento odontológico preventivo tiveram melhores resultados do nascimento do que aqueles que não receberam tratamento ( $P < 0.001$ ). Observamos nenhuma evidência de aumento da probabilidade de efeitos adversos no nascimento de tratamento dentário ou periodontal. Para as mulheres com seguro médico e dental, cuidados preventivos estão associados a uma menor incidência de efeitos adversos no nascimento.

## Ficha 2

### **Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes**

Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Texto contexto - enferm. 2004; 13(3): 360-368.

Trata-se de um estudo que objetivou compreender as representações sociais de gestantes sobre questões relacionadas à saúde bucal, por meio de entrevistas semiestruturadas. A discussão dos resultados procura colaborar na instrumentalização dos profissionais da saúde ao proporcionar uma reflexão sobre a atual assistência odontológica prestada à gestante. Existe uma crença muito forte que contraindica o tratamento odontológico durante a gestação, entendendo esse tratamento como sendo um risco importante à saúde e até mesmo à vida do feto em desenvolvimento. Isso foi relacionado, principalmente, ao malefício em potencial de produtos químicos, cujo uso, as gestantes demonstraram saber muito bem, deve ser evitado. Considerando que remédios são produtos químicos e que seu uso deve ser limitado às indicações médicas, as gestantes descartam a possibilidade de utilizarem anestesia no atendimento odontológico e, portanto, de realizá-lo. O conteúdo das falas sugeriu que as gestantes aceitam passivamente, inquestionavelmente, a "necessidade" de esperar o nascimento do bebê para "poder" retomar o tratamento. Nem mesmo a dor, apontada pelas entrevistadas como uma importante razão para a busca do atendimento odontológico, às vezes supera o medo e a resistência ao tratamento durante a gestação. O cumprimento "à risca" da recomendação médica (não tomar remédios), associado à ausência do dentista no pré-natal e à falta de comunicação entre os profissionais das áreas da saúde, no sentido de encaminharem todas as gestantes para o tratamento odontológico colaboram para a manutenção deste componente da representação social que desaconselha a ida ao dentista. Porém, talvez seja o próprio receio dos dentistas em atender gestantes, por meio de seu discurso científico, que tenha contribuído originalmente para a construção deste saber, mantendo-o presente. A aproximação entre gestantes, a odontologia e a equipe multiprofissional de saúde parece ser um desafio fundamental para o início de um ciclo de promoção de saúde bucal promissor, que exige, contudo, um repensar a formação de recursos humanos, com ênfase na dimensão educativa das práticas de saúde e no trabalho pré-natal interdisciplinar.



### Ficha 3

#### **A doença periodontal como possível fator de risco colaborador, dentre os demais fatores de risco clássicos, para o parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer – revisão da literatura.**

Domingues JM, Oliveira LCBS, Alves J, Machado W. R. Periodontia. 2010; 20(2): 33-38.

Uma plausível associação da doença periodontal como um fator de risco, dentre os demais fatores de risco clássicos (fatores socioeconômicos e ambientais, tabagismo, drogas, infecções gêrito-urinárias, idade, ganho de peso durante a gravidez e o peso pré-gestacional, entre outros) com o parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer vem sendo analisada e pesquisada nos últimos anos, já que o baixo peso ao nascer é o maior determinante de morbidade e mortalidade neonatal. Estudos de caso-controle sugerem que a doença periodontal pode ser um possível fator de risco para o parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer. Alguns estudos propõem que as infecções bucais, como a periodontite, poderiam constituir uma fonte importante de infecção e inflamação através da ação de microrganismos que estimulam uma reação inflamatória através da liberação de mediadores pró-inflamatórios. Esta reação inflamatória seria uma ameaça à unidade feto-placentária, pois alguns mediadores estariam estritamente ligados ao trabalho de parto pré-termo. Determinados artigos relacionam espécies bacterianas, características da flora subgengival, como participantes de quadros de infecção vaginal e ocorrência de parto pré-termo, através do isolamento dessas bactérias no líquido amniótico de mulheres com parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer. Por conseguinte, é prudente que esse fato seja reconhecido e que novas condutas com medidas preventivas à doença periodontal, assim como aos demais fatores de risco, sejam aplicadas nos sistemas públicos e privados de saúde, em todas as pacientes que planejam engravidar, bem como realizado seu monitoramento durante a gravidez, diminuindo possivelmente a probabilidade da ocorrência de prematuridade no nascimento de seus filhos

#### Ficha 4

##### **Transmissão de bactérias periodontais**

Leite ACE, Grisi DC, Guimarães MCM, Araújo VM, Freitas FV, Araújo DF. R. Periodontia. 2008. 18(3): 28-33.

A transmissão de microrganismos bucais de mãe para filho ocorre durante a gravidez, durante o parto e após o nascimento. Análises genéticas têm sido usadas para diferenciar microrganismos da mesma espécie, facilitando, assim, a análise da via de transmissão percorrida. Estas técnicas têm demonstrado evidências de transmissão vertical (pai-filho), transmissão horizontal (entre cônjuges) e transmissão entre irmãos.

A infecção periodontal quando presente em um dos cônjuges ou em membros da mesma família pode aumentar a probabilidade de transmissão de periodontopatógenos.

## Ficha 5

### **Atendimento odontológico à gestante- Parte 2: Cuidados durante a consulta.**

Silva SWGC, Stuani AS, Queiroz AM R. Fac. Odontol.Porto Alegre.2006. 47(3): 5-9.

O atendimento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gestação, uma vez que é mais prejudicial ao bebê a manutenção de infecções na cavidade bucal da mãe do que o tratamento instituído. No 1º trimestre pode haver dificuldades pelos vômitos e enjoos. O 2º trimestre é considerado o período ideal por ser a fase mais estável da gestação. No 3º trimestre a mulher apresenta frequência urinária aumentada, edema nas pernas, hipotensão postural, e se sente desconfortável em tratamentos prolongados. Em casos de urgência o tratamento pode ser feito em qualquer período, não sendo a gestação uma contraindicação, e embora seja comum aos dentistas o hábito de postergar o tratamento até depois da gestação pelos receios em função da realização de tomadas radiográficas e prescrição de medicamentos, essa conduta não deve ser utilizada como rotina, estando indicada apenas para alguns procedimentos mais extensos. Aconselha-se sessões curtas, colocação de almofada sob o quadril do lado direito para evitar a compressão da veia cava inferior ou manter a paciente sentada. O exame radiográfico não precisa ser evitado durante a gestação, pois a dose de radiação é mínima, e o feto recebe cerca de 1/50000 partes da radiação que atinge a face de sua mãe. Mesmo assim, alguns cuidados são necessários, como a avaliação da real necessidade do exame, uso de avental de chumbo e filmes ultra-rápidos que garantem uma menor exposição à radiação. Há diversos medicamentos de interesse odontológico que são seguros para o uso durante a gestação. Em relação aos anestésicos locais, a lidocaína com norepinefrina é o anestésico de escolha. Deve-se evitar o uso de prilocaína com felipressina, pois esses anestésicos diminui a circulação placentária. O conhecimento por parte do cirurgião-dentista sobre as recomendações e cuidados a serem tomados durante o tratamento das gestantes pode garantir um atendimento com segurança às gestantes em qualquer fase da gestação.

## Ficha 6

### **Avaliação do perfil de cárie dentária em gestantes de Araraquara, Brazil.**

Aguiar TC, Junior AV, Silva SRC, Rosell FL, Tagliaferro EPS Rev. Cuba. Estomatol. 2011; 48(4): 341-351.

Este estudo retrospectivo teve como objetivo identificar o risco de cárie de gestantes que frequentaram a clínica de odontologia preventiva da Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP) de 1999 a 2007. Um total de 166 prontuários seguindo orientações pré-estabelecidas, foram utilizados. Coletou-se informação sobre: classificação do diagnóstico de risco de cárie, trimestre gestacional, consumo de carboidratos (entre ou durante as refeições), placa corada, número e grupo de dentes com experiência de cárie. Durante a gestação, fase de grandes alterações biológicas e psicossociais, as gestantes estão mais predispostas a cárie dentária devido aos desejos (alimentos doces), aumento de acidez na boca pelo vômito, diminuição da produção de saliva e/ou aumento da acidez da saliva, com diminuição de sua capacidade tampão e atenção limitada a saúde oral.

## Ficha 7

### **Tratamento Odontológico em Gestantes**

Ebrahim ZF, Oliveira MCQ, Peres MPSM, Franco JB. Science in Health. 2014;5(1):32-44.

As variações nos hormônios sexuais femininos durante a gestação, como o aumento do estrogênio e da progesterona, têm um importante papel nas alterações periodontais, tornando os tecidos mais susceptíveis às respostas inflamatórias. Estudos clínicos relataram um aumento transitório na incidência e severidade da inflamação gengival durante a gravidez, não relacionada a variações na quantidade de placa presente. As teorias mais aceitas para descrever a repercussão da gravidez nas alterações periodontais incluem os efeitos hormonais sobre o biofilme subgengival, o sistema imunológico, a vascularização e as células específicas do periodonto. Dessa forma, a resposta do periodonto não está relacionada a um único mecanismo, mas é multifatorial. Dentre as alterações gengivais mais comuns que podem ocorrer durante a gestação, pode-se citar a gengivite gravídica (cl clinicamente semelhante à gengivite induzida por biofilme, corresponde a uma resposta exacerbada à presença de placa bacteriana e sua prevalência varia entre 35 a 100% das gestantes) e o granuloma piogênico (lesão benigna que surge geralmente no primeiro trimestre da gestação e acomete mais de 5% das gestantes. Pode resultar de traumatismos repetitivos e irritação local sobre os tecidos gengivais e ocorre preferencialmente na região anterior da maxila).