

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Liliana Gomes Zambrotti Dusilek

**O acesso das gestantes ao pré-natal odontológico no município do Rio de Janeiro: o caso da
área programática 3.2**

Rio de Janeiro

2020

Liliana Gomes ZambrottiDusilek

**O acesso das gestantes ao pré-natal odontológico no município do Rio de Janeiro: o caso da
área programática 3.2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação do Processo Saúde-Doença.

Orientadora: Prof^a. Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: **The access of pregnant women to dental prenatal care in the city of Rio de Janeiro: the case of the programmatic area 3.2**

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

D973a Dusilek, Liliana Gomes Zambrotti.
O acesso das gestantes ao pré-natal odontológico no município do Rio de Janeiro: o caso da área programática 3.2 / Liliana Gomes Zambrotti Dusilek. -- 2020.
150 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Odontologia em Saúde Pública. 4. Assistência Odontológica. 5. Gestantes. 6. Cuidado Pré-Natal. I. Título.

CDD – 23.ed. – 617.601098153

Liliana Gomes ZambrottiDusilek

**O acesso das gestantes ao pré-natal odontológico no município do Rio de Janeiro: o caso da
área programática 3.2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação do Processo Saúde-Doença.

Aprovada em: 30 de junho de 2020

Banca Examinadora

Dolores Maria Franco de Abreu
Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro)

Danielle Ribeiro de Moraes
Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca)

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Criador e Senhor, pela bênção da vida.

À minha família: Sérgio, meu marido, pelo encorajamento na realização do mestrado e pelo apoio emocional e espiritual, quando muitas vezes achei que não ia conseguir; e Letícia, minha filha amada, cujos momentos juntos foram sacrificados em função dos muitos estudos e escrita desta pesquisa. Acabou, filha! Amo vocês!

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e pelas orações. Gratidão infinita. Amo vocês!

A Gisela Cordeiro Pereira Cardoso, minha orientadora. Pela forma afetuosa e acolhedora ao me receber na ENSP, em 2016, quando comecei a conhecer o mundo da avaliação. Obrigada por todos os incentivos durante esta pesquisa.

Às queridas Prof^aDr^a. Danielle Ribeiro de Moraes, Prof^aDr^aRosely Magalhães e Prof^aDr^aTatiana Wargas por me ajudarem neste processo de desconstrução e aprendizado. Ao Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes, cuja disciplina me ajudou a construir o arcabouço desta pesquisa. Muito obrigada por fazerem parte da minha formação.

À querida amiga Carla Vita Decotelli da Silva Mendes, por ter me apresentado a ENSP e a Avaliação em Saúde e por ter me incentivado ao mestrado.

À Dr^a. Silvia Eurides Soares Veiga, diretora da unidade de saúde na qual sou servidora. Muito obrigada pelo apoio incondicional para a realização deste curso, desde o processo seletivo.

À amiga Michelle Cecille Bandeira Teixeira, por ter me despertado para a saúde coletiva quando trabalhamos juntas no Hospital Maternidade Carmela Dutra, me libertando do modelo tecnicista.

Ao amigo de trabalho que a Saúde Pública me deu, Márcio Luís Ferreira, que me incentivou a realizar este mestrado.

À minha querida turma: Adriane, Clarisse, Elaine, Grace, Laís, Lorena, Nathalia, Priscila, Rafael, Rebecca, Thayza, Vanessa e Victor. Muito obrigado por esses 2 anos de convivência, aprendizado e apoio. Vocês foram essenciais!

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.”

Dr. Martin Luther King Jr.

“Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses.”

Rubem Alves

RESUMO

O Ministério da Saúde possui vários documentos que falam sobre a necessidade e importância do cuidado odontológico durante a gravidez, que tem por objetivos: restaurar a saúde bucal da mulher através de procedimentos curativos e preventivos e a educação em saúde, visando capacitar a mulher para o autocuidado bucal, assim como do seu bebê, podendo estender esses benefícios para toda a família, devido à potencialidade da mãe em ser agente multiplicador de saúde em seu âmbito doméstico. No entanto, devido ao despreparo, insegurança e desconhecimento científico, muitos profissionais odontólogos deixam de prestar a devida assistência à gestante, prorrogando-a para o período puerperal, o que pode contribuir para a piora da saúde da mulher. O propósito deste estudo é avaliação do acesso das gestantes ao pré-natal odontológico em uma área programática do município do Rio de Janeiro através das subdimensões: aceitabilidade, conformidade e acomodação. Trata-se de um estudo de caso, onde aplicou-se predominantemente o método qualitativo. A amostra de participantes foi composta por profissionais da saúde – agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, odontólogos, gestores e usuárias gestantes do SUS, que participaram através de entrevista semi-estruturada. A apreciação dos dados foi feita através da análise de conteúdo temático. A pesquisa identificou não conformidade com as normas propostas, a não aceitabilidade de alguns procedimentos odontológicos no grupo dos odontólogos e das gestantes e a acomodação em relação à algumas atividades. É possível concluir que o acesso das gestantes à intervenção é falho, em razão do encaminhamento destas usuárias ao serviço de saúde bucal não ser feito de modo sistemático pelos profissionais médicos e enfermeiros, bem como pela não realização de algumas atividades que fazem parte desta intervenção.

Palavras chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Avaliação em Saúde, Odontologia em Saúde Pública, Assistência Odontológica, Gestantes

ABSTRACT

In Brazil, the Ministry of Health has several documents that provide guidance on the need and importance of dental care during pregnancy, which aim to: restore women's oral health through curative and preventive procedures and health education, in order to enable a woman for oral self-care, as well as her baby, being able to extend these benefits to the whole family, due to the mother's potential to be a health multiplying agent in her household. However, due to unpreparedness, insecurity and lack of scientific knowledge, many dental professionals fail to provide due care to pregnant women, extending it to the puerperal period, which can contribute to the worsening of women's health. The purpose of this study is to assess pregnant women's access to dental prenatal care in a programmatic area in the city of Rio de Janeiro through the subdimensions: acceptability, compliance and accommodation. This is a case study, where the qualitative method was predominantly applied. The sample of participants was composed of health professionals - community health agents, nurses, doctors, dentists, managers and pregnant users of SUS, who participated through semi-structured interviews. The data was assessed through thematic content analysis. The research identified non-compliance with the proposed rules, the non-acceptability of some dental procedures in the group of dentists and pregnant women and accommodation in relation to some activities. It is possible to conclude that the access of pregnant women to the intervention is flawed, because the referral of these users to the oral health service is not done systematically by medical professionals and nurses, as well as the non-performance of some activities that are part of this intervention.

Keywords: Health Services Accessibility , Health Evaluation, Public Health Dentistry, Dental Care, Pregnant Women

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Acervo pessoal -----	27
Figura 2 -	Acervo – Documentos Administrativos -----	28
Figura 3 -	Acervo – Documentos Administrativos -----	29
Figura 4 -	Acervo – Documentos Administrativos -----	30
Figura 5 -	Acervo – Periódicos -----	54
Figura 6 -	Acervo pessoal -----	58
Figura 7 -	Acervo pessoal -----	60
Quadro 1 -	Acervo – Periódicos -----	61
Figura 8 -	Acervo Pessoal -----	69
Fotografia 1 -	Acervo – Periódicos -----	69
Fotografia 2 -	Acervo – Periódicos -----	70
Fotografia 3 -	Acervo – Periódicos -----	71
Fotografia 4 -	Acervo – Periódicos -----	71
Fotografia 5 -	Acervo – Pessoal -----	71
Fotografia 6 -	Acervo – Periódicos -----	71
Figura 9	Acervo Pessoal -----	72
Figura 10	Acervo Pessoal -----	73
Figura 11	Acervo Pessoal -----	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
ACS	Agente comunitário de saúde
AP	Área programática
APS	Atenção primária à saúde
ASB	Auxiliar de saúde bucal
CAP	Coordenação de área programática
CEO	Centro de especialidades odontológicas
CF	Clínica da Família
CLT	Consolidações das Leis do Trabalho
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HMatCD	Hospital Maternidade Carmela Dutra
OS	Organização social
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PN	Pré-natal
PNO	Pré-natal odontológico
SUS	Sistema único de saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
TSB	Técnico de saúde bucal
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 OBJETO DE INVESTIGAÇÃO/SITUAÇÃO PROBLEMA.....	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 GERAL:.....	20
2.2 ESPECÍFICOS:	20
3 JUSTIFICATIVA.....	21
4 A SAÚDE BUCAL E SUA ORGANIZAÇÃO	23
4.2 MODELO ASSISTENCIAL DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE RIO DE JANEIRO	24
4.2.1 Programa “Riso do Rio” (Programa antecessor):	24
4.2.2 Programa “Carioca Rindo à Toa” (Programa em vigência):.....	25
4.3 CONTEXTO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	27
4.3.1 Atenção Primária.....	29
4.3.2 Cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.....	30
4.3.3 Atenção Especializada.....	31
4.4 A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO ...	32
4.4.1 Saúde Bucal na Atenção Primária.....	32
4.4.2 Atenção de Média Complexidade em Saúde Bucal.....	32
4.4.3 Atenção de Alta Complexidade em Saúde Bucal.....	33
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	34
5.1 O PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO.....	34
5.1.1 Alterações sistêmicas e bucais no organismo da gestante.....	34
5.1.2 Época ideal para tratamento.....	37
5.1.3 Prescrições.....	38
5.1.4 Uso de Anestesia Local.....	39
5.1.5 Radiografias Orais.....	39
5.1.6 Flúor.....	40
5.1.7 Educação em saúde visando a Promoção de Saúde.....	40
5.2 ESTUDOS SOBRE O PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO.....	41
6. AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	51
6.1 A MODELIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO	52
6.2 AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO:.....	53
6.2.1 A Qualidade técnica em Saúde	54

6.2.2 O Desempenho em Saúde	55
6.2.3 O Acesso em Saúde	55
7 METODOLOGIA.....	58
8 ASPECTOS ÉTICOS.....	67
9 RESULTADOS.....	68
9.1A VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO-TEÓRICO DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO.....	68
9.2 DESCRIÇÃO DO CAMPO: A CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHÍDIO DIAS DA SILVEIRA.....	69
9.3 DADOS DO GRUPO DE PARTICIPANTES.....	76
9.4 O ACESSO AO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NA UNIDADE DE SAÚDE.....	77
10 DISCUSSÃO.....	95
11 CONCLUSÕES.....	111
REFERÊNCIAS.....	115
ANEXOS.....	131

APRESENTAÇÃO

Quando cursei Odontologia, de 1993 até 1996, meu único contato com a saúde pública na faculdade foi durante a disciplina de odontologia social, cujo conteúdo era teórico e a única atividade “prática” realizada foi uma visita a um centro municipal de saúde. A disciplina era pouco atrativa para a maioria dos alunos, o que provocou meu desinteresse pela saúde coletiva. Na segunda metade do curso de Odontologia, a ênfase no aluno era em sua formação técnica, com cobranças de estatísticas de produção na clínica - uma das condições para a aprovação na disciplina -, bem como para a formação do profissional liberal, o empreendedor bem sucedido em seu futuro consultório. No último ano da faculdade realizei o concurso para estágio de acadêmico-bolsista pela Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (SMS-RJ), sendo aprovada e classificada. No entanto, no meu período de estágio de acadêmica-bolsista durante o ano de 1996, já norteada pelo modelo de formação do curso universitário, o meu interesse era voltado para os atendimentos clínicos para que pudesse aprimorar minha técnica.

Após 4 anos de formada, no ano 2000, prestei um concurso para esta mesma Secretaria, sendo também aprovada e classificada, vindo a tomar posse no ano de 2002, mais precisamente no mês de novembro. Minha primeira unidade de saúde foi o posto de atendimento médico (PAM) Rodolpho Rocco, no serviço de emergência, onde o único tratamento odontológico possível, além de prescrições e suturas, era a exodontia (extração dentária). Desta forma, meu primeiro momento como servidora na saúde pública não encontrava espaço – pois não havia outra opção de tratamento - e nem tempo para empregar os princípios de promoção de saúde, orientações aos pacientes, em razão do volume de atendimento ser muito grande, sobrecarregando os profissionais que ali trabalhavam.

No ano de 2008 solicitei meu remanejamento para a minha atual unidade, o Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMatCD), o que fez com que a minha concepção da odontologia no contexto da saúde pública mudasse profundamente.

O HMatCD é uma unidade de saúde pertencente à área programática (AP) 3.2, que atua nos 3 níveis de atenção: atenção primária – realiza o cuidado multidisciplinar de pré-natal de baixo risco às gestantes deste território que não são cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da especialidade de enfermagem obstétrica, bem como profissionais na área de enfermagem, nutrição, serviço social e odontologia; atenção secundária – realiza o cuidado multidisciplinar de pré-natal de alto-risco, encaminhadas das unidades da atenção básica, que conta com profissionais médicos com especialidades de obstetria, clínica geral e endocrinologia,

e os profissionais de enfermagem, nutrição, serviço social e odontologia, e atenção terciária – atua no cuidado relativo ao parto e intercorrências emergenciais.

O serviço de odontologia no HMatCD atua em 3 diferentes públicos, sendo um desses, as gestantes que realizam o pré-natal na unidade de saúde. O cuidado odontológico à gestante é denominado no campo da odontologia, de Pré-natal Odontológico (PNO).

Nesta unidade de saúde tive o privilégio de trabalhar com uma colega de profissão cuja formação era em saúde coletiva e que foi a responsável por iniciar um novo rumo na minha prática como servidora. No HMatCD, o PNO é prestado de uma forma integral pelo serviço de odontologia, que vai desde a primeira consulta, exame diagnóstico, tratamento resolutivo (clínico e cirúrgico), acompanhamento e promoção de saúde, enxergando o potencial da gestante como um agente multiplicador de saúde, principalmente em seu núcleo familiar.

O serviço de odontologia do HMatCD vivencia frequentemente relatos de usuáriagestantes que foram encaminhadas pela atenção básica para a realização do pré-natal de alto-risco no hospital ou através de demanda espontânea, que não conseguiram tratamento clínico ou emergencial na unidade de atenção básica de origem, pois tiveram como orientação do profissional odontólogo, aguardar o término da gestação para a realização do mesmo. Estas ocorrências sucessivas começaram a me provocar intensa inquietação, visto que a mulher gestante não pode e nem deve ser excluída do cuidado odontológico, o que despertou o desejo de pesquisar como se configura o acesso da gestante ao cuidado odontológico no âmbito da atenção básica no município do Rio de Janeiro, razão do meu ingresso no curso de mestrado em Saúde Pública na ENSP-FIOCRUZ.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2002, foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento: uma iniciativa que visava o atendimento humanizado no modelo de atenção integral e a melhora das condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como objetivo de melhorar o acesso, cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, visando a diminuição da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002).

Já em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecido pelo nome de “Brasil Sorridente”. No item que diz respeito à ampliação e qualificação da atenção básica, recomenda-se a ampliação do acesso ao grupo das gestantes, orientando-as quanto à necessidade e possibilidade de tratamento odontológico durante a gestação, visando o restabelecimento da sua saúde oral (BRASIL, 2004).

Por sua vez, no Caderno de Atenção Básica nº 17 (Saúde Bucal), publicado no ano de 2008, há um capítulo sobre a organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida do indivíduo, sendo um deles, a mulher gestante. O documento enfatiza a importância dos profissionais da Equipe de Saúde Bucal (eSB) trabalharem em constante interação com os outros profissionais responsáveis pelo atendimento da gestante. Destaca também a necessidade da adequação do meio bucal, que consiste na remoção do tecido cariado seguido de tratamento restaurador e resolução de problemas gengivais; possibilidade de cirurgias e radiografias, realizadas com a devida proteção, caso se mostrem necessárias ao tratamento (BRASIL, 2008).

Mais recentemente, em julho de 2011, o Ministério da Saúde, incluiu o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica em gestantes no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o objetivo de identificar a proporção de gestantes que foram cadastradas pela equipe de saúde e que foram submetidas ao tratamento odontológico. Uma das condutas gerais preconizadas é que durante a 1ª consulta do pré-natal, a gestante seja encaminhada para uma avaliação odontológica individual (BRASIL, 2011).

O Caderno de Atenção Básica nº 32 (Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco), publicado no ano de 2012, apresenta um item sobre as abordagens da saúde bucal na gestação, como também os agravos orais mais comuns. Além disso, esclarece o papel de todos os profissionais da equipe da atenção básica no pré-natal, bem como as atribuições de cada um no tocante ao cuidado da gestante. Dentre as várias funções do Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional de saúde fundamental na ESF que constrói e fortalece o vínculo entre a comunidade e a Equipe de Saúde da Família (eSF), salienta-se a realização de visitas domiciliares para identificação das gestantes de

seu território, encaminhamento ao serviço de saúde, a fim de promover a captação precoce para a primeira consulta do pré-natal, acompanhamento das consultas subsequentes, além da busca ativa das usuárias faltosas. Das muitas incumbências dos profissionais pré-natalistas (enfermeiro e médico da eSF), destaca-se a realização de consultas de pré-natal de gestação de baixo risco; solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; realização de testes rápidos e prescrição de medicamentos padronizados para o programa de pré-natal.

Este documento também apresenta as funções do cirurgião-dentista no cuidado pré-natal, ressaltando a realização da primeira consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco; solicitação de exames complementares e, caso necessário, orientação sobre a possibilidade de realizar o tratamento neste período; adequação do meio bucal de forma a garantir conforto à gestante e o atendimento das intercorrências e urgências odontológicas. Além disso, também reforça a necessidade dos profissionais de saúde bucal trabalhar em conjunto com os profissionais da equipe de saúde, interagindo com os outros profissionais responsáveis pelo seu atendimento, a fim de planejar melhor o cuidado odontológico no pré-natal. Os cirurgiões-dentistas podem desmistificar informações sobre o tratamento odontológico na gravidez com os colegas da equipe de saúde, de modo que eles passem a encorajar a usuária a buscar o cuidado odontológico. Além disso, estes profissionais podem orientar sobre a realização do PNO, atentando para as necessidades mais comuns de cada trimestre da gestação, enfatizando que o adiamento do tratamento odontológico para o pós-parto pode ser problemático, pois além da possibilidade do aumento dos agravos e morbidades, as novas mães estarão focadas no cuidado de seus bebês recém-nascidos e não disporão de tempo para cuidarem de si mesmas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, é importante acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados. O pacto de indicadores da atenção básica, formalizado com a publicação da portaria nº 493 do Ministério da Saúde, de 10 de março de 2006, constitui-se como instrumento nacional de monitoramento das ações de saúde, base para negociações de metas com o objetivo de avaliar a aplicação dos recursos e o impacto na saúde da população. A saúde bucal é um desses indicadores. (BRASIL, 2006c; SILVA, 2013).

O Programa de Melhoria Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), lançado pelo Ministério da Saúde em 2011, tinha também por objetivo, induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão de qualidade que pudesse ser comparado nas esferas nacional, regional e local, de forma que permitisse maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção

Básica em Saúde. Na primeira fase do PMAQ – adesão e contratualização - era necessário pactuar compromissos e indicadores entre as equipes de Atenção Básica com os gestores dos municípios, e destes com o Ministério da Saúde. Entre estes compromissos, encontrava-se um conjunto de indicadores selecionados, que pertenciam a alguns dos principais focos estratégicos da atenção básica, como: o pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, saúde da criança, controle da hipertensão e do diabetes, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis; e a iniciativas e programas estratégicos do Ministério da Saúde como: rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência. Um indicador selecionado da saúde bucal foi a cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante (BRASIL 2011 – PMAQ).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 32 (Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco), consta como um dos procedimentos realizados pelo profissional na rotina da primeira consulta do pré-natal, o encaminhamento da mulher grávida para a avaliação odontológica. Na caderneta da gestante, documento que é entregue à esta usuária no início do pré-natal, há orientações sobre hábitos saudáveis de higiene oral e orientações para a realização de consulta e tratamento odontológico durante este período. Nela consta um odontograma (esquema contido no prontuário odontológico onde se registra o exame clínico inicial, apontando todos os achados bucais da paciente, bem como o diagnóstico e prognóstico), plano de tratamento e evolução do mesmo.

No ano de 2018, o Ministério da Saúde publicou um novo documento: a Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde, reforçando as atribuições da eSB na atenção à saúde bucal, as ações em cada ciclo de vida, entre eles, a atenção odontológica à gestante.

Portanto, considerando que o PNO é previsto como cuidado, sendo citado em vários documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2008; BRASIL, 2012), que visa a saúde da gestante e do seu bebê, sendo extensivo à sua família pela adoção de práticas saudáveis e preventivas, convém pesquisar sobre o acesso destas usuárias na esfera da saúde, mais especificamente na atenção básica do município do Rio de Janeiro. Torna-se necessário conhecer se esta intervenção é cumprida pelos profissionais conforme as normas e diretrizes (conformidade), se estes profissionais aceitam cuidar deste grupo de usuárias (aceitabilidade) e se o grupo de gestantes também aceita este tipo de cuidado (aceitabilidade). Entretanto, como muitos estudos relatam resistência tanto dos profissionais como das gestantes no tocante ao PNO, cabe também analisar os ajustes que estes grupos podem realizar em relação ao que é preconizado (acomodação/adequação). Alguns desses estudos serão abordados na revisão de literatura desta pesquisa.

1.1) OBJETO DE INVESTIGAÇÃO/SITUAÇÃO PROBLEMA

O PMAQ normatiza a primeira consulta odontológica da gestante para fins diagnósticos. Entretanto, essa primeira consulta não tem muita importância se nela for diagnosticada a necessidade de tratamento e este não for realizado com a finalidade de diminuição dos agravos em saúde oral, como, por exemplo, cárie e doença periodontal (BRASIL, 2011).

A cárie e a doença periodontal são doenças orais mais prevalentes na população mundial em geral, indiferente de classe socioeconômica, que geram um impacto negativo na qualidade de vida, e são as maiores causas de dor e perda do elemento dental. A presença do biofilme – presente na cavidade oral quando ocorre alguma falha ou ausência de higiene oral - é necessária para o desenvolvimento destas duas doenças (SANZ *et al*, 2017). Porém, devido à condição gravídica, que acarreta alterações hormonais, enjoos frequentes – ocasionando a dificuldade da escovação - e mudança na alimentação rica em carboidratos refinados e açúcar associado à negligência da higiene oral, a gestante se torna parte de um grupo de pessoas mais vulneráveis aos agravos citados. Desta forma, ela necessita de um acompanhamento profissional para que haja restauração e manutenção da saúde bucal (MATSUBARA; DEMÉTRIO, 2017; CODATO, 2015; BATISTELLA *et al*, 2006).

O tratamento odontológico na gestação é carregado de mitos e crenças, tanto por parte da gestante quanto pelos profissionais de saúde. São heranças culturais, passadas de geração em geração, sem fundamentação científica, que fazem com que este público não tenha acesso a este cuidado tão importante nesta época da vida da mulher. Aguardar o término da gestação para realizar o tratamento odontológico, medo do dentista, medo de que o tratamento faça mal ao bebê, receio de que a anestesia cause má formação no feto, são alguns desses mitos alegados pelas gestantes que por isso acabam não procurando pela assistência (ALBUQUERQUE, ABEGG, RODRIGUES, 2004; CODATO, 2011; PEIXOTO, 2011; DOS SANTOS NETO *et al.*, 2012; DA SILVEIRA, ABRAHAM, FERNANDES, 2016). Já os profissionais relatam desconhecimento científico (ALVES *et al*, 2012; CODATO, 2005; DOS SANTOS NETO *et al*, 2012; FAQUIM, 2016; LEE, 2010; ECHEVERRIA; POLITANO, 2016), medo de serem responsabilizados por possíveis fatalidades ocorridas com o bebê (CODATO *et. al*, 2011; DOS SANTOS NETO *et al*, 2012) e mitos fortemente arraigados (CODATO, 2005; PEIXOTO *et al*, 2011), como por exemplo, ser necessário aguardar o término da gestação para realizar o tratamento odontológico (CODATO *et al*, 2011; DOS SANTOS NETO *et al*, 2012; TREVISAN, 2013) e da necessidade de autorização médica para tratamento odontológico da gestante (LEAL, 2006; CODATO *et. al*,

2011; TREVISAN, 2013) mesmo com uma vasta literatura e pesquisas científicas comprovando a segurança e os benefícios do pré-natal odontológico (CODATO, 2005; VASCONCELOS, 2012; FAQUIM; FRAZÃO, 2016, MATSUBARA 2017; LAMPERT, 2017; SILVA, 2006; EBRAHIM, 2004; KONISHI, 2018; ECHEVERRIA, POLITANO, 2016).

A gestação não contraindica o tratamento odontológico uma vez que todo procedimento odontológico necessário pode ser feito de maneira segura neste período, em que visa remover a dor e focos inflamatórios e infecciosos que podem ser prejudiciais à mãe, ao feto em desenvolvimento e ao recém-nascido (KONISHI, 1995; MARTINS, 2013).

Não por outro motivo, quando a gestante não recebe o tratamento odontológico necessário, ela fica sujeita a complicações durante sua gestação, piorando sua qualidade de vida. Além disso, ao defrontar-se com urgências odontológicas, o profissional dentista não deve adiar qualquer intervenção clínica, visando sempre a resolutividade do quadro clínico, independente do período gestacional em que a mulher se encontre, seja pelos desconfortos gerados, como dor, edema e febre ou os riscos associados, especialmente a infecção, hemorragia e a dificuldade para se alimentar. A postergação do atendimento para o pós-parto ao invés de resolver o problema odontológico diagnosticado, pode ocasionar um dano maior à saúde da mãe, como por exemplo, uma dor de dente causada por cárie extensa onde há exposição do canal; um abscesso dento-alveolar causado pela presença de uma raiz residual que deveria ter sido submetida à exodontia (extração odontológica) (CAMARGO, 2014).

A insegurança e resistência do odontólogo em tratar adequadamente a gestante não só contribui para a piora do quadro de saúde oral e geral, mas também o desperdício de um período muito favorável para a realização de atividades de promoção de saúde oral direcionadas ao binômio mãe-bebê. A gestante pode colocar em prática o seu aprendizado, iniciando boas práticas de saúde, estendendo ao futuro bebê e toda a sua família, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, minimizando a possibilidade do surgimento de várias patologias na criança, entre elas a cárie dentária (CODATO, 2005; DOS SANTOS NETO, 2012; KONISHI, 1995).

A recusa pelo PNO torna-se mais preocupante quando esses mitos, medos e crenças são difundidos pelos próprios profissionais de saúde, nos obrigando a refletir o porquê dessas alegações existirem uma vez que não encontram nenhum embasamento científico. Seriam tabus e convicções pessoais, transmitidos pela herança cultural-familiar que ainda persistem, mesmo após o acesso a estudos e às evidências científicas? Seriam elas originadas no ensino universitário em razão de um ensino e currículo deficitário? Seria a falta de educação permanente no serviço público?

Em minha prática clínica, junto com meus dois colegas de equipe, vivenciamos constantemente queixas de gestantes que tiveram seu tratamento recusado pelo cirurgião-dentista da atenção básica e dos serviços de emergência, sendo a gestação o motivo alegado por estes odontólogos para o não atendimento, orientando-as a adiar o tratamento para o período após o nascimento do bebê.

Em contraparte, os mitos e crenças também se encontram presentes nas gestantes. Num estudo realizado por Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004), mulheres grávidas justificam que não buscaram assistência, mesmo ao sentirem dor de dente, porque ouviram de familiares, de amigos e até mesmo de profissionais de saúde, que este tipo de tratamento não pode ser realizado na gestação, sendo esta ideia fortemente disseminada como uma herança cultural. Outras razões alegadas foram: a possibilidade de sentir dor e desconforto; do pavor do barulho da turbina; do medo da anestesia; dos instrumentos utilizados; de repreensão por parte do dentista; e até o constrangimento pela condição de saúde bucal apresentada (ALBUQUERQUE, ABEGG, RODRIGUES, 2004).

Os mitos infelizmente se fazem presentes no âmbito de aplicação do PNO. Por esta razão, é necessário elaborar projetos de educação para saúde bucal de gestantes para que tabus sejam desmitificados pelos profissionais envolvidos no cuidado, melhorando o acesso, a segurança e a motivação ao pré-natal odontológico. (QUEIROZ, 2005). Se a gestante pode e deve ser tratada e se o tratamento é pertinente e indicado na gravidez, por que uma parte dos profissionais odontólogos apresentam dificuldades no manejo clínico destas usuárias, chegando muitas vezes a não tratá-las?

Esta situação gerou preocupação e inquietação, visto que no antigo programa de saúde bucal da cidade do Rio de Janeiro, chamado de o “Riso do Rio”, a gestante fazia parte do pequeno público contemplado e com resolutividade do tratamento clínico. Com a mudança do programa, ampliando o acesso para todas as faixas etárias, em consonância ao preceito da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com ampliação da rede de atenção básica e com o aumento expressivo do número de profissionais e a introdução do modelo da ESF no município do Rio de Janeiro, o que aconteceu neste processo para que este cenário se modificasse desta maneira e as gestantes passassem a sinalizar dificuldades no acesso à assistência e tratamento odontológico quando se fazem necessários?

Destes questionamentos surgiram as seguintes perguntas avaliativas: Os odontólogos conhecem as normas descritas nas políticas e diretrizes sobre o PNO? Os profissionais das eSF conhecem suas respectivas normas descritas nas políticas e diretrizes que viabilizam o acesso da gestante ao PNO? Quais são as percepções e práticas dos odontólogos sobre o PNO? Quais são as

percepções dos demais profissionais de saúde sobre o PNO e suas práticas em relação à usuária gestante? Como as gestantes acolhem o PNO?

Estas perguntas nos levaram a formular os seguintes objetivos para a pesquisa, conforme apresentado a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

Avaliar o acesso das gestantes ao PNO em uma área programática (AP) do município do Rio de Janeiro através das subdimensões da aceitabilidade, conformidade e acomodação (adequação).

2.2 ESPECÍFICOS:

- * Descrever o PNO no município do Rio de Janeiro por meio de sua modelização (conformidade);

- * Analisar as percepções e práticas dos odontólogos sobre o PNO, bem como seus procedimentos e técnicas a partir da conformidade com as normas, programas e diretrizes; (conformidade, acomodação, e aceitabilidade);

- * Analisar as percepções dos demais profissionais de saúde sobre o PNO e suas práticas em relação à usuária gestante (conformidade e aceitabilidade);

- * Descrever como as gestantes acolhem o PNO(aceitabilidade);

- * Identificar os fatores facilitadores e barreiras para o acesso ao pré-natal odontológico numa unidade de saúde da área programática 3.2 do município do Rio de Janeiro.

3 JUSTIFICATIVA.

O PNO é recomendado por diretrizes governamentais e por uma extensa literatura, porém ainda é um desafio a ser superado no âmbito da saúde pública. Como profissional atuante no PNO há 10 anos, há um interesse pessoal em estudar como esta realidade se configura na rede municipal do Rio de Janeiro, visto que as queixas trazidas pelas gestantes são frequentes e as doenças orais mais comuns (cárie e doenças gengivais) são prevalentes na população geral, em especial nas gestantes. Segundo estudos de Aguiar *et al* (2011), Rosellet *al* (2013), Moimazel *al* (2010; 2011), Montandonel *al* (2001), Scavuzzi (1999), a condição gravídica pode contribuir para o incremento destas doenças em razão do aumento dos níveis hormonais, aumento do consumo de alimentos açucarados e carboidratos, aumento da acidez bucal decorrente da hiperêmese e diminuição da escovação em razão de enjoos frequentes, dentre outros.

No entanto, estudos apontam que muitas mulheres passam por todo o período da gestação sem realizar nenhuma consulta com o cirurgião-dentista. As causas prováveis vão desde crenças populares, como a da grávida não poder ser submetida ao tratamento odontológico, à falta de informação e despreparo por parte do profissional dentista que termina se recusando a realizar o tratamento (GARBIN, 2011; NOGUEIRA, 2012). Em relação aos profissionais dentistas, os motivos mais relatados em pesquisas já realizadas foram: insegurança no manejo clínico com a gestante (FAQUIM; FRAZÃO, 2016) e desconhecimento científico do profissional (ALVES *et al*, 2012; CODATO, 2005; DOS SANTOS NETO *et al*, 2012; FAQUIM, 2016; LEE, 2010; ECHEVERRIA; POLITANO, 2016), medo de serem responsabilizados por possíveis fatalidades ocorridas com o bebê (CODATO *et. al*, 2011; DOS SANTOS NETO *et al*, 2012) e mitos fortemente arraigados (CODATO, 2005; PEIXOTO *et al*, 2011), como por exemplo, ser necessário aguardar o término da gestação para realizar o tratamento odontológico (CODATO *et al*, 2011; DOS SANTOS NETO *et al*, 2012; TREVISAN, 2013) e da necessidade de autorização médica para tratamento odontológico da gestante (CODATO *et. al*, 2011; TREVISAN, 2013).

A relevância técnico-científica deste estudo se dá em razão de existirem poucos trabalhos abordando esta temática no âmbito do Brasil e mais especificamente no município do Rio de Janeiro, especialmente relacionado à avaliação dos serviços de saúde atribuídos ao cuidado odontológico da gestante.

A relevância social reside na contribuição com a melhoria de uma intervenção que visa a educação em saúde no âmbito do núcleo familiar, bem como a redução de incidências e prevalências de doenças orais nas usuárias gestantes, podendo ser extensivo aos membros de suas

famílias, em especial, o bebê que virá a nascer, a fim de proporcionar saúde oral e consequentemente a melhora da qualidade de vida.

4 A SAÚDE BUCAL E SUA ORGANIZAÇÃO

A introdução da saúde bucal no SUS, com o propósito de promover saúde no âmbito familiar, é algo recente no Brasil. Antes da incorporação das eSB no modelo de cuidado da ESF, o público que acessava o serviço era basicamente limitado à faixa etária infanto-juvenil, onde o cuidado odontológico tinha o foco curativo/preventivo. A assistência odontológica ao público adulto se limitava basicamente aos atendimentos emergenciais, que frequentemente resultavam em mutilação do órgão dentário em razão da impossibilidade de tratamento (BRASIL, 2018).

O Programa Saúde da Família (PSF), renomeado posteriormente de Estratégia de Saúde da Família (ESF), nasceu no Brasil com a finalidade de transformar o modelo assistencial desde a atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhando a saúde centrada na família, contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico, que focava somente na pessoa enferma, mas que não solucionavam as necessidades de saúde da população. (MENDES, 2001)

O surgimento de políticas e programas de saúde bucal visou a organização da assistência, bem como ampliar o acesso aos grupos etários historicamente negligenciados, e serão apresentados a seguir:

4.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – BRASIL SORRIDENTE

Criada em 2004, com a finalidade de se adequar ao modelo de cuidado de ESF, a política sugere que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), criando de fluxos que tragam ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Esta linha de cuidado tem como pressuposto o princípio da intersetorialidade e, devido ao potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (BRASIL, 2004).

A reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem o seguinte pressuposto, no item 2.1: “Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização” (BRASIL, 2004. p.4).

No item 6 que trata da ampliação e qualificação da atenção básica, o subitem 6.5 fala sobre a Ampliação do Acesso, destacando um “parágrafo” para o grupo de gestantes que diz:

6.5.3. Grupo de Gestantes: Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos:

- a) orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação;
- b) exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;
- c) diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo;
- d) diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;
- e) orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal;
- f) em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética. (BRASIL, 2004. p. 13-14).

O programa Brasil Sorridente, ao descrever as ações direcionadas ao grupo das gestantes é claro no que consiste o cuidado odontológico: a usuária deve ser orientada sobre a possibilidade e segurança do tratamento e caso seja identificada a necessidade de intervenções clínicas e/ou cirúrgicas, estas devem ser realizadas, não havendo contraindicação em razão da gestação (BRASIL, 2004). Para tanto, é necessário que as mulheres grávidas sejam incentivadas a realizar o PNO, orientando-as sobre os benefícios deste cuidado, bem como que os profissionais estejam preparados para prestar a devida assistência a este grupo (BRASIL, 2018).

4.2 MODELO ASSISTENCIAL DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE RIO DE JANEIRO

4.2.1 Programa “Riso do Rio” (Programa antecessor):

A saúde bucal no município do Rio de Janeiro caracterizou-se, até o ano de 2000, por ações direcionadas exclusivamente para a atenção básica, com consideráveis restrições nos atendimentos de média complexidade, voltada para um público-alvo estritamente reduzido, mesmo após mais de dez anos de implantação do SUS (TCMRJ, 2004).

Nesse sentido, o programa “Riso do Rio” contemplava procedimentos ambulatoriais individuais somente para a faixa etária de 0 até 14 anos e para as gestantes. Tais procedimentos compreendiam ações de prevenção, educação e intervenções cirúrgico-restauradoras individuais. A faixa etária que compreendia os jovens, adultos e idosos era restrita praticamente aos atendimentos nos hospitais de emergência e a, apenas, uma unidade básica por AP, o que significava a falta de acesso ao cuidado odontológico que grande parte da população. Este modelo de assistência odontológica que oferecia somente procedimentos básicos e disponibilizados a este

público restrito, contrariava os princípios preconizados pelo SUS, de integralidade e universalidade (TCMRJ, 2004).

4.2.2 Programa “Carioca Rindo à Toa” (Programa em vigência):

Desde 2001 a assistência odontológica do município do Rio de Janeiro é regida pelo programa “Carioca Rindo à Toa”, que tem por objetivo organizar os serviços odontológicos da atenção básica, além dos atendimentos de média e alta complexidade(TCMRJ, 2004).

O programa teve como proposta estabelecer uma nova filosofia nos atendimentos à população em comparação com o modelo anterior, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, mais especificamente, a PNSB, para a organização da atenção básica em saúde bucal. Essas diretrizes consistem em uma nova concepção de saúde, não centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo na qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, através de ações programáticas mais abrangentes e do desenvolvimento de ações intersetoriais. A proposta deste modelo era superar o modelo odontológico tecnicista, focando o processo saúde-doença e a influência dos múltiplos fatores de risco às doenças bucais, enfatizando as atividades preventivas conservadoras (TCMRJ, 2004).

Para que este novo modelo fosse implementado, fazia-se necessária a ampliação de recursos humanos de forma que pudesse atender às mudanças estruturais e operacionais. A solução foi a nomeação de uma quantidade significativa de profissionais, aprovados no último concurso público do ano de 2000, aumentando para 1.199 odontólogos ativos na Saúde Bucal do município do Rio de Janeiro (LOPES, 2007).

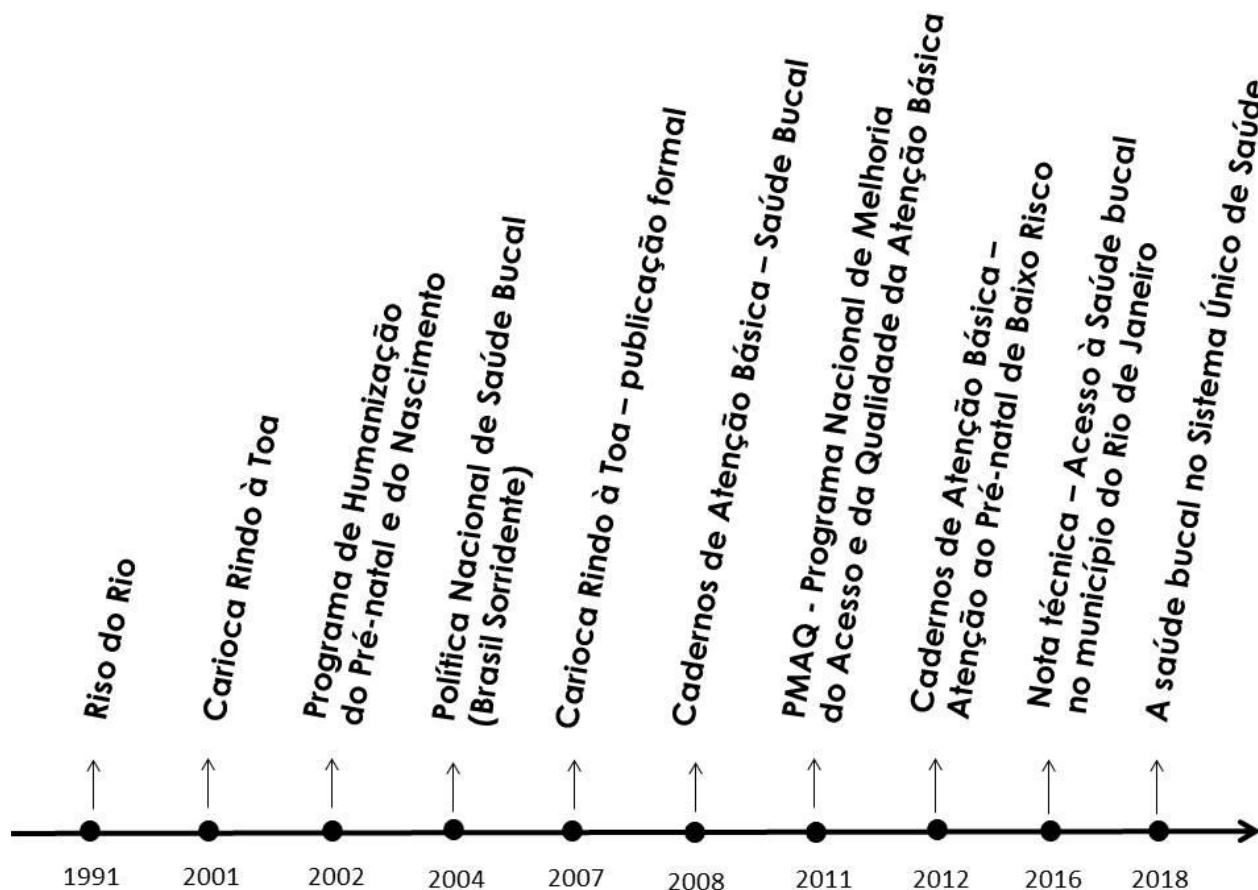
Vale ressaltar que o programa “Carioca Rindo à Toa”, quando foi instituído, desprovia de qualquer documento escrito contendo objetivos e diretrizes, vindo a ser formalizado somente no final do ano de 2006. Somente 6 anos após sua criação foi publicado (2007) contendo os protocolos e rotinas de funcionamento de todos os serviços de saúde bucal disponíveis na atenção básica, média e alta complexidade (SMS-RJ, 2007; LOPES, 2007).

A interface do programa “Carioca Rindo à Toa” com o programa “Brasil Sorridente” visou a ampliação do acesso. Fundamentada no preceito da integralidade, a expansão da rede de atenção básica no município do Rio de Janeiro ocorreu de forma paulatina, fazendo com que os profissionais da equipe de saúde bucal (eSB) fossem essenciais neste processo, desde as práticas de promoção de saúde, até os procedimentos de alta complexidade, abrangendo todos os estágios do cuidado com o indivíduo (LOPES, 2007).

Em relação à implantação dos centros de especialidades odontológicas (CEO), direcionados ao atendimento de média complexidade, 2 anos após a publicação do Brasil Sorridente, havia 498 unidades em funcionamento, correspondendo um aumento de 398% em dois anos, e ao final de 2014, chegou ao número de 1030. Para que esta ampliação fosse viabilizada e garantir legitimidade à PNSB, no primeiro governo Lula (2003-2006) foi feito um reajuste de 20% no valor do incentivo de implantação repassado para as eSB, além da determinação do financiamento para o CEO e próteses dentárias. No segundo governo Lula (2007-2010) foram instituídos reajustes de valores de custeio das eSB, das próteses dentárias e implantação dos CEO e o financiamento da atenção em saúde bucal no nível hospitalar, constatando-se um crescimento significativo da transferência de recursos da união para os estados e municípios, que passou de 83,4 milhões em 2003 para mais de 916 milhões em 2014, correspondendo um aumento de 10,9 vezes durante este período. Quanto à atenção primária à saúde bucal, foram transferidos 81,5 milhões em 2003, chegando a 364,3 milhões em 2006. Em 2010, o investimento na atenção especializada chegou a 81,1 milhões de reais. No final do primeiro governo Dilma, os valores transferidos para as eSB/eSF chegaram a 721,7 milhões de reais (CHAVES *et al*, 2017).

A linha do tempo de políticas, programas e diretrizes que abordam o cuidado odontológico da gestante pode ser visualizado através da figura 1.

Figura 1 - Linha do Tempo de Intervenções que mencionam o grupo de gestantes e o cuidado odontológico



4.3 CONTEXTO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Nas duas últimas décadas, grandes modificações ocorreram no Brasil no que diz respeito à organização do sistema de saúde. Para assegurar o acesso aos serviços de saúde, fundamentados na descentralização e reorganização funcional visando a reestruturação do modelo de saúde, o SUS vem aumentando as responsabilidades das esferas municipais (JESUS, 2015).

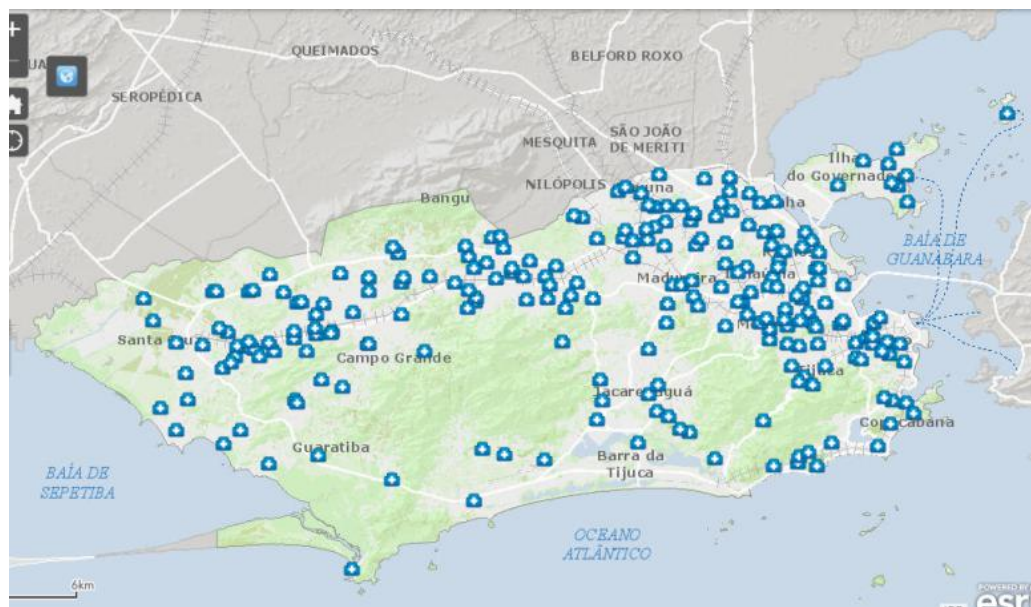
No ano de 1994, o Ministério da Saúde empregou o programa saúde da família (PSF), transformado para ESF em 1998, de forma a utilizar como estratégia na reorganização da atenção básica no Brasil. A prioridade era o acesso universal e contínuo dos serviços de saúde de qualidade, se fazendo imprescindível a substituição do modelo hegemônico biomédico, que não

contempla a integralidade da atenção, promoção de saúde, reabilitação e ordenação do cuidado(JESUS, 2015).

A cidade do Rio de Janeiro no ano de 2009 possuía apenas 4% de cobertura da ESF e as unidades de saúde adotavam o modelo de cuidado tradicional na atenção básica. Neste mesmo ano, o governo municipal comprometeu-se em transformar este contexto, mediante a proposta de um novo modelo de gestão em saúde, com coparticipação de Organizações Sociais (OS) para administração da atenção básica, lançando o programa Saúde Presente e escolhendo a estratégia de saúde da família como padrão a ser exercido para a ampliação e mudança da atenção primária à saúde no município (JESUS, 2015).

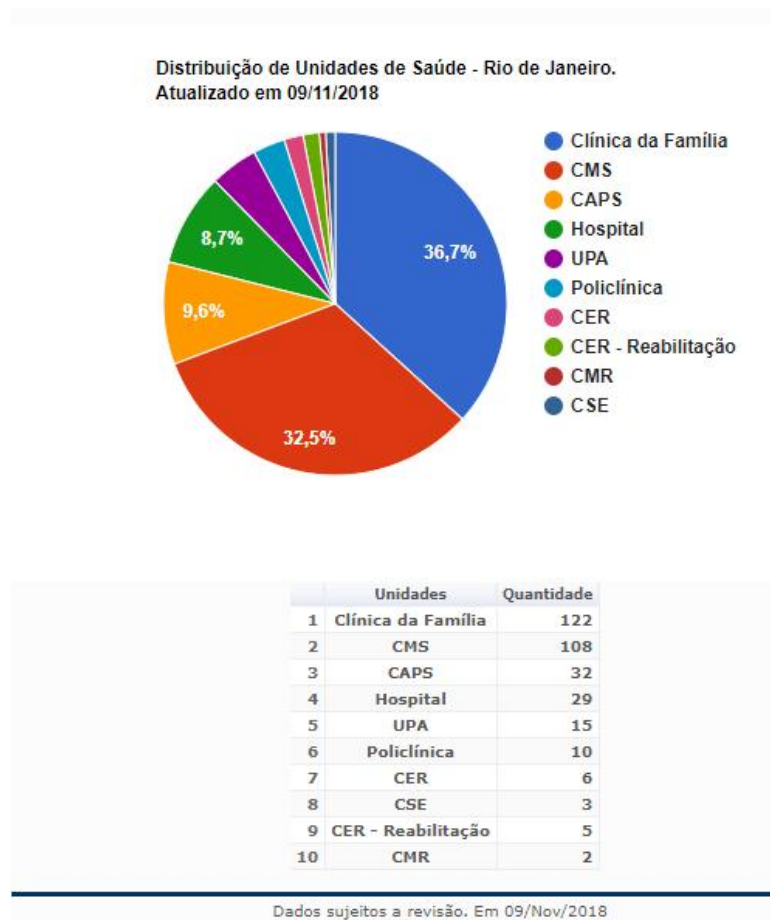
Conforme se pode verificar nas figuras 2 e 3, atualmente, o serviço de saúde do município do Rio de Janeiro possui 122 Clínicas da Família (CF), 108 Centros Municipais de Saúde (CMS), 32 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 29 Hospitais, 15 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), 10 Policlínicas, 06 Coordenações de Emergência Regional (CER), 03 Centros de Saúde Escola (CSE), 05 Centros Especializados de Reabilitação (CER-Reabilitação) e 02 Centros Municipais de Reabilitação (CMR) (<https://subpav.org/logar.php>).

Figura 2 - Mapa da distribuição dos Postos de Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro



Fonte:<https://pcrj.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=014d8ab512a34f259bb27c8a13d4d65>

Figura 3 - Distribuição das Unidades de Saúde no Município do Rio de Janeiro



Fonte: https://subpav.org/graficos/graf_unidades.php

4.3.1 Atenção Primária.

A atenção primária à saúde (APS) é o primeiro nível de acesso ao Sistema Único de Saúde, tendo como características: a longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária. No Brasil, estudos mostraram efeitos importantes da APS na melhoria da saúde da população, principalmente através do modelo de cuidado da ESF (RIO DE JANEIRO, 2013).

A origem da expansão da ESF no município do Rio de Janeiro se deu nas regiões onde havia hiatos na assistência, visando a ampliação da cobertura. No momento atual, a rede de APS é composta por três tipos de unidades: unidades tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da ESF; unidades tipo B (Mistas): unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território; e unidades tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de eSF (RIO DE JANEIRO, 2013).


Atualmente as unidades de APS do município do Rio de Janeiro são responsáveis pela assistência das famílias em todas as fases do ciclo de vida. Efetuam a regulação de

exames/consultas especializadas, requisitados pela própria unidade através de um médico responsável técnico, sendo uma das suas funções, a regulação do acesso dos usuários de seu território para outros níveis de complexidade, assegurando o vínculo, a coordenação do cuidado e o retorno do paciente para a unidade de atenção para que se dê continuidade no seu acompanhamento e/ou tratamento (RIO DE JANEIRO, 2013).

4.3.2 Cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Segundo o último censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que a população do município do Rio de Janeiro tenha atualmente 6.320.446 de habitantes. No ano de 2018, a cobertura de ESF contemplava 68.23% da população, sendo composta de 1290 equipes no total, sendo que destas, 1250 são equipes completas e 40 incompletas. Na ESF existem hoje 423 de eSB, sendo 99.29% delas completas (site subpav.org). A cobertura da ESF pode ser vista na figura 4.

Figura 4: Tabela referente à cobertura da ESF no mês de Outubro de 2018



COBERTURA DE ESF

ultima competencia: 201810

AP	*POPULAÇÃO	ESF completas	ESF incompletas	TOTAL equipes	% ESF completas	Cobertura (%)	Cobertura Total (ESF+EACS)	Total ESB	% ESB completas
10	297.976	78	3	81	96%	90.31%	93.78%	22	100%
21	638.050	65	0	65	100%	35.15%	35.15%	21	100%
22	371.120	45	0	45	100%	41.83%	41.83%	12	100%
31	886.551	221	0	221	100%	86%	86%	82	100%
32	569.970	117	3	120	98%	70.82%	72.64%	43	100%
33	942.638	181	0	181	100%	66.24%	66.24%	65	100%
40	909.368	130	0	130	100%	49.32%	49.32%	29	100%
51	671.041	145	17	162	90%	74.55%	83.29%	49	93.88%
52	665.198	158	4	162	98%	81.95%	84.02%	57	100%
53	368.534	110	13	123	89%	102.98%	115.15%	43	100%
TOTAL	6.320.446	1250	40	1290	97%	68.23%	70.41%	423	99.29%

* Fonte: Censo demográfico de 2010 IBGE,

Fonte: https://subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_listar_2016.php
Atualizado em novembro/2018

4.2.3 Atenção Especializada.

A atenção especializada no âmbito do SUS, de média e alta complexidade, distingue-se por um grupo de procedimentos, com a finalidade de garantir à população o acesso aos serviços de maior uso tecnológico e de mais alto custo, que são executados por meio de profissionais especializados, incorporando-se aos demais níveis de atenção à saúde. No município do Rio de Janeiro, a rede própria de serviços de saúde tem relevante participação na realização de procedimentos de média e alta complexidade. (RIO DE JANEIRO, 2013).

A consolidação das Redes de Atenção à saúde do SUS merece destaque no que diz respeito ao compromisso municipal sobre a atenção especializada, pois trata-se de uma estratégia que integra e organiza os pontos de atenção, formando relações horizontais entre eles, centralizando nas necessidades de saúde da população, com atenção contínua e integral através do cuidado multiprofissional, visando resultados sanitários e econômicos. O Programa Cegonha Carioca é um exemplo da garantia de continuidade e da qualidade do cuidado com resolutividade (RIO DE JANEIRO, 2013).

O Cegonha Carioca, desde a sua implementação no ano de 2011, declarou seu comprometimento com a qualidade, a segurança e a humanização na atenção à mulher e à criança no Rio de Janeiro. A fim de assegurar um sistema apropriado e a qualidade da atenção à saúde de gestantes e bebês no município e para acompanhar a expansão da atenção primária responsável pelo atendimento pré-natal, três maternidades foram inauguradas: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, Hospital da Mulher Mariska Ribeiro e Maternidade do Hospital Municipal Pedro II, representando um aumento de 200 leitos obstétricos e 90 leitos neonatais. Essa expansão, somada às outras maternidades já existentes da rede municipal, fez com que a Secretaria Municipal de Saúde se tornasse a responsável por cerca de 70% dos nascimentos na rede pública da cidade, destacando o baixo índice de partos cesarianos (35%) realizados nestas maternidades (RIO DE JANEIRO, 2013).

O Programa Cegonha Carioca tem como metas: o prazer e a dignidade na vivência da gestação, do parto e do nascimento, contribuindo para a redução da mortalidade materna e neonatal, através de três módulos: Referência Pré-natal e Maternidade; Acolhimento e Classificação de Risco; e Transporte. Além do incentivo à realização do pré-natal devido à conexão da Secretaria Municipal de Saúde com todas as maternidades públicas da cidade, foi organizada uma rede de referência que assegura a linha de cuidado à gestante, da atenção pré-natal até a atenção ao parto e ao nascimento. As Maternidades municipais possuem equipes que realizam o acolhimento e classificação de risco das gestantes, garantindo, desde a chegada à unidade, o apoio e a boa prática clínica obstétrica e neonatal (RIO DE JANEIRO, 2013).

4.4 A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

4.4.1 Saúde Bucal na Atenção Primária

No ano de 2016, por meio da elaboração de uma Nota Técnica, a Saúde Bucal do município do Rio de Janeiro publicou este documento com a finalidade de garantir e qualificar o acesso aos serviços odontológicos, reduzir o absenteísmo, o abandono do tratamento e também para alinhar o trabalho da Saúde Bucal ao conjunto de regras e diretrizes da PNAB (Política Nacional da Atenção Básica), do Brasil Sorridente e do Programa Carioca Rindo à Toa (RIO DE JANEIRO, 2016).

A regra fundamental do acesso estabelece que todo o usuário que chegar na unidade de atenção primária com alguma demanda de cuidado em saúde deve ser recebido, escutado e examinado pela eSB no mesmo dia, de preferência no mesmo turno da procura, evitando que a espera ultrapasse uma hora. A equipe deve realizar o diagnóstico e oferecer o tratamento adequado ao usuário (RIO DE JANEIRO, 2016).

Caso uma unidade de atenção primária seja procurada numa situação de urgência odontológica por usuários que não são cobertos pela ESF, deve ser realizado o primeiro atendimento com a finalidade de aliviar a dor ou outra necessidade e somente após esta primeira assistência o usuário deve ser direcionado para a sua Unidade de Referência, através da consulta ao endereço eletrônico “Onde ser Atendido” (<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/onde-ser-atendido>), de forma a viabilizar a continuidade do cuidado (RIO DE JANEIRO, 2016).

4.4.2 Atenção de Média Complexidade em Saúde Bucal.

Todos os procedimentos odontológicos especializados são oferecidos de forma complementar aos cuidados da atenção básica, utilizados por meio do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG), respeitando os princípios da hierarquização, da regionalização da oferta e da integralidade da assistência. Este nível de atenção compreende as seguintes especialidades: Endodontia, Periodontia Especializada, Cirurgia Oral Menor, Estomatologia, Pacientes com Necessidades Especiais, Ortodontia Preventiva-Interceptativa e Prótese Removível. Estes pacientes devem ser encaminhados das unidades de atenção primária preferencialmente com suas demandas básicas de saúde bucal solucionadas (RIO DE JANEIRO, 2007; RIO DE JANEIRO, 2016).

4.4.3 Atenção de Alta Complexidade em Saúde Bucal.

A alta complexidade em saúde bucal está concentrada nas ações de urgência e emergência dos hospitais de grande porte, tendo como prioridade o atendimento ao trauma buco-maxilo-facial e o atendimento as anomalias crânio faciais de pacientes fissurados, através de acompanhamento multidisciplinar, servindo de referência regional e nacional para esta clientela(RIO DE JANEIRO, 2007).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

O cuidado odontológico às gestantes, normalmente conhecido no âmbito da odontologia como Odontologia Intrauterina ou Pré-natal Odontológico, compreende um programa que tem por objetivo a assistência individual da mulher grávida, com objetivo da recuperação de sua saúde oral através de tratamentos preventivos, curativos e cirúrgicos quando necessário. Consiste também na educação para a promoção da saúde através de orientações que podem ser realizadas por meio de cursos, rodas de conversa, palestras, visando a capacitação da mulher para o auto cuidado oral, bem como para o cuidado bucal do seu futuro bebê, mediante a adoção de práticas saudáveis na alimentação e na higiene oral. As atividades de educação em saúde também englobam assuntos como o incentivo ao aleitamento materno bem como seus benefícios em relação ao desenvolvimento crânio-facial do bebê, hábitos deletérios que podem causar deformidades ósseas, o uso racional do flúor no creme dental, dentre outros (MEDEIROS-SERPA, FREIRE, 2012).

O atendimento odontológico – um dos domínios do PNO – é carregado de mitos sustentados por crendices antigas sem fundamentação científica, tanto por parte da gestante e dos cirurgiões-dentistas que não se sentem seguros ao atendê-las, quanto por parte também dos outros profissionais de saúde. Um estudo realizado por BASTIANI *et al.*, concluiu que 48,75% das gestantes achavam que era normal desenvolver cárie dentária durante o período gestacional por causa da perda de mineral para os dentes dos bebês. CAPUCHO *et al.* concluíram em seu estudo que 100% dos dentistas tinham algum tipo de dúvida sobre o atendimento odontológico em pacientes gestantes (BASTIANI *et al.*, 2013; CAPUCHO *et al.*, 2003; VASCONCELOS, 2012).

Segundo a Política Nacional de Ação Integral à Saúde da Mulher em seus princípios e diretrizes, o termo saúde não é limitado pela inexistência de doenças, mas deve ser compreendido como um conjunto de fatores que proporcionem o bem-estar físico, mental e social, além do acompanhamento das mulheres em todos os ciclos de vida. As gestantes são consideradas usuárias de risco odontológico temporário devido às mudanças psicológicas, físicas e hormonais, que criam condições adversas no meio bucal (MATSUBARA, 2017).

5.1.1 Alterações sistêmicas e bucais no organismo da gestante.

As mudanças fisiológicas ocorridas durante a gravidez abrangem transformações sistêmicas e orais, podendo modificar a estrutura da cavidade bucal bem como a sua fisiologia.

Dentre as alterações observa-se: aumento da salivação, náuseas e enjoos, alterações sobre o periodonto (tecido gengival e ósseo, responsável pela sustentação do órgão dental) excesso de peso, hipotensão postural, aumento da urina, restrição da função respiratória, potencial de hipoglicemia, hipertensão, diminuição ou aumento dos batimentos cardíacos e desmaios. Essas alterações estão relacionadas a um desequilíbrio do metabolismo em razão do aumento nos níveis de estrógeno e progesterona (alterações hormonais). Pode também ocorrer uma maior atividade de cárie e alteração na estrutura gengival em razão da alteração na alimentação, rica em carboidratos refinados e açúcar e o acúmulo de placa bacteriana, ocasionadas por negligência da higiene (MATSUBARA, 2017).

Destaca-se então, as principais alterações geralmente associadas à gravidez, que são: a gengivite gravídica, tumor gravídico, a doença periodontal e a cárie (MATSUBARA, 2017; ALEIXO, 2016).

A gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta inflamatória exacerbada (*Prevotella intermedia*) à presença de mínima quantidade de placa bacteriana (biofilme dental), em razão da elevação dos níveis hormonais. Geralmente se inicia no segundo mês de gestação e se não houver controle de higiene oral adequado, ela pode se agravar. A gengiva é caracterizada por uma coloração avermelhada, edemaciada e com sangramento ao simples toque ou durante a escovação e mastigação, podendo ocorrer em 50 a 100% das pacientes gestantes. Cuidados simples como uma boa higiene bucal com escova e fio/fita dental, ou profilaxia profissional mensal ou trimestral, minimizam o quadro, sendo que a qualidade desta limpeza é mais importante do que a frequência (MATSUBARA, 2017; ALEIXO, 2016; OLIVEIRA, 2014).

O tumor gravídico (também chamado de granuloma gravídico ou granuloma piogênico) é uma lesão benigna, própria da gestação, que surge durante o segundo e terceiro trimestre de gestação. Clinicamente apresenta-se como uma lesão nodular, que não ultrapassa dois centímetros de tamanho, de cor vermelho vivo, indolor e que sangra ao toque. Sua causa está ligada a estímulos locais, como excesso de restaurações, impacção alimentar e acúmulo de biofilme (placa bacteriana). A remoção cirúrgica só é indicada em casos onde houver interferência na mastigação, dificuldade de higiene oral ou em situações de ulceração; caso contrário, os irritantes locais devem ser removidos e o tumor preservado até o pós-parto, quando normalmente desaparece de maneira espontânea (ALEIXO, 2016; MATSUBARA, 2017; OLIVEIRA, 2014).

A doença periodontal (doença gengival) afeta entre 15-30% da população em idade fértil, com alta proporção em gestantes. Ela é causada por um grupo de bactérias gram-negativas, classificadas de natureza infecciosa que apresenta um mecanismo biológico com potencial para afetar o desenvolvimento da gestação, podendo servir como reservatório crônico para

transferência de bactérias ou produtos bacterianos para a unidade feto-placentária (OFFENBACHER, 1996; CAMATA; MACEDO; DUARTE, 2007; ROCHA, 2014). Estas bactérias Gram positivas estimulam a liberação excessiva de citocinas inflamatórias como a Prostaglandina E2 (PGE-2) e fator de necrose tumoral- (FNT-), produzidas pelo tecido periodontal infectado, podendo causar aumento dos seus níveis na corrente sanguínea, chegando conseqüentemente à placenta (POLITANO, 2009).

Uma pesquisa científica pioneira, realizada em 1996, concluiu que gestantes que apresentavam doença periodontal apresentavam 7,5 vezes mais risco de ocorrência de parto prematuro e baixo peso ao nascer (OFFENBACHER, 1996). Outras pesquisas foram realizadas posteriormente, confirmando esta relação (BATISTA, 2012; ERCAN, 2013; MENDES, 2015).

Outros estudos que também confirmam a descoberta de Offenbacher *et al* (1996), mostram que bactérias periodontais subgingivais patogênicas podem ser encontradas no líquido amniótico, placenta e membranas fetais de gestantes que tiveram desfechos gestacionais desfavoráveis (LEON, 2007; KATZ, 2009; HASEGAWA-NAKAMURA, 2011; CAHILL, 2005; GAUTHIER, 2011; TATEISHI, 2012). Essas bactérias poderiam causar uma inflamação aguda na placenta e levar ao parto prematuro (HAN, 2006; HASEGAWA-NAKAMURA, 2011; TATEISHI, 2012). Todavia, alguns estudos não encontraram esta correlação ou foram inconclusivos (CAMATA, MACEDO, DUARTE, 2007; FAGUNDES, OLIVEIRA, DOS SANTOS NETO, 2015; DE OLIVEIRA *et al*, 2014).

Em outras pesquisas, a ocorrência de parto prematuro associado ao bebê com baixo peso tem sido relacionada a vários fatores de risco, inclusive aos processos infecciosos. Tal dado se mostra interessante uma vez que a doença periodontal é classificada como um processo infeccioso e inflamatório crônico, e, quando presente na gestante, além do parto prematuro associado ao nascimento de bebê com baixo peso (EBRAHIM, 2014; OFFENBACHER, 1996; ALEIXO, 2016; MATSUBARA, 2017), é apontada em vários estudos como um fator de risco pré-eclâmpsia e endocardite infecciosa (ARAÚJO, 2013; BOGGESS *et al*, 2013; POLITANO, 2009; POLITANO *et al*, 2011; WEI *et al*. 2013). A pesquisa de Barak *et al*. (2007) mostrou quantias expressivamente elevadas de bactérias subgingivais patogênicas em placentas de mulheres com pré-eclâmpsia em comparação à mulheres que não tiveram pré-eclâmpsia (BARAK *et al*, 2007).

A Cárie é um importante problema de saúde pública que atinge 3 bilhões de pessoas no planeta. Ela é uma doença cumulativa, que alcança indivíduos de todas as idades e níveis socioeconômicos, com níveis de gravidade diferentes, apresentando prevalência em populações mais vulneráveis econômica e educacionalmente. Embora os índices desta doença tenham

apresentado uma considerável redução desde a década de 1990, ela continua permanecendo um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil (CALDARELLI, 2015).

Quando não tratada, a cárie interfere negativamente na qualidade de vida das pessoas, causando prejuízos à alimentação, ao sono, à fala e às interações sociais, entre outros problemas. É uma doença não passível de ser erradicada, pois é causada por bactérias naturais da flora bucal quando são expostas a açúcares da alimentação diária. A prevenção da cárie se faz por meio da remoção física do biofilme, através da escovação, realizada com creme dental com fluoreto e através da redução do consumo de açúcar (CURY, 2001; EBRAHIM, 2004; KASSEBAUM, 2015; LEME, 2006).

A gestação em si não é um fator determinante para a doença cárie, mas as condições biológicas e psicossociais em que a maioria das mulheres se encontra no período gestacional, bem como os limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal e também os enjoos frequentes, impossibilitando muitas vezes a higiene oral e a tolerância maior pelo consumo de guloseimas, podem levar ao desenvolvimento de novas lesões de cárie ou agravar aquelas pré-existentes, ocasionando um aumento da morbidade (MOIMAZ et al, 2010; 2011; MONTANDON et al, 2001; ROSELL, 2013; SCAVUZZI, 1999).

5.1.2 Época ideal para tratamento.

O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gravidez, pois as infecções presentes na cavidade bucal da mãe podem ser mais prejudiciais ao bebê do que um possível tratamento estabelecido. É necessário observar o estado geral da mulher, bem como suas necessidades em cada período da gestação para que seja possível oferecer o cuidado da melhor forma possível (SILVA, 2006; EBRAHIM, 2004; ECHEVERRIA, 2016; KONISHI, 2018).

No 1º trimestre, muitas mulheres apresentam hiperêmese (náuseas e vômitos), o que muitas vezes dificulta a realização de alguns procedimentos clínicos. É também o período da organogênese – início da formação do feto – que vai do 18º ao 56º dia, onde há uma maior chance da ocorrência de aborto e de teratogenia (malformações fetais devido ao uso de medicamentos não indicados). Entretanto, diante de urgências odontológicas como dor, decorrentes de quadros inflamatórios ou infecciosos, o tratamento necessário deve ser realizado, independente do período gestacional (SILVA, 2006; EBRAHIM, 2014; ECHEVERRIA, 2016).

O 2º trimestre é o período mais confortável para a gestante. Os enjoos geralmente cessam e as consultas mais longas podem ser realizadas com mais facilidade, bem como os

procedimentos clínicos ou cirúrgicos que não podem ser postergados para após o nascimento do bebê (CORTEZZI, 2012; SILVA, 2006).

No 3º trimestre muitas gestantes experimentam um aumento significativo do nível de desconforto devido ao maior crescimento abdominal. Neste período, quando a gestante se deita de costas, o útero pode comprimir a veia cava inferior e impedindo o retorno venoso para o coração, podendo levar à síndrome da hipotensão supina ou ao reflexo vasovagal, em decorrência da diminuição do débito cardíaco. Essa síndrome, que só ocorre em 15-20% das gestantes, pode ser evitada durante o tratamento odontológico, evitando posicionar grávida muito deitada ou elevando o lado direito do quadril com um pequeno travesseiro ou almofada, com a finalidade de deslocar o útero, descomprimindo a veia cava (CORTEZZI, 2012; EBRAHIM, 2014; SILVA, 2006).

5.1.3 Prescrições.

a) Analgésicos

O paracetamol é um analgésico que, quando empregado em doses terapêuticas, não apresenta efeitos teratogênicos. Pode ser prescrito com segurança no tratamento de dor suave à moderada, em qualquer estágio da gestação, sendo, portanto, o analgésico mais indicado na gravidez. A dipirona sódica, segundo a literatura, é o analgésico de segunda escolha, tendo como inconveniente o risco de agranulocitose, o qual pode predispor a gestante a infecções, porém não apresenta risco de anormalidade congênita. (VASCONCELOS, 2012; EBRAHIM, 2004; BRUNETTI, COUTINHO, ANDRADE, 2018).

b) Antiinflamatórios

Os corticosteroides são considerados mais seguros que os analgésicos não-esteróides (AINES) para o tratamento de lesões inflamatórias orais, quando administrados topicamente. Em situações de necessidade de uso dessas drogas deve-se administrar, preferencialmente, prednisona ou prednisolona. Estes fármacos, pela sua dificuldade em atravessar a membrana placentária, têm menor risco de causar efeitos adversos ao feto, quando comparados aos demais corticoides (EBRAHIM, 2004; VASCONCELOS, 2012; MATSUBARA, 2017; BRUNETTI, COUTINHO, ANDRADE, 2018).

c) Antibióticos

Os antibióticos de primeira escolha durante a gestação são as penicilinas. São utilizados na prevenção e no tratamento de infecções maternas e intrauterinas, portanto, atóxicas aos organismos materno e fetal em qualquer período gestacional. Outras opções são as cefalosporinas e macrolídeos mais comumente empregadas em pacientes alérgicos às penicilinas (EBRAHIM,

2004; MATSUBARA, 2017; VASCONCELOS, 2012; BRUNETTI, COUTINHO, ANDRADE, 2018).

5.1.4 Uso de Anestesia Local.

A lidocaína é o anestésico de primeira escolha para as gestantes, segundo a literatura. Comercializada nas concentrações de 2% a 3%, este medicamento oferece segurança no uso durante a gestação, sendo a concentração a 2% com adrenalina (epinefrina) 1:100:000, a mais apropriada, considerada a mais segura para este grupo de pacientes. Sua dose máxima recomendada é de dois tubetes (3,6 ml) por sessão. A anestesia local deve ser sempre aplicada de forma lenta e gradativa com aspiração prévia, para evitar injeção intravascular, empregando a técnica correta de modo a evitar necessidade de repetições (PAIVA, 2005; SILVA, 2006; VASCONCELOS, 2012; EBRAHIM, 2004; LAMPERT, 2017; MATSUBARA, 2017; RODRIGUES, 2017; BRUNETTI, COUTINHO, ANDRADE, 2018).

A utilização dos vasoconstritores nos anestésicos locais potencializa o efeito da anestesia, possibilitando um bloqueio mais duradouro, reduzindo a quantidade do anestésico necessário e diminuindo a toxicidade do fármaco, favorecendo um melhor controle da dor (PAIVA, 2005; MATSUBARA, 2017).

5.1.5 Radiografias Orais.

É consenso entre os profissionais que o emprego de radiografias deve ser evitado no primeiro trimestre de gestação, o período da organogênese. Contudo, se todas as medidas de cuidado forem utilizadas, como uso de avental plumbífero, regulação da dose e tempo de exposição dos raios X, este exame não precisa ser evitado ou adiado para o período pós-parto, principalmente nos casos de urgência (ECHEVERRIA, POLITANO, 2016; BRUNETTI, COUTINHO, ANDRADE, 2018). A radiação emitida numa radiografia periapical é muito menor que a dose suficiente para causar manifestações congênitas, que é de 10 μ Sv e menor que a radiação cósmica a que uma pessoa se expõe diariamente. É importante ressaltar também que o feto só recebe 1/50.000 da exposição direta da radiação na cabeça da mãe (EBRAHIM, 2004; SILVA, 2006, VASCONCELOS, 2012).

O cirurgião dentista deve assegurar à gestante toda a proteção necessária para a segurança do exame radiográfico. É necessária a proteção com o avental de chumbo, evitar repetições de tomadas radiográficas desnecessárias, usar filmes ultrarrápidos, visando reduzir o tempo de

exposição à radiação (SILVA, 2006; LAMPERT, 2017; MATSUBARA, 2017; BRUNETTI, COUTINHO, ANDRADE, 2018).

Isto posto, empregando-se todas as medidas de precaução, nenhum exame radiográfico deve ser postergado em pacientes gestantes, sobretudo se esse exame complementar resultarnum diagnóstico e tratamento pertinente, visto que, se a disfunção bucal não for tratada, corre-se o risco do surgimento de agravos na saúde para a mãe e para o bebê. (SILVA, 2006; VASCONCELOS, 2012; MATSUBARA, 2017)

5.1.6 Flúor.

A suplementação pré-natal do flúor por meio sistêmico não é mais indicada por duas razões: a primeira em razão do efeito anti-cariogênico se dar somente por ação tópica. Desta forma, esta prática não interfere na formação dos dentes do bebê intra-útero. A segunda se dá em razão dos complexos vitamínicos conterem cálcio em sua composição. O cálcio reage com o flúor, reduzindo a absorção pela metade dos dois elementos. A diminuição da absorção de flúor não provoca graves consequências ao contrário do cálcio, pois este é um mineral muito importante tanto para a grávida quanto para a formação do bebê (VASCONCELOS, 2012; MATSUBARA, 2017).

5.1.7 Educação em saúde visando a Promoção de Saúde.

A gestação é considerada uma época estratégica para a realização de atividades educativas com a finalidade da promoção de saúde. Neste período a mulher costuma despertar sua curiosidade em aprender novas informações e está mais receptiva à mudança de hábitos mais saudáveis, visando o autocuidado e a saúde do bebê, podendo exercer o papel de agente multiplicadora de informações preventivas e de promoção de saúde oral. Quanto mais cedo os cuidadores adquirem informações sobre os cuidados necessários com a saúde bucal do bebê, maior a chance dos seus filhos crescerem livres de cárie e outras doenças orais. Adotar uma prática de alimentação mais saudável com restrição de açúcar, bem como aprender realizar uma técnica de higiene bucal eficiente pode afetar positivamente não só o bebê, mas a família por completo (KONISHI, 1995; KONISHI, 2018; CODATO, 2005; CODATO, 2011; REIS, 2010).

O profissional deve orientar a gestante quanto ao PNO, incentivando-a a realizar o tratamento necessário durante gravidez, bem como informá-la sobre os benefícios deste cuidado. Anela-se que este profissional possa desempenhar um papel importante como educador em saúde,

contribuindo para desconstrução de mitos e medos em relação à atenção odontológica na gestação(CODATO, 2011).

5.2 ESTUDOS SOBRE O PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

Por muito tempo a atividade odontológica destinada ao cuidado das gestantes limitou-se somente às urgências. Uma vez confirmada a gravidez, a mulher invariavelmente era aconselhada a aguardar o período pós-parto para que fosse submetida ao tratamento odontológico. No passado, a implantação de um serviço odontológico direcionada à mulher grávida era repleta de barreiras devido à presença de crenças e mitos que o associavam a desfechos negativos na gestação (KONISHI; ABREU-E-LIMA, 2002).

Segundo alguns estudos que serão expostos a seguir, o acesso ao cuidado odontológico durante a gestação é carregado de obstáculos, impostos tanto pelas usuárias gestantes como pelos profissionais de saúde.

No âmbito da saúde é muito comum odontólogos e médicos sugerirem que a gestante adie o tratamento odontológico para o período pós-parto. Um estudo feito durante 2 anos (2004-2005) em Ohio, Estados Unidos, realizou entrevistas com mulheres sobre suas percepções de cuidado e práticas sobre o atendimento odontológico durante a gestação. Cinquenta e quatro por cento delas relataram que o pré-natal odontológico é importante durante a gravidez, mas apenas 44% realmente receberam atendimento no período gestacional. Menos da metade (40%) afirmaram ter sido aconselhados por seu obstetra a procurar por assistência odontológica, e 10% relataram que o dentista se recusou a prestar-lhes cuidados porque estavam grávidas (STRAFFORD, SHELLHAAS, HADE, 2008). Morgan *et al* (2009), observou que os médicos obstetras, além de não falarem sobre saúde bucal com suas pacientes durante as consultas de pré-natal, aconselham adiar o tratamento odontológico para depois do parto (MORGAN *et al.*, 2009).

A pesquisa de NOGUEIRA *et al.* (2012) realizada com uma amostra de 200 mulheres da cidade de Araraquara, S.P., que necessitaram de algum tipo de intervenção odontológica no período gravídico, revelou que 57% recusaram o tratamento odontológico durante a gestação e 42,5% procuraram pelo PNO. Numa das entrevistas, foi relatado que o obstetra responsável disse na época à gestante que o tratamento odontológico no primeiro trimestre era perigoso, aconselhando-a a adiá-lo. Das gestantes que procuraram por tratamento: 4,7% delas sentiam dor, porém 2,35% não foram tratadas pelo dentista, pela razão de serem gestantes e também 2,35% sentiram necessidade de tratamento, mas não solicitaram pela assistência. Nesta pesquisa fica

claro que as mães que acreditam que o tratamento odontológico é contraindicado durante a gestação, mesmo quando necessitam, recusam o tratamento em razão de conceitos equivocados; e que o despreparo do cirurgião-dentista em acolhê-las e tratá-las, dificulta o acesso desta população à assistência odontológica (NOGUEIRA, 2012).

Semelhante ao estudo de Nogueira *et al* (2012), Garbin *et al* (2011) ao realizar um estudo com mulheres grávidas no município de Bilac, S.P., observou que algumas delas relataram a ocorrência de dor de dente durante a gestação. Todavia, apenas duas procuraram o cirurgião-dentista, que lhes disse que não poderia dar assistência, pois o tratamento poderia prejudicar o bebê. Outra gestante, mesmo com ausência de dor, procurou pelo cirurgião-dentista a fim reparar uma restauração fraturada. Contudo, o procedimento não foi realizado, pois o profissional também alegou para a mãe que a intervenção poderia causar malefícios ao bebê (GARBIN, 2011).

Uma pesquisa realizada com 100 gestantes, no município de Alfenas, MG, em que 50 eram atendidas por convênio/particular e 50 pelo SUS, ao serem questionadas se o médico obstetra realizou alguma orientação sobre saúde bucal durante o pré-natal, constatou-se que, tanto no atendimento particular/convênio quanto no SUS, a maioria das gestantes não foi orientada, 78% e 50%, respectivamente (NASCIMENTO, 2012). Da mesma forma, no estudo realizado por Leal (2006), a maioria das gestantes relatou que durante o pré-natal, os obstetras só observavam o bebê, sob a alegação de que os cuidados com os dentes não eram da responsabilidade médica (LEAL, 2006).

Menoli e Frossard (1997) realizaram um estudo com 69 médicos. Os resultados revelaram que cerca de 69% dos profissionais realizam o encaminhamento das pacientes gestantes ao dentista somente quando elas se queixam de algum incômodo na cavidade oral; 5,8% não encaminha a gestante para supervisão odontológica. Somente 5,8% realiza o encaminhamento ao dentista como rotina, sendo que 95,6% dos entrevistados acreditam que a cárie e a doença periodontal podem ser aumentadas durante a gravidez, caracterizando uma atitude incoerente em relação ao cuidado com a gestante. Esta pesquisa também revelou que dois terços dos profissionais não receberam orientações sobre saúde bucal da gestante durante o curso de graduação, sendo que mais da metade dos que tiveram alguma orientação, relataram que não foi suficiente (MENOLI; FROSSARD, 1997). Semelhantemente, o estudo de Araújo, Pohlmann, Reis (2009) realizado com 83 médicos, mais da metade relatou que não receberam nenhuma informação sobre saúde bucal da gestante no curso de residência médica (ARAÚJO, POHLMANN, REIS, 2009).

Na prática, em vários casos, o médico obstetra é o único profissional da saúde a relacionar-se com a grávida, e muitas vezes não encaminha ao dentista por falta de informações sobre a importância da saúde bucal neste período (DA SILVEIRA, ABRAHAM, FERNANDES, 2016).

No Caderno de Atenção Básica nº 32- Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), o encaminhamento da gestante para a 1ª consulta odontológica faz parte do roteiro da 1ª consulta de pré-natal. Este procedimento já era recomendado nas Normas e Técnicas da Assistência ao Pré-natal de Baixo Risco, publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 1988 (pág.16) (BRASIL, 2012; BRASIL, 1988). A atenção básica na gravidez inclui a prevenção de doenças e complicações, a promoção da saúde e o tratamento das intercorrências no período gestacional até o pós-parto, tanto na mulher quanto no bebê. O enfermeiro prepara o plano de assistência durante a consulta do pré-natal e de acordo com as necessidades identificadas, preconiza as intervenções e encaminhamentos a outros serviços, viabilizando a interdisciplinaridade das práticas, especialmente com a odontologia, medicina, nutrição e psicologia (DUARTE e DE ANDRADE, 2006). No entanto, estudos demonstram que muitos profissionais não encaminham a gestante ao PNO, revelando um desafio a ser superado no cuidado pré-natal.

Peixoto *et al* (2011) realizaram uma pesquisa com 310 gestantes e obtiveram um resultado preocupante a respeito do encaminhamento do profissional enfermeiro ao pré-natal odontológico: 2/3 das entrevistadas relataram não terem sido encaminhadas para uma avaliação odontológica. Em relação ao 1/3 que foi encaminhado ao profissional dentista, algumas informaram que não compareceram às consultas por medo, falta de tempo, entre outros motivos. Houve relato também sobre a demora no atendimento odontológico (PEIXOTO *et al.*, 2001).

A pesquisa qualitativa de Venâncio *et al* (2011) com 30 profissionais da enfermagem atuantes na ESF no município de Dourados (MT), visou conhecer a percepção desses profissionais sobre a saúde bucal da gestante atendida nas unidades de saúde. Em entrevistas, estes profissionais relataram que muitas vezes não realizam o encaminhamento devido aos vários procedimentos obstétricos que são necessários fazer durante a consulta, que faz com que acabemos esquecendo de encaminhar a gestante para a 1ª consulta odontológica. Outros disseram que realizam o encaminhamento somente quando demandado pela gestante demanda. Nesta pesquisa, o profissional dentista foi criticado pela enfermagem por não realizar atividades educativas com o grupo de gestantes e não se envolver com o cuidado pré-natal. Num dos relatos de entrevista, o profissional enfermeiro sugeriu, que o odontólogo poderia realizar a consulta 1ª odontológica da gestante no mesmo dia da 1ª consulta pré-natal, aproveitando a presença na unidade, facilitando o acesso dela ao PNO. Outro profissional relatou a deficiência da educação

permanente. Entretanto, afirmou que a responsabilidade pelo cuidado integral da gestante é de toda a equipe e não somente de um profissional (VENÂNCIO *et al*, 2011).

Observa-se através desses estudos a existência de brechas quanto às orientações e atitudes dos outros profissionais de saúde no que diz respeito ao PNO e seus benefícios, bem como encaminhamento da gestante para a avaliação odontológica. Esta falha pode ser elucidada visto que alguns estudos apontam a falta de conhecimento destes profissionais em relação à importância da saúde bucal da gestante e suas complicações na ausência dela. Outro motivo dessas falhas de encaminhamento pode ser explicado pela sobrecarga de tarefas destinadas ao profissional pré-natalista, onde, com tanta atribuição dos procedimentos obstétricos, a consulta odontológica acaba sendo esquecida.

Os ACS, profissionais essenciais na ESF, podem contribuir substancialmente com o acesso da gestante ao PNO ao realizar a busca ativa e a captação de gestantes no território através das visitas domiciliares. Mudanças expressivas no conhecimento destes profissionais foram observadas no estudo de Frazão e Marques (2006) quanto à percepção da saúde bucal, no acesso e uso de serviços após estes profissionais serem submetidos a treinamentos junto à equipe de saúde bucal (FRAZÃO, MARQUES, 2006).

O estudo quantitativo de Gouvêa *et al*. (2015) também se propôs a avaliar o conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde. A amostra de 162 profissionais foi dividida em 2 grupos: ACS de Unidades de Saúde da Família semeSB, e ACS Unidades de Saúde da Família comeSB. Os resultados sugerem que a presença da eSB, através de capacitações e estreitamento de vínculos entre esses profissionais pode influenciar positivamente sobre o conhecimento em saúde bucal do ACS, fazendo com que ela exerça a sua função de modo seguro ao transmitir informações corretas às famílias (GOUVÊA *et al*, 2015).

No estudo realizado por Cademartori e Machado (2012) avaliou-se a implantação de um programa de PNO numa unidade de ESF no Rio Grande do Sul, cuja equipe de saúde era composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 odontólogo, 01 técnico de enfermagem e 06 ACS. A equipe foi orientada e treinada, baseada nos protocolos existentes, o que ocasionou o aumento das visitas domiciliares pelos ACS em todo o território, a fim de realizar a captação das gestantes e agendamento das consultas odontológicas. Palestras voltadas para a comunidade foram realizadas com o objetivo de desmitificar conceitos equivocados e sem fundamentos em relação ao tratamento odontológico em gestantes e também a criação de um grupo de periodicidade mensal de educação continuada para as gestantes durante o pré-natal. A eSB também foi capacitada para melhorar o atendimento, realizando os exames iniciais e programando melhor as consultas subsequentes para a realização do tratamento. Ao final de 4 meses, observou-se que 100% das

gestantes obtiveram alta do tratamento curativo, com restabelecimento da saúde oral. As ações realizadas permitiram um planejamento e tratamento integrais e multiprofissionais das gestantes, visando os objetivos das unidades de ESF (CADEMARTORI; MACHADO, 2012). Percebe-se neste estudo, que uma equipe multiprofissional integrada e bem treinada pode contribuir com a melhora do acesso às gestantes ao PNO.

Em relação aos odontólogos, estudos mostram que o desconhecimento científico (ALVES *et al*, 2012; CODATO, 2005; DOS SANTOS NETO *et al*, 2012; FAQUIM, FRAZÃO, 2016; LEE, 2010; ECHEVERRIA; POLITANO, 2016), a falta de preparo, insegurança (FAQUIM, FRAZÃO, 2016) e medo de serem responsabilizados por algum desfecho inesperado na gestação – como um aborto ou uma má formação no bebê (CODATO *et. al*, 2011; DOS SANTOS NETO *et al*, 2012), são motivos pelos quais estes profissionais postergam o tratamento, não agindo com resolutividade.

O estudo de Leal (2006) citado anteriormente, ao entrevistar profissionais médicos, muitos deles relataram que gestantes solicitavam sua autorização para a realização do tratamento odontológico, orientadas pelos próprios dentistas da unidade de saúde, atitude essa criticada pelo médico, que entende que desta forma, os dentistas fogem de suas responsabilidades profissionais. Outros médicos emitiam previamente esta autorização, sendo que alguns se referiram a essa prática com certo sarcasmo, insinuando insegurança, medo ou limitações do conhecimento do odontólogo (LEAL, 2006). A atitude do profissional dentista em solicitar autorização médica para a realização de procedimentos odontológicos na gestante é equivocada, pois este profissional é classificado como liberal. Isto significa que ele possui liberdade para diagnosticar, planejar e executar o tratamento, conforme mostram as evidências científicas, a fim de manter sua dignidade profissional, e, segundo o Código de Ética Odontológico, trata-se de um dos direitos fundamentais do profissional inscrito no órgão de classe.

Art. 5º. Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

I - diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da Ciência e sua dignidade profissional. (Código de Ética Odontológico, 2012. p. 1).

Por outro lado, infrações éticas podem ser observadas quando o odontólogo se esquivava em prestar assistência à gestante baseado em seus medos e inseguranças, comprovando seu desconhecimento causado pela desatualização técnico-científica, corroborando para a ausência de zelo pela saúde da paciente, conforme observado a seguir:

Art. 9º. Constituem deveres fundamentais:

VI - manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional; VII - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;... IX - promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado; (Código de Ética Odontológico, 2012. p. 3).

O profissional odontólogo que não presta a devida assistência à gestante por medo de ser responsabilizado por alguma fatalidade no desfecho gestacional, também deveria temer um processo judicial por uma possível complicação odontológica por consequência de negar o devido atendimento. Penso que, seria mais coerente, o profissional dentista que teme um processo pela sua ação relacionada ao cuidado, deveria, de igual modo, temer um processo por sua omissão.

A pesquisa realizada por Krüger *et al*, com 315 gestantes, revelou que 246 mulheres tinham sangramento gengival e 218 possuíam lesão de cárie ativa (em progressão). Destas 315, 173 gestantes mencionaram dor de dente durante a gravidez, e em 143 delas, a dor começou na gestação. Este estudo apontou também, que destas 315 mulheres, 105 procuraram por cuidado odontológico, sendo que 49, motivadas por dor. Destas 49 grávidas, 30 tiveram dificuldades em obter assistência e 17 informaram que os dentistas se recusaram a realizar o atendimento, sendo que 10 relataram que o tratamento oferecido pelos profissionais não foi finalizado, não solucionando o problema (KRÜGER *et al*, 2015).

Ao negar o cuidado odontológico baseado em credenciais sem fundamento algum, somado ao conhecimento deficiente, o profissional dentista ratifica seu desconhecimento científico, posterga problemas de saúde, impedindo o acesso de gestantes ao cuidado odontológico de qualidade (CODATO *et al.*, 2011).

Um estudo realizado com estudantes de odontologia, participantes do Programa de Atenção Odontológica à Gestante da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, S.P, que visa promover a integração dos acadêmicos com os serviços de saúde, verificou que mesmo após treinamento, 50% deles ainda apresentavam dúvidas em relação à prescrição de medicamentos; 22,70% continuavam a apresentar incertezas em relação aos tratamentos clínicos invasivos e 9,10% ainda relatavam dúvidas em relação à prática do atendimento clínico da gestante (MOIMAZ *et al*, 2006).

O receio em tratar gestantes pode ser atribuído a diversos fatores, podendo originar-se no campo da formação acadêmica, já que poucas universidades contemplam em seus currículos uma disciplina ou programa dirigido ao pré-natal odontológico a fim de proporcionar que o aluno desenvolva experiência no atendimento odontológico à mulher grávida (MOIMAZ *et al*, 2006; MARTINS, 2013). Outro fator é a própria fragmentação da grade curricular que deixa de ser um

processo de aprendizado contínuo, devido à ausência da prática clínica multiprofissional e transdisciplinar (MOIMAZ *et al.*, 2006; NOGUEIRA, 2018).

Assim sendo, torna-se imprescindível que haja uma mudança no currículo dos cursos de odontologia, bem como das pós-graduações no que diz respeito à prática do PNO, visando desconstruir esses conceitos equivocados fortemente consolidados no aluno egresso de tais cursos, a fim de que ele consiga enxergar a gestante de forma integral. Esta eventualmente necessitará de algum tratamento, onde ele será o profissional que a assistirá através da recuperação e manutenção da sua saúde oral, contribuindo para uma gestação mais saudável (CODATO, 2011).

O estudo de Bizerril *et al.* (2015) mostra como o odontólogo inserido na ESF pode ser agente facilitador do acesso de gestantes ao PNO através de uma ferramenta que é a visita domiciliar – uma de suas competências dentro desse modelo de cuidado. Durante as visitas, o dentista realiza atividades de educação em saúde relativas ao cuidado bucal da gestante, do recém-nascido e também da puérpera e ao perceber a necessidade de tratamento bucal na gestante, esta é encaminhada pelo próprio odontólogo à unidade de saúde para que este seja iniciado (BIZERRIL *et al.*, 2015). Tal atitude mostra como o profissional odontólogo reconhece as suas funções dentro da ESF, compreendendo que ele também é responsável pela saúde da gestante, assim como todos os outros profissionais, demonstrando pró-atividade e o cuidado multidisciplinar. Nota-se que, em alguns estudos já citados anteriormente, a responsabilidade pelo encaminhamento ao cuidado odontológico fica somente com o profissional responsável pelo pré-natal, já que esta tarefa faz parte do roteiro da primeira consulta da gestante.

Em relação às gestantes, além de relatarem dificuldades de acesso ao serviço público, elas justificam que não solicitaram assistência odontológica, mesmo ao sentirem dor de dente, porque já ouviram familiares, amigos e até mesmo profissionais de saúde, que o tratamento odontológico na gravidez não pode ser realizado - ideia transmitida através de uma herança cultural fortemente transmitida, gerando confusão e insegurança em relação ao cuidado odontológico neste período. (ALBUQUERQUE, ABEGG, RODRIGUES, 2004; DOS SANTOS NETO *et al.*, 2012). Heranças culturais como “cada gravidez é um dente perdido” ou “O bebê ‘rouba’ o cálcio do dente durante a gravidez” são conceitos presentes entre a população.

Outros motivos pelos quais as gestantes não procuram por assistência odontológica é devido ao medo de dentista e à baixa percepção da necessidade, como mostrou a pesquisa de Albuquerque, Abegg, Rodrigues (2004). A falta de interesse, preguiça, comodismo, esquecimento e indiferença, também foram destacados neste estudo, bem como a baixa valorização da saúde bucal, a pouca importância atribuída aos dentes e o fato de acharem que não precisavam de nenhum tratamento, em virtude de não terem sentido nenhuma dor ou desconforto. Outras

gestantes associaram a dor de dente ao estado gestacional, pensando ser “normal” este tipo de dor durante este período (ALBUQUERQUE, ABEGG, RODRIGUES, 2004). O estudo de Moimaz *et al* (2007), feito com 100 grávidas usuárias do SUS, constatou que 24 delas não procurou a assistência odontológica porque acreditavam não precisar de tratamento (MOIMAZ, 2007). Da mesma forma, numa amostra de 200 gestantes, 114 não buscaram por tratamento odontológico. Destas, 98 não o fizeram porque não percebiam necessidade, conforme a pesquisa de Nogueira *et al* (2012) (NOGUEIRA, 2012).

Algumas outras razões alegadas pelas gestantes são: a possibilidade de sentir dor e desconforto; do pavor do barulho da turbina; do medo da anestesia; dos instrumentos utilizados; de repreensão por parte do dentista; e até o constrangimento pela condição de saúde bucal apresentada. (ALBUQUERQUE, ABEGG, RODRIGUES, 2004; DOS SANTOS NETO *et al.*, 2012). A pesquisa de Vieira e Zocratto (2007) igualmente evidenciou a crença de que as gestantes acreditavam que não podiam ser submetidas à intervenção odontológica. A fobia do profissional dentista, o medo de que a anestesia provocasse dano ao feto e o medo de hemorragias, também foram relatados pelas mulheres (VIEIRA; ZOCRATTO, 2007). Esses mitos e medos acabam se tornando crescentes nas gestantes quando os próprios profissionais de saúde desaconselham o tratamento odontológico nesta fase da vida da mulher. (CODATO *et al*, 2011).

Segundo uma pesquisa realizada por LACHAT *et al* (2011), dados de um importante Sistema de Monitoramento de Avaliação de Risco na Gravidez mostraram que menos da metade das mulheres grávidas (44%) relatou ter recebido orientação/cuidado de saúde bucal durante a gravidez (LACHAT *et al.*, 2011). Gaffield *et al* (2001) concluíram que poucas mulheres recebem serviços odontológicos durante a gravidez. Dados colhidos de 4 estados norte-americanos do Centro de Monitoramento da Avaliação do Risco na Gravidez do Centro para Controle e Prevenção de Doenças, constatou-se que 23% a 35% das mulheres grávidas receberam cuidado odontológico durante a gestação e dentre as mulheres que relataram ter vivenciado algum problema odontológico, somente a metade recebeu atendimento profissional (GAFFIELD *et al*, 2001).

Um estudo foi realizado por Dos Santos Neto *et al* (2012) com 1035 mulheres sobre as atividades odontológicas realizadas durante a gestação. Aproximadamente 20% das mulheres receberam tratamento odontológico preventivo. No nível curativo, foram assistidas 17% das mulheres, sendo a restauração dentária e dor de dente os maiores motivos do atendimento. Todavia, somente 7% receberam assistência educativa, preventiva e curativa. Parte significativa das gestantes que receberam assistência no nível curativo não teve acesso a medidas preventivas e educativas, sendo descumprido o princípio da integralidade, caracterizada pela desintegração do

cuidado odontológico na assistência pré-natal. A pesquisa finaliza, sugerindo que os profissionais da odontologia não estão sendo preparados para o cuidado à gestante (DOS SANTOS NETO *et al*, 2012).

Já Gonçalves *et al* (2015) entrevistaram 51 gestantes que utilizavam o serviço de saúde em Juazeiro do Norte, CE. Dessas mulheres, 28 relataram que apresentaram dor de dente durante a gestação, porém somente 10 procuraram por assistência odontológica. Os principais motivos alegados para não procurarem por atendimento foram: medo (fobia), medo de que tratamento prejudicasse o bebê, convicção de que o tratamento na gravidez é contraindicado, porque achavam que não podiam realizar o tratamento nesta época. Outros motivos interessantes foram os relatos ouvidos por terceiros, como: porque “ouviram falar” que não pode extrair dente na gravidez, “ouviram falar” que faz mal. As gestantes também foram questionadas se o tratamento odontológico faz mal ao bebê. Vinte e sete por cento afirmaram que sim, 21% disseram que a anestesia pode fazer mal ao bebê e 11%, que pode causar má formação na criança. Ou seja, 59% das gestantes que participaram desta pesquisa estavam convencidas de que o tratamento odontológico na gravidez causa algum dano ao bebê, confirmando também a existência de mitos e crendices neste grupo (GONÇALVES, 2015).

O profissional odontólogo precisa compreender o seu papel na ESF através do trabalho multiprofissional, desmitificando conceitos equivocados sobre o PNO que se fazem fortemente presentes na população e até entre os profissionais de saúde da sua equipe. Estratégias como: roda de conversa, palestras na sala de espera, curso, podem ser adotadas com o grupo de gestantes a fim de elucidar dúvidas quanto ao tratamento, mostrando que ele é seguro e traz benefício para a mãe e o bebê.

Um relato de caso ocorrido nos Estados Unidos descrito por LEE *et al*. (2016) mostra como a ausência da abordagem multidisciplinar relativo ao cuidado odontológico e a falta de informação colaboraram para um desfecho lastimável. Uma jovem gestante de 19 anos, após ter sido submetida a um tratamento de canal, recebeu após a consulta, a prescrição de um analgésico para uma eventual dor pós-operatório do profissional dentista que realizou o procedimento. Como a dor não cessava, a jovem se comunicou com seu obstetra, que sem prescrição alguma, por telefone, orientou que usasse o paracetamol, sendo que em nenhum momento foi aconselhada a retornar ao seu dentista para avaliação. A paciente, por conta própria, e sem consultar qualquer profissional, aumentou a dose da medicação, fazendo uso de 3,75 vezes mais da dose máxima diária, resultando em aborto precoce por provável overdose de paracetamol, o que em poucos dias acarretou sua falência hepática, evoluindo para peritonite, choque séptico, parada

cardiorrespiratória e óbito. Durante a sua internação no hospital para a realização de tratamentos e exames, notou-se pela narrativado estudo que seu atendimento foi setorizado, mostrando a falta da abordagem interdisciplinar entre os profissionais, causando atraso no tratamento e consequente piora do estado de saúde. (LEE *et al*, 2016). Penso que se este médico obstetra tivesse orientado a sua paciente a retornar ao consultório de seu dentista, e este prestasse o cuidado correto, tanto a mãe como o seu bebê poderiam estar vivos e saudáveis.

A dor afeta qualidade de vida das pessoas. Destarte, todo dentista deve saber prestar o atendimento correto e seguro à mulher grávida, solucionando qualquer intercorrência de maneira resolutive (SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1998) a fim de contribuir para a restabelecimento da saúde oral da gestante, e conseqüentemente para a melhoria de sua saúde geral e do seu bebê intra-útero.

Da Silveira, Abraham, Fernandes (2016) afirmam que a educação permanente é necessária para reduzir divergências entre as percepções das gestantes e da equipe de saúde, mesmo trabalhando de forma integrada e multiprofissional no que tange a relação da saúde bucal e possíveis desfechos gestacionais. Para isso, é necessário que o odontólogo inserido na ESF se atualize constantemente para possibilitar a troca saberes constante com profissionais das outras áreas (DA SILVEIRA, ABRAHAM, FERNANDES; 2016).

No âmbito da ESF, aeSB deve fazer parte da equipe multiprofissional das unidades de saúde em todos os níveis de atenção, para que todos os profissionais da ESF trabalhem de forma integrada, visando a saúde global da gestante, e em relação ao cuidado oral, a eSF deve incentivar e encaminhar a usuária para a 1ª consulta odontológica para que seja iniciado seu acompanhamento e eventual tratamento (BRASIL, 2004).

6 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O campo da avaliação é bem diverso e rico, e historicamente observa-se que esta prática já era realizada entre os povos orientais, mais especificamente os chineses, há quatro mil anos, quando seus “funcionários públicos” eram selecionados através de técnicas avaliativas formais. Já no Ocidente inicia-se no século XVIII, mais precisamente na Grã-Bretanha e na França. Com a modernização dos povos, surgiram novas compreensões filosóficas e ideológicas que serviram de alicerce para o conhecimento científico moderno, colaborando para o aperfeiçoamento dos métodos avaliativos, viabilizando a realização de transformações sociais, econômicas, políticas e culturais (DUBOIS, 2011).

A avaliação tem alcançado importância no âmbito das ações políticas de saúde. As transformações tanto administrativas quanto processuais na gestão do SUS fez com que houvesse um acentuado interesse na avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil (HARTZ, 1997; FIGUEIRÓ, 2010).

Na esfera da saúde, com o envelhecimento da população e o avanço da tecnologia, juntamente com a crise nas finanças públicas, o governo é impelido a controlar os custos, ao mesmo tempo que se busca oferecer acesso equitativo aos serviços de saúde (CHAMPAGNE *et al*, 2011). Para cumprir os princípios do acesso universal, qualidade do cuidado prestado e da exequibilidade financeira do SUS, escolhas muito difíceis precisam ser tomadas, pois trata-se de uma organização complexa, especificamente quanto à relação problemas de saúde e as intervenções passíveis de solucioná-los. Portanto, neste cenário, a avaliação apresenta-se como um caminho propício ao estudar a operacionalidade, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997; FIGUEIRÓ, 2010), que procura compreender uma intervenção, com a finalidade de modificar sua trajetória ou retificar um problema (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

Avaliar significa essencialmente realizar um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre um de seus segmentos, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões. Tal julgamento pode ser um efeito de uma avaliação normativa, quando procede da utilização de princípios e normas, através da certificação da conformidade dos componentes da intervenção em relação a referências, ou de uma pesquisa avaliativa, realizada a partir de um método científico, que visa entender o “como” e o “porquê” dos resultados. (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997, BROUSSELLE, 2011).

Uma intervenção pode ser planejada como um sistema estruturado de práticas que pretende, num certo ambiente e durante um determinado tempo, transformar o curso previsto de um

acontecimento, a fim de corrigir um cenário problemático (CHAMPAGNE *et al*, 2011) e pode ser de diferentes tipos: um determinado exame, um medicamento, um tratamento, um protocolo de cuidados, uma organização de saúde, um programa, uma política, até mesmo um sistema de cuidados em saúde. A própria avaliação também é considerada uma intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997; CHAMPAGNE *et al*, 2011).

Uma intervenção é constituída por 5 componentes: 1) estrutura, que tem como dimensões a física, a organizacional e a simbólica; 2) atores, individuais e coletivos, marcados por projetos, concepção de mundo e intenções operacionais, que relacionam-se continuamente e suas ações são típicas da intervenção, influenciadas pela estrutura e dependentes entre si; 3) processo de ação, conjunto dos processos da mobilização e utilização dos recursos feitos pelos atores para a produção dos serviços e bens, visando atingir o propósito da intervenção; 4) finalidades – são os objetivos da intervenção que pretendem corrigir um problema; 5) Ambiente, que é o contexto onde a intervenção foi implementada (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

6.1 A MODELIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para se avaliar uma intervenção é necessário inicialmente representá-la por meio da modelização. Isto implica em construir seu modelo lógico, pois dificilmente existe um modelo pronto, claro e compreensível. O modelo lógico consistem num esquema visual que apresenta, de forma sintetizada, a teoria de funcionamento da intervenção, mostrando a conexão desde os recursos para sua operacionalização, os processos realizados até aos efeitos que se visa alcançar. Este modelo pode ser representado por tabelas, diagramas, fluxogramas, figuras, quadros e até mesmo por textos e é de extrema relevância na avaliação por auxiliar na compreensão da racionalidade da construção da intervenção e suas relações causais, viabilizando explicitar a intervenção e seus efeitos, identificando possíveis falhas, possibilitando auxiliar na melhoria do problema (CHAMPAGNE *et al*, 2011 – cap.3).

A modelização da intervenção consiste numa etapa fundamental para auxiliar na elaboração das perguntas corretas (perguntas avaliativas), para que os efeitos sejam designados a práticas específicas, para que a avaliação facilite a tomada de decisões (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

As vantagens da modelização são muitas. Ela possibilita evidenciar a relação entre uma intervenção e seus efeitos. No passado, o conceito de programa era apontado como uma “caixa-preta” cujos efeitos procuravam ser mensurados pelos avaliadores. Neste modelo, a intervenção é pesquisada como uma variável dicotômica, ou seja, se ela existe ou não, levando em consideração

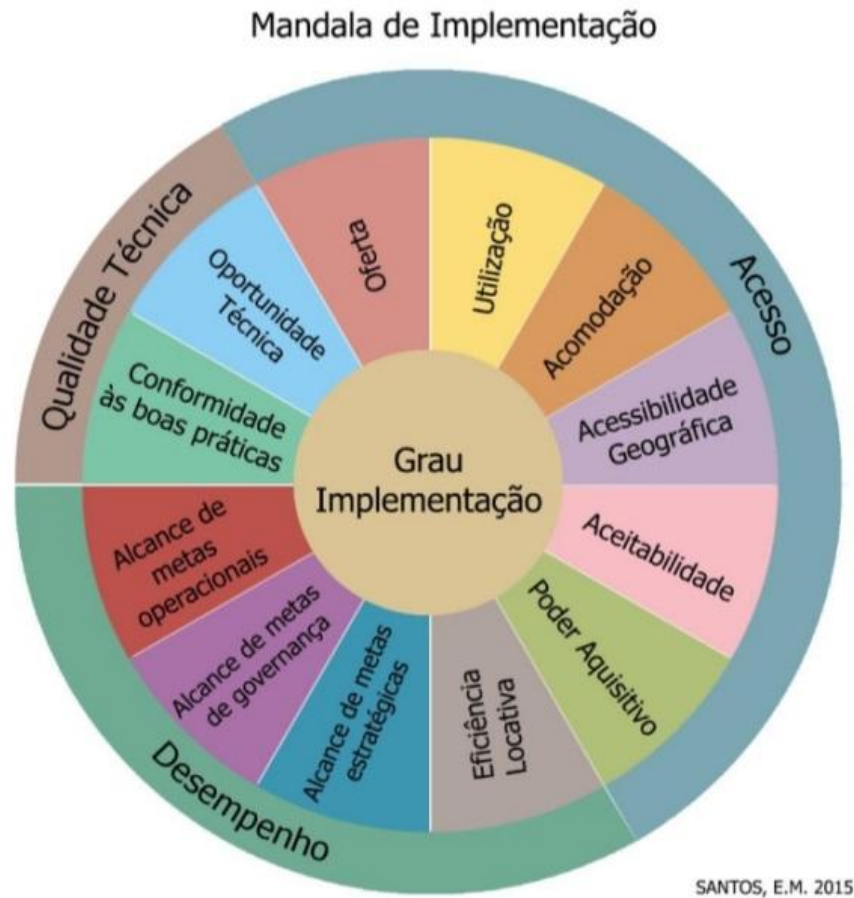
somente seus efeitos ou impactos. Este tipo de avaliação não leva em consideração os processos envolvidos na construção das mudanças ocorridas após o início de uma intervenção, revelando-se limitada, tornando-se necessária a descrição das ligações complexas entre os recursos, as atividades e efeitos antes da escolha dos métodos de avaliação, ou seja, a modelização das intervenções. Desta forma, o modelo lógico proporciona evidenciar a coerência de um programa por possibilitar a visualização dos vínculos entre as estruturas, os processos e os resultados, revelando o conjunto das hipóteses necessárias para que a intervenção - a caixa-preta – possibilite a melhora da situação problema. A modelização precisa revelar o curso lógico dos atores e explicitar seus objetivos e deve ser construída juntamente com esses atores (DENIS, 1997; CHAMPAGNE *et al*, 2011).

6.2 AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO:

A avaliação de implementação (ou implantação) é o estudo das relações entre uma intervenção e seu contexto ou influências do ambiente no decorrer da sua implementação da intervenção. É chamada de “*Transparent Box*” por fazer oposição ao modelo da “Caixa Preta”, onde se propõe a avaliar as relações entre os processos e os meios necessários para que os efeitos aconteçam. Seu objetivo é, ao identificar quais os fatores que afetam ou favorecem a implantação de uma intervenção, compreender o desenrolar de uma intervenção, podendo ainda estudar as influências do ambiente ou do contexto sobre como, quanto e em que grau de conformidade a intervenção foi implementada. (CHAMPAGNE *et al*. 2011 – cap.10).

De acordo com Santos (2014), podemos avaliar uma implementação a partir de três grandes dimensões ou domínios: o acesso, a qualidade técnica e o desempenho. Dimensões ou domínio são considerados categorias cognitivas de abordagem do fenômeno avaliado (Alfodi, 2006). Estas dimensões podem ser divididas em subdimensões, tal como visualizadas na figura 5.

Figura 5 – Implementação, suas dimensões mais usadas e suas subdimensões



6.2.1 A Qualidade técnica em Saúde

A globalização e a busca pela qualidade influenciaram o comportamento do consumidor, que passou a demandar práticas confiáveis de produtos e serviços. Na esfera da saúde, a busca pela qualidade não é diferente. Os usuários passam a ser mais exigentes, reivindicando acesso a médicos, procedimentos e exames. Desta forma, o conceito de qualidade atualmente está mais aproximado da percepção dos clientes, do que propriamente a do gestor sobre o seu serviço (SAVASSI, 2012).

AvedisDonabedian foi um dos principais autores a desenvolver o conceito de avaliação da qualidade da assistência no campo da saúde, onde desenvolveu primeiramente um modelo do cuidado médico organizado em três segmentos: estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde. Este modelo não englobava segmentos que poderiam interferir nos resultados, como o contexto, atributos pessoais e grupos sociais, o que fez com que, posteriormente, ele aprimorasse o escopo da abordagem da avaliação em saúde, apontando os seguintes atributos de qualidade:

eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade (DONABEDIAN, 1990; TRAVASSOS, 2004; VUORI, 1991).

A aceitabilidade é definida por Donabedian como a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares e também dos profissionais que ofertam o cuidado (DONABEDIAN, 1990). Para este autor, a qualidade em saúde é uma propriedade de um julgamento sobre o cuidado médico, que pode ser dividido em pelo menos duas partes: técnica e interpessoal. O cuidado técnico é a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina e das outras ciências da saúde à gestão de um problema de saúde pessoal. A qualidade do cuidado técnico consiste na aplicação da ciência médica e da tecnologia de uma maneira que maximize seus benefícios à saúde sem aumentar proporcionalmente seus riscos. A qualidade é, portanto, o maior alcance do equilíbrio entre riscos e benefícios que se espera de um cuidado prestado (DONABEDIAN, 1980).

6.2.2 O Desempenho em Saúde

A avaliação de desempenho é um instrumento que permite complementar, informar e oferecer um suporte metodológico rigoroso aos estudos de avaliação e podem, muitas vezes, proporcionar uma visão adequada e abrangente do desempenho da intervenção em seu curso. Seu objetivo é fornecer informação objetiva aos gestores na tentativa de aperfeiçoar a tomada de decisão e por meio disso, fortalecer o desempenho (POISTER, 2004).

6.2.3 O Acesso em Saúde

O conceito da dimensão “acesso” é complexo e multidimensional, variando entre os autores, sendo empregado muitas vezes de forma equivocada, como por exemplo, ser utilizado somente ao acesso geográfico. (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Segundo Penchansky & Thomas (1981), pioneiros no estudo do sobre este tema, “acesso” é o conceito que expressa o grau de ajuste entre o cliente e o sistema, podendo ser compreendido como um conceito geral que abrange um conjunto de subdimensões mais específicas de ajuste entre o usuário e o sistema de saúde. De acordo com estes autores as subdimensões do acesso são: disponibilidade - corresponde à magnitude e tipos de recursos oferecidos em relação às necessidades dos usuários; acessibilidade – que diz respeito à localização geográfica caracterizada pela forma de deslocamento, tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e a instituição. Refere-se à relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pela instituição;

acomodação(adequação) – corresponde ao modo como os recursos são organizados para atender as necessidades dos usuários e a capacidade dos usuários para se adaptar a essa organização; poder aquisitivo – possibilidade do usuário de pagar pelo serviço e também relacionado ao custo do serviço; e aceitabilidade – representando as atitudes dos usuários e profissionais em relação às suas respectivas práticas e características (PENCHANSKY e THOMAS, 1981; TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

No início dos anos de 1990, o Comitê para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos propôs que o acesso fosse definido como a utilização dos serviços de saúde num tempo satisfatório de maneira a alcançar o melhor resultado possível para a saúde do usuário, a partir da utilização e execução correta dos recursos disponíveis: os serviços e tecnologias (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Tal definição é importante pois uma Avaliação de Programas pode valer-se da utilização da categoria “acesso” como estratégia para analisar graus de implementação, pois esta dimensão possibilita aumentar o alvo de indicadores de grau de implementação que privilegiam a oferta de serviços e a sua utilização. A utilização do grau de implementação através do “acesso” permite incorporar critérios como: cobertura, aceitabilidade, bem como as dimensões de conformidade e oportunidade. Enfim, o acesso significa a relação entre os serviços de saúde e os usuários (SOUZA, SANTOS, FRIAS, 2014).

Para esta pesquisa selecionou-se a dimensão do Acesso, utilizando como subdimensões a aceitabilidade, a acomodação e a conformidade, que serão conceituadas a seguir.

A subdimensão “aceitabilidade”, segundo Penchansky e Thomas, é definida como práticas e atitudes da relação profissional-paciente diante das características pessoais apresentadas pelo usuário. Por vezes, os profissionais têm atitudes preferenciais em relação a certos clientes, podendo não estar dispostos a atender determinados tipos de clientes ou, através da acomodação, se tornar mais ou menos disponíveis (PENCHANSKY e THOMAS, 1981).

A subdimensão “acomodação” diz respeito à maneira como os serviços e os recursos são oferecidos pelos profissionais aos usuários e a habilidade que possuem para se adaptarem à essas ofertas (PENCHANSKY e THOMAS, 1981).

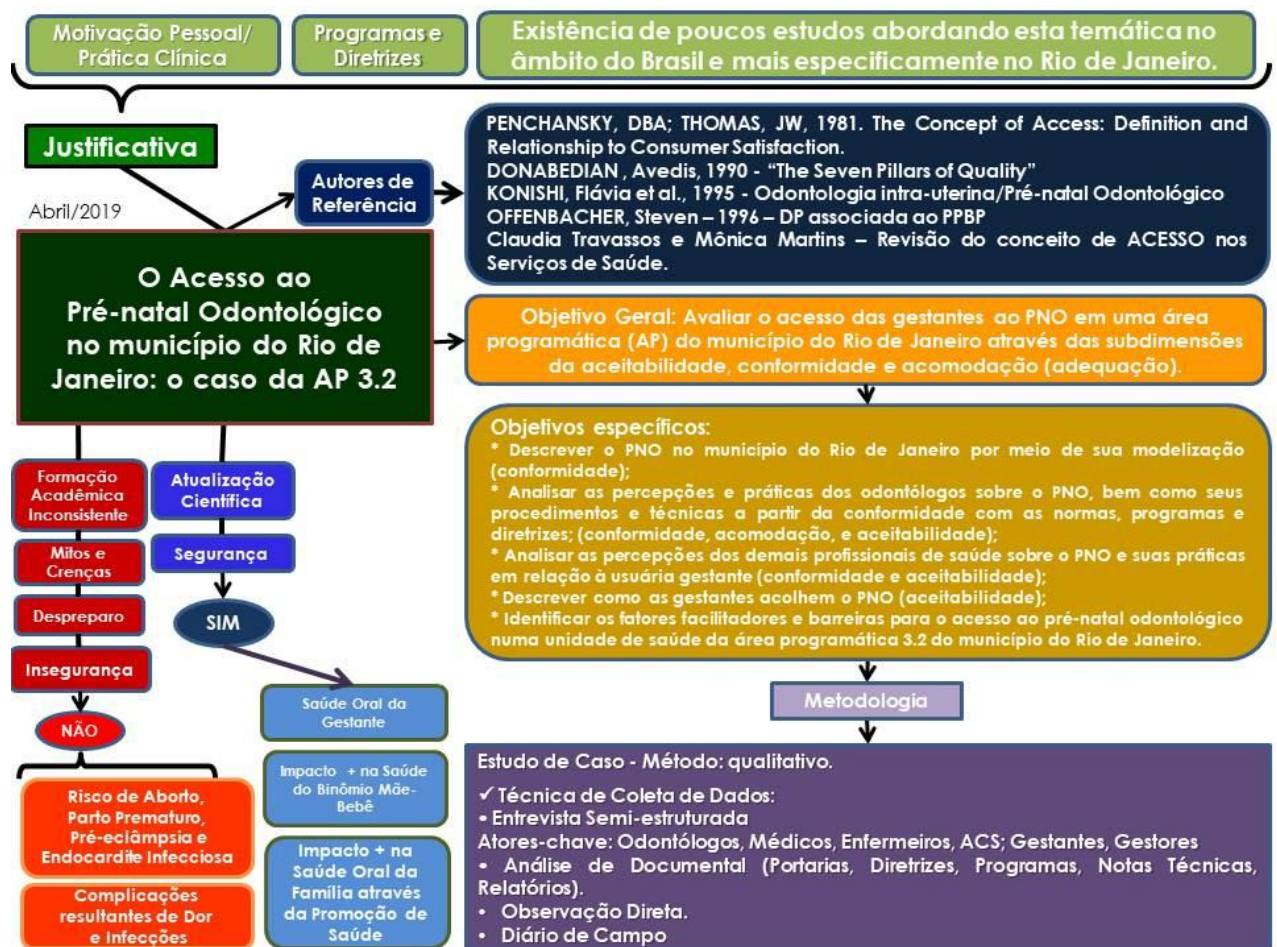
A subdimensão “conformidade” consiste em medir a fidelidade dos itens de uma intervenção em relação a um ou a diversos referenciais de critérios e normas existentes através da avaliação (apreciação) normativa. Tem-se como princípio que se todos os profissionais envolvidos no processo do cuidado realizam as ações recomendadas, a chance de sucesso da intervenção é maior (CARDOSO *et al*, 2012). A conformidade tem característica formativa, onde se busca a

modificação ou o ajuste de uma intervenção, permitindo compreender os desvios na implantação da intervenção, através da análise de implementação (CHAMPAGNE, 2011).

7METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa avaliativa, de abordagem colaborativa (Cardoso *et al*, 2019). Para realizar a construção do escopo da pesquisa, foi elaborado primeiramente um mapa conceitual. Segundo Novak e Cañas (2010), o mapa conceitual é uma representação gráfica que tem como objetivo organizar conceitos de um determinado campo de conhecimento, bem como evidenciar a relação entre eles. O mapa conceitual pode ser visualizado na figura abaixo.

Figura 6 – Mapa Conceitual do estudo



O estudo foi dividido em duas fases. Na primeira fase foi realizada a busca bibliográfica, iniciada no mês de abril de 2018, terminando no mês de dezembro de 2018, com o intuito de investigar os referenciais teóricos, referente ao pré-natal odontológico, utilizando-se dos idiomas português e inglês, do ano de 1995 a 2018. Para esta busca foram utilizadas as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); BVS Odontologia; Scientific Electronic Library Online (SCIELO), SCOPUS, Google Acadêmico, livros e documentos publicados pelo Ministério

da Saúde e pelo município do Rio de Janeiro, a fim de constatar e contrastar, as evidências já apontadas sobre a temática desse estudo.

Para a busca bibliográfica nas bases de dados, foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave: pré-natal odontológico, assistência odontológica, cuidado odontológico, gestante, grávida, saúde bucal, cirurgião-dentista, odontólogo, enfermeiro, médico obstetra, agente comunitário de saúde ecesso aos serviços de saúde, empregando-se os operadores booleanos “and” e “or”.

Após a leitura dos documentos, foi elaborada a construção do modelo lógico preliminar do Pré-natal Odontológico no município do Rio de Janeiro, através da análise documental, retirados da internet, durante a busca bibliográfica. Tais documentos incluem as políticas nacionais, diretrizes, programas nacionais, municipais, normas, notas técnicas, protocolos sobre o cuidado pré-natal e sobre o cuidado odontológico na gestação, sendo todos eles de acesso livre. Durante esta fase também foi realizada a identificação dos atores chave, igualmente através da análise documental.

A segunda fase do estudo consistiu em um estudo de caso, empregando métodos quantitativo e qualitativo, com predominância deste último (POPE e MAYS, 2009). A ida ao campo iniciou primeiramente com a validação do modelo lógico da intervenção, e depois para a realização da coleta de dados para a avaliação de implementação do acesso das gestantes ao PNO na unidade de saúde selecionada segundo os critérios utilizados.

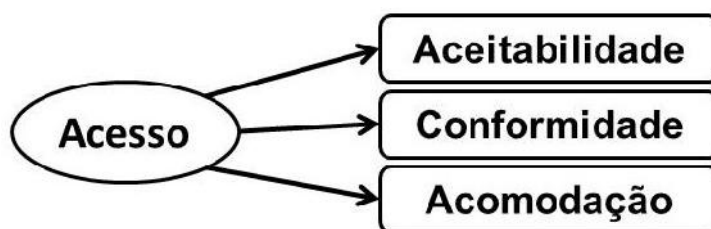
O estudo de caso possui dupla finalidade: de um lado procura entender a prática de um grupo, uma instituição ou um conjunto de relações sociais e, por outro busca o desenvolvimento de teorias mais globais do processo e estrutura sociais (BECKER, 1993). Diferente do que acontece nas estatísticas, onde as singularidades são desprezadas, mostrando apenas a tendência do grupo, no estudo de caso, as diferenças internas e comportamentos que desviam da média são evidenciados (GOLDENBERG, 1997). Segundo Champagne *et al* (2011), o estudo de caso é uma das estratégias de pesquisa que possibilitam analisar a implementação de uma intervenção, sendo a melhor escolha metodológica quando a análise do contexto é focado nas dinâmicas de interação entre os atores envolvidos com a implementação da intervenção e quando se deseja realizar uma análise processual da implementação (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

O método de pesquisa qualitativa tem como fonte de dados, as imagens e a observação, visando a compreensão de um objeto ou situação por meio de um conjunto de práticas interpretativas, que posiciona o pesquisador no mundo (FLICK, 2009). Sendo assim, a pesquisa é guiada pelas perguntas: Como e Por que. Não possui a função de analisar fenômenos em grupos amplos, porém é muito útil na compreensão do contexto onde algum evento acontece,

proporcionando observar diversos elementos concomitantemente num pequeno grupo, o que permite compreender profundamente um fenômeno, favorecendo a explicação de comportamentos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A avaliação utilizou como principal dimensão o acesso, e as subdimensões “aceitabilidade”, “conformidade” e “acomodação” como parâmetros para a realização da análise (figura 7), e serão baseadas nos seguintes autores: “Aceitabilidade” e “Acomodação” - PENCHANSKY e THOMAS, 1981 e “Conformidade” - CHAMPAGNE, HARTZ, BROUSSELLE, CONTANDRIOPOULOS, 2011.

Figura 7 -Acesso e as subdimensões da pesquisa avaliativa



Os instrumentos de coleta estão detalhados no sub-item, “recorte da pesquisa”. Esta avaliação possui um caráter formativo, que tem por finalidade disponibilizar informações para melhorar a intervenção no decorrer do seu funcionamento.

Recorte da pesquisa

A região do município do Rio de Janeiro estudada foia AP 3.2. A escolha desta região se deu em razão de ser a área onde atuo como servidora, onde pude ter mais facilidade em realizar a minha pesquisa de campo.

A AP 3.2 abrange os seguintes bairros: Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomas Coelho. Sua população, segundo o último censo demográfico em 2010 realizado pelo IBGE é de 569.970 habitantes (SMS - Rio de Janeiro).

Esta região possui na atenção básica, 120 eSFe 43eSB, com cobertura de 70,82% da população. Destas 120eSF, 117 são equipes completas e 3 são incompletas, estando distribuídas em 23 unidades de saúde, sendo 09 CMS e 14 CF. A proporção entre eSBeSFdistribuídas nestas unidades pode ser visualizada através do Quadro 1.

Além da Atenção Básica, esta Região dispõe de Unidades de Média e Alta complexidade: 02 CEO – Policlínica Rodolpho Rocco e Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro, o Hospital Municipal Salgado Filho, Hospital Maternidade Carmela Dutra e 2 UPA: do Engenho Novo e Engenho de Dentro (SMS – SUBPAV – site).

Quadro 1: proporção ESB/ESF na Atenção Básica na AP 3.2

Unidade de Saúde	ESB/ESF	Número de Equipes/Tipo
CF Anna Nery	2/6	2 Equipes/MII
CF Anthidio Dias da Silveira	3/7	3 Equipes /MII
CF Antenor Nascente	1/1	1 Equipe/MII
CMS Ariadne Lopes	2/4	1 Equipe/MII e 1 transitória
CF Bárbara Starfield	2/6	2 Equipes/MII
CF Bibi Vogel	2/7	2 Equipes/MII
CF Cabo Edney	2/5	2 Equipes/ MII
CF Carioca	1/3	1 Equipe/MII
CMS Carlos Gentile de Melo	1/5	1 Equipe/MII
CF Emygdio Alves	2/6	2 Equipes MII
CF Herbert de Souza	2/6	2 Equipes/MII
CF Izabel dos Santos	2/5	2 Equipes/MII
CF Sérgio Nicolau Amin	2/4	2 Equipes/MII
CMS Tia Alice	1/3	1 Equipe/MII
CMS Renato Rocco	2/4	2 Equipes/MII
CMS Milton Fontes	2/4	1 Equipe/MII
CMS Cesar Pernetá	1/4	1 Equipe/ MII
CMS Rodolpho Rocco	3/7	3 Equipes/MII
CMS Vilhena Leite	1/3	1 Equipe/MII
CF Luiz Célio Pereira	3/7	1 Equipe/MII e 1 Equipe/MI
CF Olga Pereira Pacheco	3/8	3 Equipes/MII
CF Amélia dos Santos Ferreira	2/8	2 Equipes/MII
CF Erivaldo Fernandes Nóbrega	2/5	2 Equipes/MII

Para realizar a seleção da unidade de saúde participante desta pesquisa foi utilizada como ferramenta metodológica a página virtual da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) do município do Rio de Janeiro, de domínio público, cujo acesso é feito mediante o uso do CPF e senha previamente cadastrados. Esta página contém protocolos clínicos, carteira de serviços, seminários realizados pela SMS-RJ, assistência farmacêutica, download de arquivos para a prática clínica, painel de indicadores de desempenho, cobertura populacional da ESF, distribuição de unidades de saúde por área programática, dentre outros.

Critério de Seleção da Unidade de Saúde participante:

Para a seleção da unidade de saúde participante, foram utilizados 2 indicadores de desempenho: 1) número de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal; 2) número de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em saúde bucal. A escolha

destes indicadores se deu em razão de serem os únicos que permitem relacionar a saúde bucal com o pré-natal, possibilitando uma intersecção das informações. A da unidade participante escolhida foi a que obteve: 1) maior média em número de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal; 2) maior média em número de gestantes com pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em saúde bucal.

Após realização dos cálculos, a unidade de saúde que obteve maior média em número nestes 2 indicadores foi a Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira. Os dados dos indicadores utilizados foram coletados referentes aos meses de Janeiro a Outubro de 2018. Os dados referentes aos meses de Novembro e Dezembro não foram utilizados porque não se encontravam disponíveis até a data da coleta, mais precisamente, no mês de janeiro de 2019.

Após o parecer final do comitê de ética, liberado em 15 de agosto de 2019, foi realizado o estudo piloto na unidade de saúde Hospital Maternidade Carmela Dutra para a testagem do instrumento de coleta de dados, especificamente o roteiro das entrevistas e teve a duração de duas semanas. Após a realização deste, foram feitos os ajustes necessários para melhor compreensão dos participantes.

A pesquisa de campo deu-se início em 1/10/2019, na CF Anthídio Dias da Silveira, localizada na região do Jacarezinho. Trata-se de um território conhecido por vulnerabilidade socioeconômica, bem como pela violência, onde frequentemente ocorrem situações de confronto entre policiais e traficantes de drogas ilícitas. O período da coleta de dados foi prejudicado, resultando na extensão do cronograma previsto, em virtude da greve dos profissionais da saúde por falta de pagamento salarial, bem como pela violência do território, que fez com que alguns dias a unidade de saúde precisasse ser fechada devido às operações policiais, finalizando em 6/01/2020.

Tamanho da amostra:

Foram entrevistados 3 profissionais da área de gestão (1 gestor da coordenação de saúde bucal, representando o nível central, especificamente a coordenação de saúde bucal; 1 assessor de saúde bucal da Coordenação da AP (CAP) 3.2, representando a área programática 3.2; 1 gerente da CF Anthídio Dias da Silveira; 17 profissionais de saúde, representados por: 4 odontólogos, 7 médicos/enfermeiros, 7 ACS, e 10 usuárias gestantes, totalizando um grupo de 31 participantes. O número de profissionais de saúde escolhido se deu em razão desta unidade de saúde possuir 7 eSF e 3 eSB. Em relação aos odontólogos, apesar de existirem apenas 3 eSB, a amostra totalizou 4 profissionais, pois a unidade de saúde possui 2 profissionais dentistas da residência multiprofissional da ENSP-FIOCRUZ e que estão inseridos cada um em uma eSF da unidade,

participando ativamente das atividades do cuidado e atendimento clínico. É importante ressaltar que uma eSB encontrava-se no momento sem dentista em virtude de pedido de demissão feito pelo profissional, 3 meses antes desta pesquisa de campo ser iniciada.

Critérios de Inclusão e Exclusão dos participantes:

1) Grupo dos gestores:

- Inclusão: estar na função de gestor há pelo menos 3 meses.
- Exclusão: estar de férias ou de licença na ocasião da entrevista.

2) Grupo dos profissionais de saúde da eSF (médico, enfermeiro, ACS):

- Inclusão: fazer parte da equipe de saúde da família da unidade de saúde participante desta pesquisa.

- Exclusão: estar de férias ou de licença na ocasião da entrevista.

3) Grupo dos profissionais de saúde (odontólogos):

- Inclusão: participar ativamente no cuidado odontológico realizado pelo serviço de saúde bucal da unidade de saúde participante desta pesquisa.

- Exclusão: estar de férias ou de licença na ocasião da entrevista.

4) Grupo das usuárias (gestantes)

- Inclusão: gestantes em acompanhamento pré-natal na unidade de saúde participante desta pesquisa.

- Exclusão: menores de 18 anos.

Técnicas e fontes de coleta de dados:

As técnicas e fontes de coleta de dados foram realizadas através de: 1) entrevista semiestruturada; 2) análise documental (Diretrizes, Políticas, Programas, Notas Técnicas, Relatórios); 3) Observação direta e 4) Diário de campo.

1) Entrevistas:

As entrevistas foram realizadas com os odontólogos, profissionais de saúde (ACS, Enfermeiros, Médicos) da eSF, usuárias gestantes, e com representantes gestores da Saúde Bucal, e o gestor da unidade de saúde participante. Estas entrevistas ocorreram em ambiente reservado, garantindo privacidade aos participantes, com duração média 30 minutos e foram registradas através de um gravador de voz e posteriormente transcritas. Com exceção das entrevistas com os gestores de saúde bucal, todas as outras foram realizadas na unidade de saúde participante.

A participação dos grupos aconteceu da seguinte forma: as gestantes foram abordadas nos dias de consultas do pré-natal, aproveitando a presença das usuárias na própria unidade de saúde. Os profissionais de saúde foram entrevistados nos dias em que estavam na unidade, no momento mais conveniente ao profissional, sem que houvesse ônus ao seu trabalho e à assistência ao usuário do SUS.

Foi selecionando um profissional de cada eSF – um pré-natalista (médico ou enfermeiro) e um ACS – para possibilitar a compreensão da rotina e modo de organização do trabalho de cada uma. Os gestores foram entrevistados em seus locais de trabalho, com dia e horário marcados previamente. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando participar desta pesquisa, cientes dos riscos e benefícios da entrevista, conforme explicitados por escrito neste mesmo termo.

As entrevistas foram feitas dos dias 1 de outubro de 2019 até o dia 22 de novembro de 2019, sendo todas transcritas durante o mês de dezembro deste mesmo ano por esta pesquisadora. Somente uma entrevista, a do gestor da unidade de saúde, foi realizada no dia 6 de janeiro de 2020 em virtude da dificuldade do agendamento de um horário conveniente para o participante em função de suas atividades laborais. A transcrição foi executada nesta mesma data.

2) Análise documental:

A análise de documentos foi realizada durante a busca bibliográfica, por meio da internet. Tratam-se das políticas nacionais, diretrizes, programas nacionais, municipais, normas, notas técnicas, protocolos sobre o cuidado pré-natal e sobre o cuidado odontológico na gestação, sendo todos eles de acesso livre. Tais documentos foram acessados através dos sites: Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Ministério da Saúde <http://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>, de onde foram acessados os seguintes documentos: cadernos de atenção básica, política nacional de saúde bucal, Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres); o site da Coordenação de Saúde Bucal – RJ <http://saudebucalrj.blogspot.com/>, de onde foram acessados os seguintes documentos: programa de Saúde Bucal do Município do Rio de Janeiro, Nota técnica – Organização do Acesso à Saúde Bucal); e o Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro <http://www.tcm.rj.gov.br/WEB/Site/Destaques.aspx>, de onde foram acessados os seguintes documentos: Monitoramento do Programa de Saúde Bucal do Rio de Janeiro – ano 2004 (<http://www.tcm.rj.gov.br/Noticias/1876/6063.pdf>) e Monitoramento do Programa Municipal de Saúde Bucal – ano 2009 - (http://www.tcm.rj.gov.br/Noticias/3511/40_1712_2009.pdf).

A análise destes documentos teve como objetivos: verificar a subdimensão conformidade com as normas com as práticas e estrutura do SUS, construção de uma linha do tempo dos

programas e diretrizes referentes ao pré-natal e ao PNO, a construção do modelo lógico preliminar do PNO no município do Rio de Janeiro e a construção de um fluxograma da gestante no cuidado pré-natal bem como seus encaminhamentos, especificamente ao PNO.

3) Observação direta:

A observação direta foi realizada através do auxílio de um roteiro previamente elaborado, onde foram observados: a estrutura da sala de espera para a gestante, o tempo de espera para atendimento, a estrutura do consultório, rotina de cuidado, instrumentais, materiais de consumo, anestésicos utilizados no atendimento, dentre outros. Esses dados foram registrados por meio de anotações e gravador de voz, feitos através do diário de campo.

A observação direta teve como objetivos verificar a conformidade das normas com as práticas e estrutura do SUS, a aceitabilidade, tanto do profissional quanto da usuária gestante em relação ao PNO e a acomodação, que são os possíveis arranjos que são realizados na impossibilidade do não cumprimento das normas.

Análise dos Dados:

A apreciação dos dados foi realizada através da análise de conteúdo para o método qualitativo, principalmente as entrevistas, e através de análise estatística descritiva para o método quantitativo.

Muito utilizada no campo das pesquisas sociais, a análise de conteúdo é definida por Bardin (1977), como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, onde são empregados procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que pretende alcançar indicadores (quantitativos ou não) e que permitem explicar e legitimar inferências (conclusões) sobre um determinado contexto, através de procedimentos técnicos e científicos (BARDIN, 1977; MINAYO, 2010).

A análise de conteúdo possui várias modalidades. A utilizada nesta pesquisa foi a análise de conteúdo temático, onde foram observadas situações e respostas convergentes e divergentes para duas subdimensões do acesso avaliadas neste estudo: aceitabilidade e acomodação. As diferentes técnicas (entrevista, observação e análise documental) e fontes de evidência (atores e documentos) foram triangulados e complementados. A triangulação visa gerar achados que sejam convergentes em relação a um mesmo fenômeno, buscando a sua compreensão por meio de inferências válidas e defensáveis. Busca, por tanto, a correspondência, concordância e convergência. A complementariedade envolve o uso de diferentes técnicas para caracterizar diferentes facetas de um mesmo fenômeno. Desse modo, adiciona dados, pois através de uma

técnica obtém-se determinadas informações que podem ser complementadas por outra. Isto possibilita uma visão mais abrangente da intervenção em análise (GREENE, CARACELLI E GRAHAM, 1989). A Matriz de Informação apresenta as perguntas avaliativas, as subdimensões, as fontes de verificação e as técnicas de coleta com seu respectivo modo de análise, de triangulação e/ou complementariedade.

A análise estatística descritiva foi realizada a partir do banco de dados que foi construído em planilha Excel que continha as informações dos instrumentos de coleta utilizados. As variáveis utilizadas para as usuárias foram: idade, nível de escolaridade, número de gestações, ocupação. Para os profissionais de saúde e gestores, foram utilizadas as variáveis: categoria profissional, tempo de trabalho na unidade de saúde/gestão, tempo de trabalho na saúde pública, tipo de vínculo, tempo de formação profissional. Estas variáveis foram coletadas no momento da entrevista.

Matriz de Informação

Perguntas avaliativas	Dimensões	Fontes de verificação	Técnica	Modo de análise
Os odontólogos conhecem as normas descritas nas políticas e diretrizes sobre o PNO?	Conformidade	Odontólogos	Entrevistas Observação	Triangulação Complementariedade
Os profissionais das eSF conhecem suas respectivas normas descritas nas políticas e diretrizes que viabilizam o acesso da gestante ao PNO?	Conformidade	Gestores Médicos Enfermeiros ACS	Entrevistas Observação	Triangulação Complementariedade
Quais são as percepções e práticas dos odontólogos sobre o PNO?	Acomodação, e aceitabilidade	Odontólogos	Entrevista Observação	Triangulação Complementariedade
Quais são as percepções dos demais profissionais de saúde sobre o PNO e suas práticas em relação à usuária gestante?	Acomodação e aceitabilidade	Gestores Médicos Enfermeiros ACS	Entrevistas	Triangulação Complementariedade
Como as gestantes acolhem o PNO?	Aceitabilidade	Gestantes	Entrevistas	Triangulação Complementariedade

ASPECTOS ÉTICOS

Considerando-se os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos referentes às resoluções nº. 466/2012, nº. 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto de pesquisa foi submetido e avaliado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da ENSP/FIOCRUZ e da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), cientes dos riscos e benefícios da entrevista, conforme explicitados por escrito neste mesmo termo. O Gerente, representante da Unidade de Saúde que participou da pesquisa, assinou termo de anuência institucional, conforme exigência dos CEP. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP ENSP com o parecer de número 10673319.8.0000.5240 e pelo CEP SMS-RJ de número 10673319.8.3001.5279.

9 RESULTADOS.

9.1A VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO-TEÓRICO DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO.

O modelo lógico foi validado com os odontólogos da unidade de saúde participante da pesquisa no dia 12/11/2019, porém com a participação de somente 3 profissionais, pois um optou por não participar. A validação ocorreu na própria unidade de saúde, na sala de reuniões e teve a duração de 1 hora e 10 minutos.

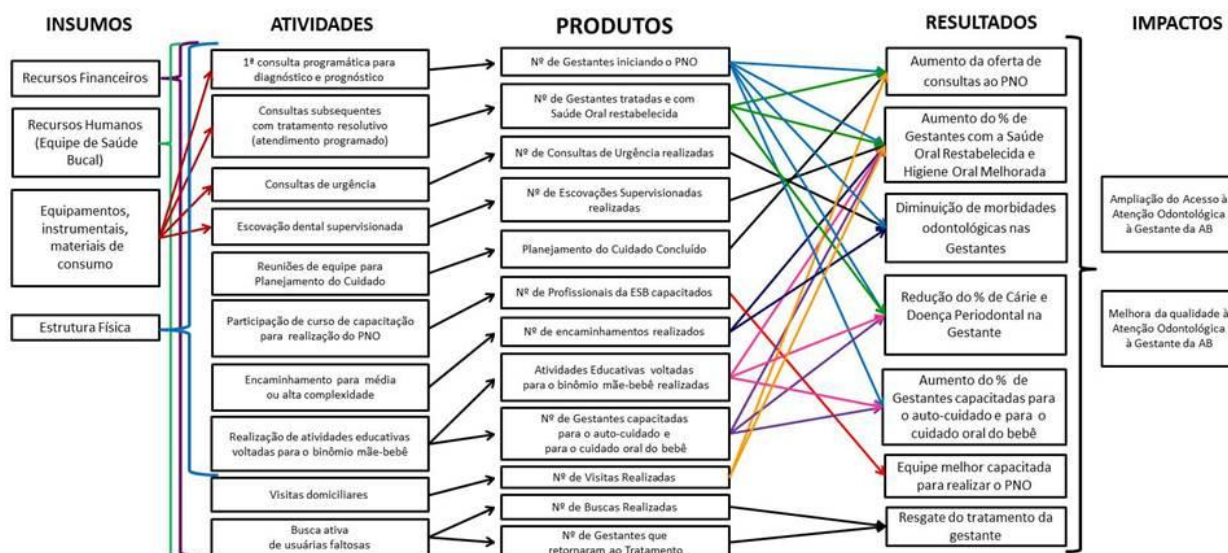
Primeiramente foi explicado para os participantes o que era o modelo lógico de uma intervenção, suas categorias, sua finalidade, bem como o objetivo da avaliação de programas. Um participante, que é residente multidisciplinar da ENSP, estava cursando na época o módulo de avaliação em saúde, parte do programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e já conhecia alguns conceitos. Os outros dois profissionais nunca haviam lido nada a respeito, nem ouvido falar sobre o assunto. Em seguida, foi esclarecido como se deu a construção do modelo lógico, a partir da análise de documentos oficiais de nível nacional e municipal. Os participantes desta validação relataram conhecer tais documentos.

Em seguida foi perguntado aos odontólogos o que eles compreendiam ser o PNO, expressando suas opiniões. Todos concordaram entre si que o programa compreende a assistência clínica preventiva e curativa da gestante, assim como a educação em saúde voltada para o binômio mãe-bebê.

O modelo foi apresentado para cada um dos odontólogos na versão impressa. O clima do encontro foi bem descontraído, de muita conversa e reflexão, e os participantes estavam à vontade para darem suas contribuições. Após análise de todas as categorias, todos concordaram que o modelo lógico fazia sentido para eles, embora admitindo que no atual contexto, algumas atividades tornavam-se inviáveis de serem realizadas pela eSB.

O modelo lógico foi validado pela segunda vez pelas Prof^{as}. Dr^{as}. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso e Prof^{as} Dr^{as}. Egléubia Andrade de Oliveira durante a oficina “Uso da Modelização na Avaliação em Saúde”, nos dias 21 a 24 de janeiro do ano de 2020, no Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Federal do Pará, cidade de Belém, com os alunos do Programa da Pós-graduação Saúde, Ambiente e Sociedade e parceria com o MASA – Laboratório de Monitoramento e Avaliação em Saúde, onde grande parte dos alunos eram odontólogos. O modelo lógico elaborado e validado encontra-se a seguir.

Figura 8 – Modelo lógico do PNO no município do Rio de Janeiro

Intervenção:**Pré-natal Odontológico na Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro**☛ **Modelo Lógico-Teórico****9.2 DESCRIÇÃO DO CAMPO: A CLÍNICA DA FAMÍLIA ANTHÍDIO DIAS DA SILVEIRA.**

A unidade de saúde é uma CF tipo A, onde todo o território é coberto pelas ESF e é administrada por OS. Sua localidade é de fácil acesso, situada numa avenida importante do subúrbio carioca, com grande serviço de transporte, tanto o tradicional quanto o alternativo, presença marcante do comércio e é situada no complexo da comunidade do Jacarezinho, região conhecida por ser uma comunidade com índices de extrema pobreza, vulnerabilidade e violência.

Fotografia 1: Entrada da unidade de saúde.



Fonte: <https://www.noticiasominuto.com.br/justica/509456/clinica-da-familia-no-jacarezinho-e-alvejada-por-varios-tiros-no-rio>

A clínica possui 7 eSF, composta de médico, enfermeiro, ACS. Existem técnicos de enfermagem disponíveis para as equipes, sala de coleta de sangue, sala de imunização, serviço de exames de radiologia, ultrassonografia, farmácia, sala para reuniões e um auditório que dispõe de equipamento multimídia (computador e projetor). Além disso, a unidade conta com uma equipe NASF (núcleo de apoio à saúde da família), sendo que esta última não participou da pesquisa por não preencher os critérios de inclusão da mesma. Cada equipe possui seu próprio consultório para realização das consultas, que ficam posicionados de frente para o serviço de Saúde Bucal, sendo que o auditório da unidade fica localizado entre eles.

Fotografia 2: Imagem interna da unidade de saúde



Fonte: <http://otics-rio.blogspot.com/2011/06/inauguracao-de-mais-uma-clinica-da.html>

O acolhimento fica localizado na entrada da unidade. Cada eSF possui um guichê com um computador com acesso às agendas do dia, realizando marcação de consultas, e com o objetivo de acolher os usuários de seus respectivos territórios.

A sala de espera é única para todos os usuários que aguardam a consulta. Possui climatização, porém as portas de vidro da área interna da clínica ficam frequentemente abertas, fazendo com que o ambiente não fique muito resfriado em dias muito quentes. Esta também dispõe de várias cadeiras, porém não em número suficiente para o volume de atendimento de toda a clínica, obrigando algumas pessoas a ficarem em pé.

As consultas são realizadas mediante hora marcada e os profissionais procuram atender pontualmente, porém, no caso do serviço de saúde bucal, em razão de eventuais encaixes e atendimentos emergenciais, as consultas são passíveis de sofrerem algum atraso.

Durante a coleta de dados, a unidade de saúde vivenciava a greve dos profissionais da atenção primária do município do Rio de Janeiro, em razão do atraso salarial. Os funcionários não cessaram o atendimento ao público, porém trabalharam em regime de escala, com 30% do corpo de funcionários por dia. Todavia, as usuárias gestantes continuaram a realizar as consultas normalmente, devido o cuidado pré-natal ser considerado uma das prioridades de atendimento na rede pública de saúde. Além disso, durante este período, o território vivenciou alguns dias de operações policiais, fazendo com que a unidade de saúde permanecesse fechada. As fotografias seguintes mostram o contexto da unidade de saúde avaliada.

Fotografia 3 - Greve dos profissionais da saúde



Fonte:
<https://twitter.com/bandnewsfmrio/status/1205491859054878732>

Fotografia 4: Usuários sentados no chão da unidade de saúde para se protegerem dos tiros



Fonte:
<https://fotografia.folha.uol.com.br/galerias/1586057343142861-tiroteio-no-jacarezinho>

Fotografia 5 - cápsulas de projéteis de arma de fogo, coletadas na área interna da unidade de saúde



Fonte: acervo pessoal

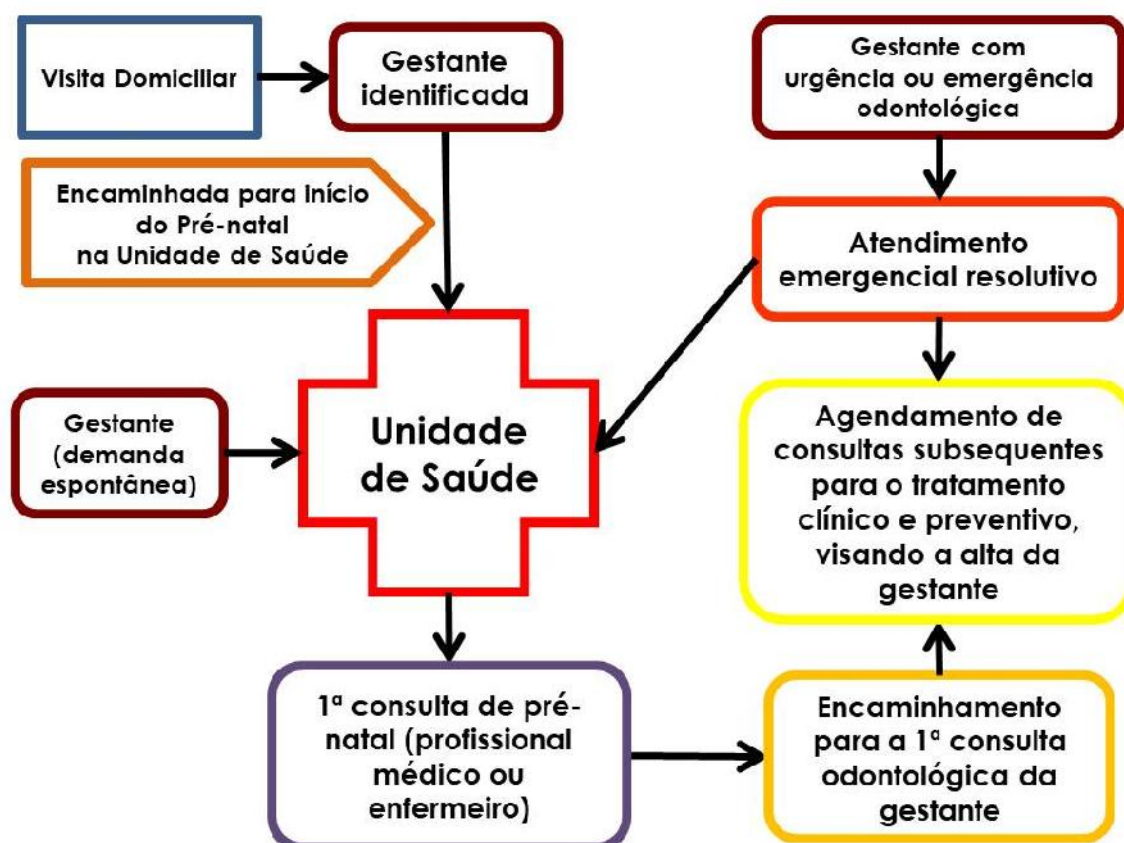
Fotografia 6 - parede de um consultório da eSF atingida por projétil de arma de fogo durante tiroteio



Fonte: <https://extra.globo.com/casos-de-policia/clinica-da-familia-foi-atingida-por-tiros-durante-operacao-policial-no-jacarezinho-22288861.html>

As gestantes acessam o PNO através do encaminhamento realizado pelo profissional enfermeiro ou médico, normalmente feito na 1ª consulta, onde as usuárias grávidas são orientadas a procurar o serviço de saúde bucal ao sair do atendimento do pré-natal. Segundo os odontólogos, caso estejam com horário disponível para fazer a avaliação naquele momento, a 1ª consulta odontológica da gestante é realizada. Caso contrário, ela é agendada pela equipe para uma data mais próxima possível para que o fluxo do encaminhamento não seja perdido e para que a gestante seja acompanhada, orientada e, se necessário, tratada. Durante a consulta inicial, é realizado o diagnóstico e plano de tratamento, que envolve atividades de promoção de saúde, prevenção e procedimentos curativos. Desta forma, a gestante é orientada a retornar para as consultas subsequentes, visando a alta do tratamento. A figura abaixo representa o percurso da gestante na unidade de saúde até chegar no serviço de saúde bucal:

Figura 9 – Percurso da usuária gestante na unidade de saúde para acessar o PNO

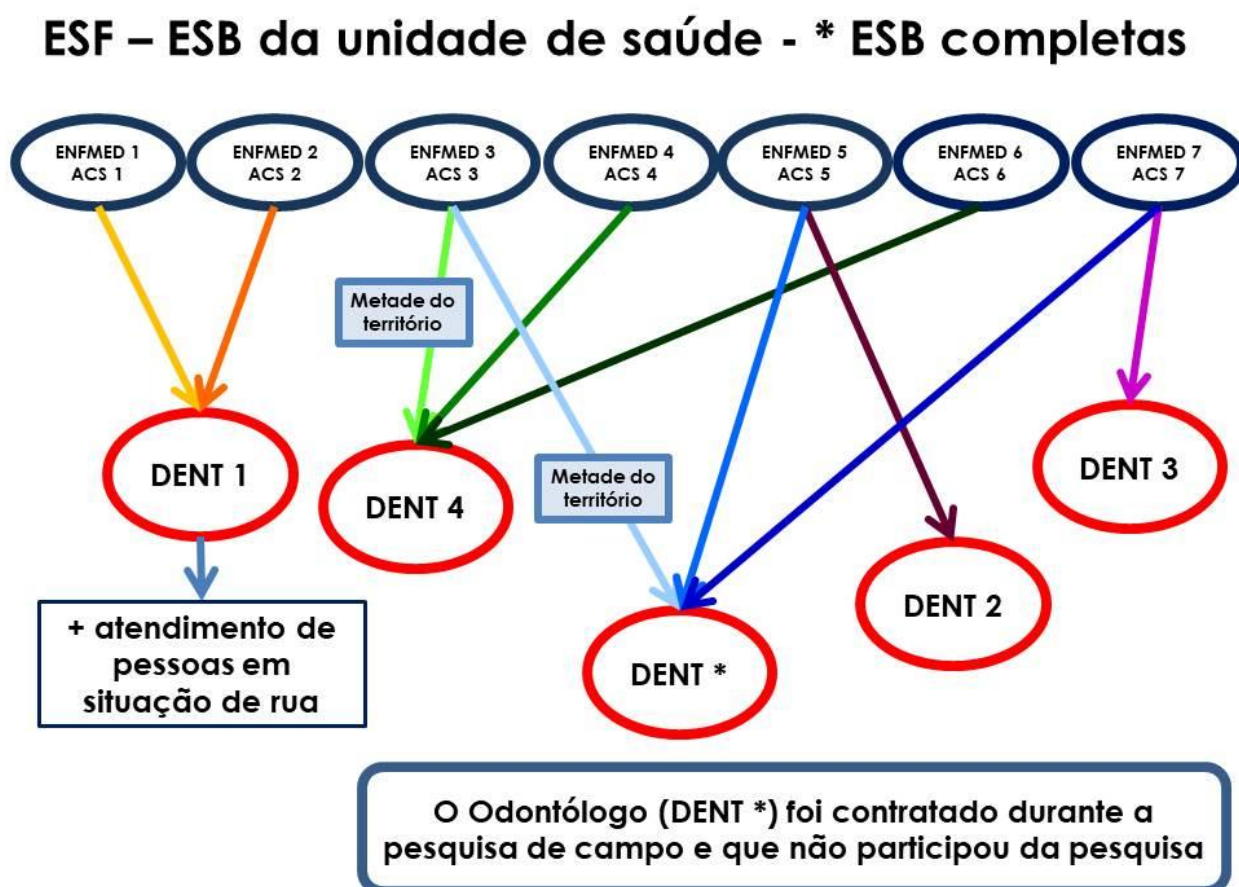


O serviço de saúde bucal possui 3 equipes. Duas equipes são do tipo modalidade I, que é composta de odontólogo e uma ASB (auxiliar de saúde bucal), e uma equipe de modalidade tipo II, formada por um odontólogo, uma profissional TSB (técnico em saúde bucal) e uma ASB.

Embora a TSB seja vinculada somente à uma equipe, na prática, ela atende à clínica toda. Um profissional odontólogo foi contratado durante a pesquisa de campo, porém, devido aos critérios inclusão dos participantes, não pôde participar da pesquisa por não ter mais de 3 meses na unidade de saúde. O serviço ainda conta com dois profissionais odontólogos, residentes da ENSP, e cada um deles está inserido numa eSF da unidade e também colaboram na realização de atendimento clínico.

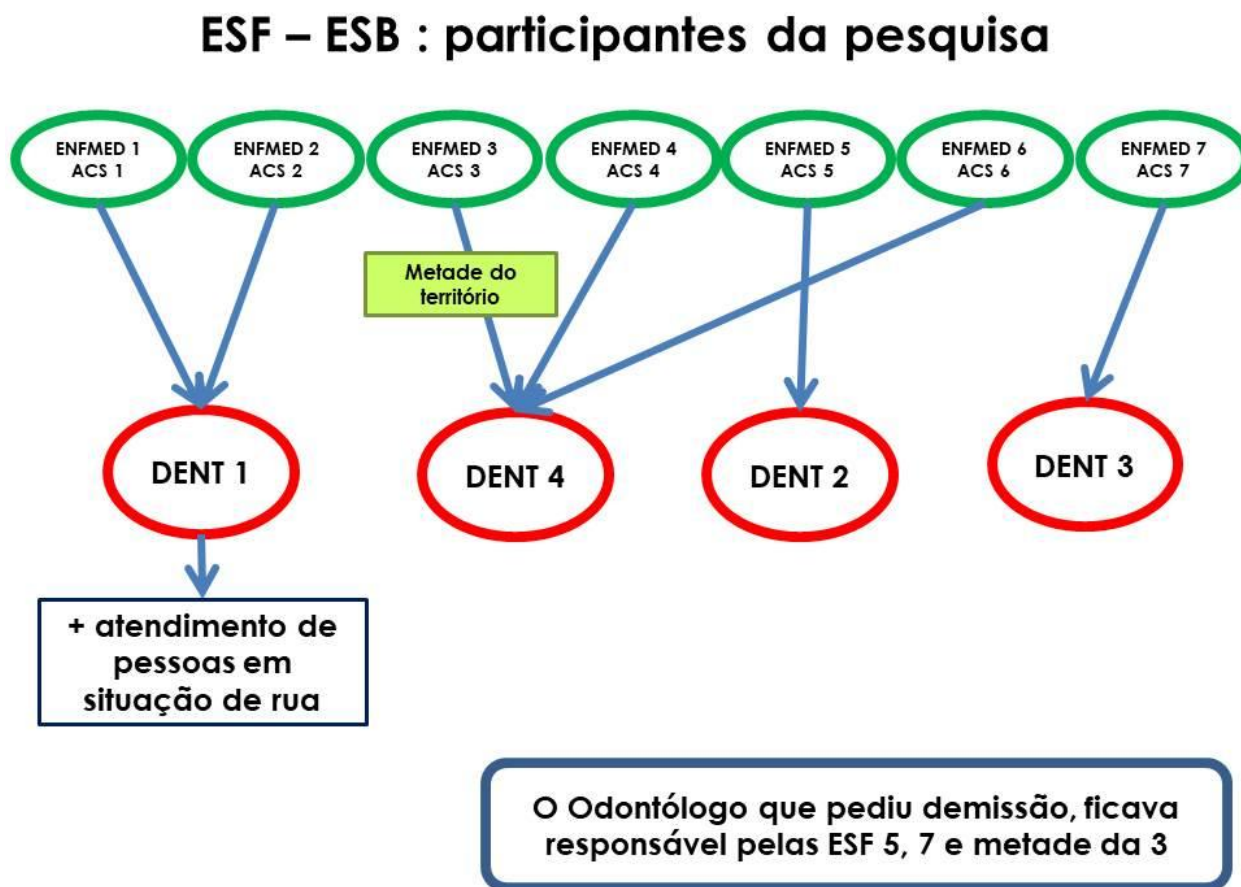
A proporção da eSB para as eSF é de 3:7 e sua distribuição pode ser observada na figura abaixo:

Figura 10 – Distribuição das eSF entre as eSB na unidade de saúde avaliada.



No entanto, para facilitar a compreensão, foi construído um outro organograma, contendo somente os participantes da pesquisa, representado pela figura 11.

Figura 11 – Distribuição das eSF e eSB participantes da pesquisa na unidade de saúde avaliada



O serviço de Saúde Bucal é localizado próximo à recepção e sala de espera da unidade de saúde e fica de frente para os consultórios das equipes de saúde. As eSB realizam o atendimento simultaneamente. O local é constituído de 4 consultórios (cadeira odontológica e equipo), separados entre si por divisórias do tipo *drywall*. Quanto à conservação, 3 desses equipamentos estão em perfeito funcionamento, porém, uma cadeira apresenta um defeito que faz com que ela permaneça com o seu encosto sempre na posição deitada. Não obstante, ela é utilizada pela equipe em razão desta pane não inviabilizar o atendimento. Este equipamento encontra-se desta forma devido à ausência de assistência técnica por quebra de contrato.

O local possui 3 aparelhos de ar condicionado, entretanto um não está funcionando muito bem. Segundo os odontólogos, no último verão, em virtude da posição do sol, e sem refrigeração suficiente, não houve atendimento no turno da tarde por causa da alta temperatura no local. Da mesma forma, não há assistência técnica devido à quebra de contrato com a empresa responsável pela manutenção.

O serviço não possui uma sala de espera própria. As usuárias utilizam a sala de espera comum da unidade de saúde e os odontólogos as chamam no momento da consulta.

A saúde bucal também dispõe de um escovário, localizado do lado externo da sala de atendimento, ao lado da porta de entrada do serviço, constituído por três pias com um espelho grande, sabonete líquido e papel toalha. Contudo não há escovação supervisionada antes da consulta, resultando em não conformidade com as normas descritas que diz que todas as consultas programadas devem ser precedidas de escovação dental supervisionada no escovário.

Em relação aos insumos necessários para realizar o PNO, foi observado que os equipamentos periféricos (fotopolimerizador, ultrassom odontológico, amalgamador) e peças de mão (Turbina de Alta-rotação/Baixa-rotação/micromotor) estão em perfeito funcionamento. A Saúde Bucal dispõe de todos os instrumentais para a realização dos procedimentos preventivos, clínicos e cirúrgicos. Da mesma forma possui os materiais restauradores (resina composta, amálgama de prata e cimento de ionômero de vidro), EPI (equipamento de proteção individual), o anestésico local mais seguro para a gestação, a lidocaína 2% 1:100.000 com epinefrina que é reservado para ser utilizado neste grupo específico, o que revela conformidade com as normas descritas.

No tocante às medicações disponíveis na farmácia da unidade de saúde, verificou-se que o setor possui os medicamentos mais seguros para a prescrição às gestantes, demonstrando conformidade com as normas, contribuindo para a realização da intervenção.

O *kit* de higiene oral (escova/pasta/fio dental), não é ofertado de rotina para todos os grupos, porquanto a clínica não tem recebido quantidade suficiente para todos os usuários, sendo priorizados para os grupos de maior vulnerabilidade como os que recebem o bolsa-família, demonstrando não conformidade. Porém, um dentista adequa esta norma, entregando o *kit* de maneira rotineira para as gestantes na 1ª consulta odontológica.

Os odontólogos realizam as atividades preventivas e curativas na gestante, educação em saúde de forma individual, durante a consulta, bem como o acolhimento mamãe e bebê, fazendo a orientação do cuidado bucal do bebê e também atividades burocráticas (preenchimento de prontuário eletrônico e marcação de consulta). A TSB também realiza procedimentos clínicos preventivos, como raspagem de cálculo, profilaxia e orientação de higiene oral.

Os ASB realizam atividades clínicas, auxiliando na instrumentação do odontólogo, reforçando as orientações de higiene bucal e também no auxílio das marcações de consultas, e no preparo dos instrumentais através da lavagem e esterilização dos mesmos, visita domiciliar junto com o Odontólogo, quando demandado.

9.3 DADOS DO GRUPO DE PARTICIPANTES.

- Profissionais de Saúde – Pré-natalistas (ENFMED), Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Odontólogos (DENT):

Os profissionais ENFMED participantes da pesquisa, do total de 7, 4 são do gênero masculino e 3 do gênero feminino e a média de idade é de 33 anos. O tempo médio de formação é de 6,7 anos, todos possuem pós-graduação em saúde da família ou medicina de família e o tempo médio de atuação na unidade é de 5 anos. Em relação ao vínculo institucional, 4 profissionais são concursados através do vínculo das Consolidações das Leis do Trabalho (CLT) e 3 são contratados, não tendo passado por processo seletivo. Dos 7 ENFMED entrevistados, 6 já haviam decidido pela saúde de família ao terminar o curso de graduação.

Quanto aos profissionais ACS participantes da pesquisa, do total de 7, 6 são do gênero feminino e 1 do gênero masculino. A média de idade é de 41 anos e o tempo médio de atuação na unidade de saúde é de 5,1 anos. Todos possuem vínculo institucional por meio de concurso (CLT).

Os profissionais Odontólogos (DENT) participantes tem a média de idade de 42 anos. Dos 4 participantes, 2 são do gênero feminino e 2 do masculino. O tempo médio de formação é de 12 anos e todos eles possuem pós-graduação em saúde da família, sendo que os residentes ainda estão cursando. O tempo médio de atuação na unidade é de 3 anos. Os 2 servidores possuem vínculo institucional CLT, por meio de concurso, e os 2 profissionais residentes são bolsistas da residência multiprofissional em saúde da família da ENSP – FIOCRUZ.

- Gestores (GESTOR):

Os 3 profissionais gestores participantes possuem média de idade de 41 anos. Dois gestores são do gênero feminino e 1 do masculino. Todos são concursados, sendo que 2 possuem vínculo estatutário e 1 é CLT. O tempo médio de atuação na função de gestão é de 4 anos.

- Usuária gestante (GESTANTE):

As dez gestantes participantes da pesquisa possuem média de idade de 25,7 anos. No tocante ao grau de escolaridade, duas gestantes possuem o ensino fundamental completo, 6 possuem ensino médio incompleto, uma possui o ensino médio completo e uma possui ensino superior completo. Seis gestantes se declararam “do lar”, sendo que somente uma especificou que estava desempregada, e quatro mulheres estão trabalhando. Quanto à renda familiar, todas declararam ganhar de 1-3 salários mínimos. Em relação ao número de filhos, foi perguntado

quantos filhos tinha, contando com a gestação atual. Uma gestante declarou ter 5 e 2 eram primíparas. A média de filhos foi de 2,5.

9.4 O ACESSO AO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NA UNIDADE DE SAÚDE

Apresentaremos os achados a partir das perguntas avaliativas e suas respectivas subdimensões de análise do acesso ao PNO, a saber conformidade, acomodação e aceitabilidade.

Os odontólogos conhecem as normas descritas nas políticas e diretrizes sobre o PNO?

Durante a validação do modelo lógico, os odontólogos disseram conhecer a política nacional de saúde bucal, o programa municipal, a nota técnica sobre acesso à saúde bucal, dentre outros documentos, com exceção do profissional que optou por não participar desta reunião. Porém, individualmente, foi-lhes perguntado sobre o que conhecem sobre a relação da gestação com a saúde bucal e vice-versa. Um profissional citou que o aumento do hábito da ingestão de alimentos açucarados associado ao enjoo, dificultando a higiene oral pode aumentar a incidência de cárie. A gengivite foi citada por 3 profissionais e a doença periodontal e granuloma piogênico, mencionado por dois odontólogos. Ao contrário dos profissionais pré-natalistas, nenhum odontólogo relatou conhecer a relação de processos infecciosos com desfechos gestacionais desfavoráveis, demonstrando em parte, falta de conhecimento de informações contidas em alguns destes documentos oficiais, revelando falta de conformidade.

Da mesma forma, durante este mesmo momento, estes profissionais acordavam que o PNO envolve a tríade prevenção, cura e educação em saúde voltada para a própria mãe e para o bebê. Em contrapartida, no momento da entrevista, um profissional relatou nunca ter ouvido a expressão "Pré-natal Odontológico".

Os profissionais dentistas afirmaram que realizam os procedimentos comuns da Atenção Básica, tais como: profilaxia, restaurações, acesso endodôntico, atividade educativa de nível individual com a finalidade de educação em saúde, e, visando o cuidado do bebê, participam do acolhimento mamãe-bebê, no momento em que a puérpera retorna à unidade de saúde com o recém-nascido, com até 5 dias de vida. Nesse caso é feita uma consulta com o objetivo de orientar à mãe quanto à alimentação e higiene oral do recém-nascido, demonstrando conformidade com as normas e aceitabilidade da intervenção como um todo, entendendo que a intervenção traz benefícios para a mulher e seu bebê. Todavia, a eSB não realiza com as gestantes a educação em saúde no formato de grupo e visitas domiciliares. A educação em saúde é realizada individualmente, durante as consultas individuais e as visitas domiciliares são feitas pelos

profissionais ACS, caracterizando uma acomodação da equipe frente às dificuldades enfrentadas no processo de trabalho.

Os demais profissionais (equipes de saúde da família e gestores) conhecem as normas descritas nas políticas e diretrizes sobre o PNO?

Nas entrevistas, todos os ACS afirmaram que assim que uma possível gestante é identificada na sua micro-área, ela é orientada a comparecer na unidade de saúde para realizar o TIG. Alguns ACS já marcam a primeira consulta para a usuária, outros ofertam o serviço de pré-natal e somente orientam a ida da usuária à clínica, constatando-se conformidade com as normas.

É um fluxo tranquilo, sem dificuldade. Assim que descobre a gravidez, elas já fazem a primeira consulta e saem daqui com o cartão de pré-natal, já faz os testes rápidos, já saem daqui com os pedidos dos outros exames... – ACS 2.

A fala deste profissional é legitimada através das respostas das gestantes. As dez usuárias participantes disseram que procuraram a unidade de saúde ao constatarem ou suspeitarem da gravidez e que não encontraram dificuldades em iniciar o pré-natal, relatando que o acesso ao serviço foi fácil e rápido. Somente uma usuária mencionou ter esperado 15 dias para realizar a primeira consulta.

Todos profissionais ENFMED relataram a mesma rotina da primeira consulta do pré-natal: a usuária, ao chegar na unidade para a consulta, realiza o TIG (teste imunológico de gravidez), e caso o resultado seja positivo, o pré-natal é iniciado nesta mesma consulta. Trata-se de uma consulta extensa, com muitas orientações à gestante. Faz-se o preenchimento do cartão da gestante, realiza-se os testes rápidos, solicita-se exames de rotina e também o encaminhamento para a avaliação odontológica.

Essa 1ª consulta é uma consulta demorada que vai durar aí, no mínimo 40 minutos porque tem que fazer os testes rápidos, as orientações de início de pré-natal, colher a história obstétrica, se tiver, preencher cartão, né, conversar sobre referência de maternidade, conversar sobre esse momento, entender o que é essa gestação pra essa mulher e fazer as orientações iniciais. – ENFMED 7.

Todavia, foi observado durante as entrevistas que não há um padrão para este encaminhamento, pois 3 profissionais o fazem por escrito e 4, verbalmente.

Nota-se, de um modo geral, que a efetuação do encaminhamento é algo bem consolidado entre as eSF, demonstrando conformidade com as normas propostas. No entanto, estes profissionais muitas vezes observam que a gestante, ao retornar para a segunda consulta do

PN(pré-natal), não passam pela avaliação odontológica, alegando que muitas faltam no dia marcado, outras nem comparecem ao serviço de saúde bucal para agendar a avaliação e outras porque simplesmente esquecem.

A gente sempre encaminha, mas nem sempre ela vai no dentista. Às vezes você orienta o paciente no consultório e quando ele sai do consultório, ele abstrai tudo... Aí, algumas vezes, a gente pega o paciente pela mão, igual criança e apresenta ao dentista: 'Essa aqui é a gestante tal...' Abre até a porta do consultório da odontologia. - ENFMED 4.

Outro motivo observado pelos profissionais da eSF para a gestante não realizar a avaliação odontológica é pelo fato de muitas acharem que não há necessidade de serem submetidas a tratamento ou por não apresentarem nenhum sintoma doloroso. Nesta situação, a orientação do profissional da eSF é muito importante para ajudar a reforçar a importância da gestante em fazer o PNO. Foi percebido também o contexto de uma possível gestação indesejada, o que pode fazer com que a usuária cogite em interrompê-la.

Se ela volta pra consulta e não tem ainda a consulta com o dentista, a gente vai pensando em estratégias de como fazer pra essa gestante chegar até lá. Tem gestantes que falam que nem sabiam que precisava... aí a gente explica os motivos, a importância dessa avaliação... Às vezes a gente mesmo vai até lá na odontologia, apresenta a gestante pro dentista, porque às vezes, se eu falar só aqui: 'Passa lá na odonto', ela acaba indo embora. É tem gente que acha que a odonto é só em caso de dor, né, não entende as questões de tá fazendo limpeza, se tá avaliando se tem cárie, mesmo sem tá num momento de ter dor, né... mas a gente tá sempre tentando abordar isso, dessa importância de remarcar ou mesmo de pegar a paciente e levar até à odonto pra gente já tentar aquela consulta naquele momento. – ENFMED 5.

Quando a gente acolhe uma gestante, a gente tem como ver se ela quis essa gravidez, se ela não quis, se existe alguma possibilidade, no meio do caminho de ela tentar um aborto... então a gente faz mais ou menos essa análise pra poder passar pros profissionais de nível superior. – ACS 1.

Foi observado que somente um profissional de saúde orienta à usuária que providencie uma pasta para guardar toda a documentação que ela utilizará durante o período do PN, facilitando a organização da gestante em relação às orientações recebidas, bem como conscientizando-a da pertinência das informações recebidas naquele momento.

Ela já sai da nossa sala, coitada, cheia de papel: um encaminhamento pra odonto, um encaminhamento pra vacina, os pedidos de exame, os pedidos de ultrassom, a medicação que tem que fazer...então assim... já falo com elas: 'Ó! Essa 1ª consulta é muito chata porque é muito falar, muita orientação, muito papel... mas precisa! Eu preciso que você arrume uma pasta pra guardar isso tudo, porque tudo que você tá tendo aí é importante.' – ENFMED 6.

Durante as entrevistas, todos ENFMED e ACS afirmaram que este encaminhamento é realizado na primeira consulta do PN, como descrito nos documentos, revelando conhecimento das normas e diretrizes, bem como sua prática (conformidade).

Todavia, das 10 gestantes participantes, 5 afirmaram que não foram encaminhadas para avaliação odontológica. Deste grupo que não tinha encaminhamento, é importante ressaltar que uma gestante, que no momento da entrevista estava com a idade gestacional de 36 semanas, afirmou ter iniciado precocemente seu PN na unidade, há cerca de 8 meses, realizando o PN mensalmente, observando a existência de respostas divergentes entre os profissionais das eSF e as gestantes a respeito deste procedimento para a saúde bucal.

Ao serem questionados sobre qual profissional tem a responsabilidade de encaminhar a gestante para o serviço de saúde bucal, seis ACS apontaram os profissionais ENFMED. Somente o ACS 7 entende que a responsabilidade é de todos e cita uma situação, quando estava no acolhimento, em que percebeu que uma gestante não havia sido encaminhada para a avaliação odontológica:

A responsabilidade é de todos, principalmente de nós, os agentes. E já teve um caso que um ou outro profissional esqueceu de encaminhar. Eu estava no acolhimento nesse dia, aí a gestante veio e perguntei se ela passou no dentista, e ela falou: 'Não! E precisa?' Aí eu falei: 'Sim! Você recebeu um papelzinho com um encaminhamento, o profissional te deu esse encaminhamento?', aí ela: 'Não!' Aí eu falei: 'Ele deve ter esquecido!'. – ACS 7.

O ACS 7 também relata que às vezes o encaminhamento “se perde” com a gestante: “Às vezes a gestante esquece o papel dentro da bolsa e não passa na consulta. Aí a gente reforça de novo.” A fala da gestante: “E precisa (passar no dentista)?” Pode significar baixa percepção da necessidade de tratamento, em função da ausência de dor.

As eSF relataram a existência de uma planilha de gestantes que contém os dados pessoais, endereço, telefone, resultados de exames. Um profissional odontólogo, na época da entrevista, percebendo a dificuldade em acompanhar se a usuária compareceu à consulta de avaliação odontológica, inseriu na planilha da equipe de sua responsabilidade, o campo “acompanhamento odontológico”, o que facilitou a supervisão em relação ao fluxo da mulher em relação à assistência. No entanto, as outras equipes não procedem desta forma.

Do ponto de vista dos gestores entrevistados, o PNO é visto por todos eles como uma intervenção muito importante do ponto de vista do cuidado a ser passado para o bebê que vai nascer, do exemplo que a mãe pode ser para a criança. Na maioria das vezes, a gestante está mais

aberta à escuta e mais atenta, demonstrando um maior interesse em aprender sobre o cuidado do bebê e também uma oportunidade da mulher, enquanto gestante, de realizar o tratamento odontológico, pois ela passa a fazer parte de um grupo prioritário de acesso aos serviços de saúde.

Quais são as percepções e práticas dos odontólogos sobre o PNO?

Os profissionais também falaram sobre suas percepções e práticas sobre esta intervenção. Todos eles reconhecem sua autonomia profissional e nenhum deles solicita autorização do médico para realizar o PNO.

Para alguns procedimentos foram observadas algumas divergências entre eles, relativo ao cuidado. Eles foram questionados se havia alguma contraindicação em tratar a gestante. Três odontólogos afirmaram que não há, podendo realizar qualquer procedimento clínico/cirúrgico necessário, desde que se atente para os cuidados de cada trimestre gestacional.

Nenhuma contraindicação, dependendo da gravidez dela! É fazer o trivial! Não trato a gestante de maneira diferente. Não tenho nenhuma temeridade. Trato como se fosse um paciente “normal”. Claro, com certas especificidades, como o anestésico, por exemplo. O que tiver que ser feito a gente vai fazer. Cirurgia... o que for preciso. – DENT 1.

Pode tratar TUDO! De preferência no 2º trimestre porque a gravidez está mais estável e porque é mais confortável pra gestante, né? Porque no 3º trimestre ela já está com um barrigão, não consegue ficar muito tempo deitada, se sente mal, enfim... pode tratar absolutamente tudo. Geralmente eu começo no 1º trimestre. Não tenho problema. Mas às vezes eu evito, no 1º trimestre, porque a gente vê que o medo da gestante é um cotidiano que a gente enfrenta no serviço, eu evito intervenções um pouco mais invasivas, assim, cirúrgicas em geral, né? – DENT 2.

Quanto à contraindicação para tratamento odontológico na gestação, o DENT 1 menciona uma situação que vivenciou no dia da entrevista:

Hoje mesmo eu atendi uma gestante que me disse que a dentista dela do plano (de saúde) ia esperar a médica do plano liberar ela para o tratamento. Ela me disse que a dentista falou pra ela que precisava esperar a médica liberar... Infelizmente isso acontece muito! Muitos dentistas tem medo. Mas... é falta de conhecimento, gente! É falta de conhecimento! DENT 1.

Em relação ao procedimento de exodontia (extração dentária), um profissional (DENT 1) disse fazer em qualquer período, outro (DENT 2) afirmou evitar nos 3 primeiros meses, e o terceiro (DENT 3) prioriza a execução no 2º trimestre. Já o DENT 4 alegou só realizar este procedimento no 2º trimestre.

Eu sou o cara que gosta de resolver! Se eu puder, eu resolvo! A gestante, a única coisa que ela está, é gestante! Se chegar uma gestante com 8 meses e meio com um abscesso,

de cara inchada, eu tiro o dente dela sem problema nenhum. Sem problema nenhum. – DENT 1

Ao serem indagados sobre procedimentos emergenciais, três 3 reiteraram fazer em qualquer época gestacional.

Eu atendo, né? Porque na verdade pra ela é mais perigoso ela ficar com aquele foco infeccioso e com a dor. Ela vai produzir adrenalina, né? Então eu atendo! O que eu tenho mais receio em geral é a cirurgia porque as pessoas tem mais receio. É um pouco mais agressivo, né? É chatinho. – DENT 2.

Caso houvesse necessidade em realizar uma exodontia emergencial, um odontólogo alegou que no 1o trimestre gestacional não realiza o procedimento em função do período de formação do bebê. No último trimestre afirmou também não fazer tal procedimento, sendo que o motivo alegado foi: "Eu aprendi assim na faculdade. Eu sigo rigorosamente". – DENT 4

Quanto à solicitação de radiografia, 3 odontólogos afirmaram que requisitam este exame quando necessário, pois ele é feito de maneira segura, enquanto que um profissional, além de não solicitar este exame “de forma alguma”, orienta a usuária a aguardar o nascimento do bebê para realizar o mesmo.

De forma alguma! De maneira alguma! “Olha! Tenha o bebê e depois a gente vai fazer essa radiografia aí! Por favor! Não vai fazer por sua conta lá fora.” Ainda falo isso! Essa é minha conduta. Até que me provem o contrário. – DENT 4.

Em relação à solicitação de radiografias e exodontias emergenciais fora do 2º trimestre gestacional, este mesmo profissional revelou não aceitabilidade destes procedimentos, bem como não conformidade com as normas.

Todos os odontólogos reconhecem a lidocaína a 2%, 1:100.000 com epinefrina como o anestésico mais seguro para o uso em gestante, que é o disponibilizado na unidade, onde a equipe reserva este fármaco para ser utilizado nestas usuárias caso seja necessário. Este medicamento faz parte da grade padrão de compras da secretaria municipal de saúde, que foi construída mediante consulta prévia à Coordenação de Saúde Bucal (CSB), fato confirmado pelos 3 gestores participantes da pesquisa, revelando conformidade com as normas.

A gente guarda (a lidocaína). É o que a gente menos usa. Se a gestante precisar, a gente usa ele. É o que menos tem. É o mais caro, né? Nos outros pacientes, geralmente a gente usa a mepivacaína. – DENT 3.

Os profissionais também falaram sobre como é realizada a identificação de gestantes no território e busca ativa de usuárias faltosas, feita através da visita domiciliar (VD). Normalmente ela é feita em conjunto com o ACS, por este ser o profissional que mora no território e conseqüentemente, melhor conhecedor da área. Contudo, a greve dos funcionários e a violência constante do local inviabilizaram sua realização de maneira sistemática e constante com a presença da eSB. Por conta desta situação, as VD estão sendo priorizadas para pacientes acamados, de saúde mental, que não tem condições de se deslocar até à unidade de saúde. Portanto, no momento desta pesquisa, esta atividade não estava sendo realizada pelos odontólogos com a finalidade de identificação de gestantes e busca ativa das gestantes faltosas, conforme descritos nas normas (Não conformidade). Esta captação e resgate destas usuárias acabam sendo feitos somente pelos profissionais ACS, que moram no território e que realizam sistematicamente esta atividade. A eSB, ao detectar que alguma gestante faltou à consulta, sinaliza ao profissional ACS para que este realize a busca ativa e resgate novamente a grávida para a realização do tratamento (acomodação). Entretanto, os ACS e odontólogos percebem que as grávidas quase não faltam às consultas depois que iniciam o PNO.

Acho que é uma das coisas que mais funciona aqui. Tem uma boa assiduidade das pacientes. – DENT 3.

É muito raro isso acontecer, delas não virem pra consulta de odontologia. Tem uma adesão grande. Mas se tiver falta, na reunião, a eSB vai passar pra gente. – ACS 3.

A unidade de saúde e o serviço de saúde bucal não realizam atividades em grupo de educação em saúde voltado para as usuárias gestantes conforme descrito nas normas (não conformidade) e a eSB não oferta nenhum material educativo impresso, mesmo quando da realização de atividade educativa feita individualmente, pois não dispõe do mesmo. Este achado complementa a percepção do GESTOR da AP 3.2, que percebe ainda a prevalência do modelo tecnicista sobre o modelo da ESF:

A gente observa que não existe mais uma condução voltada específica pra esse grupo gestante. Os profissionais estão praticamente voltados pro atendimento na cadeira, né... Acho que por conta da própria política, das próprias induções que tem acontecido, houve esse distanciamento,... Então isso não fica muito claro... isso era um padrão de todas as unidades, de ter um grupo de gestante... do dentista fazer parte desse grupo. Em algumas unidades, a gente tem o profissional que faz esse trabalho e em outras, não. – GESTOR 2.

Um odontólogo relatou que o grupo de gestante já existiu no passado, porém, a rotatividade profissional torna difícil a sua realização. Ele também cita a falta de uma orientação da gestão para a realização desta atividade:

A gente carece de um suporte. Eu não sou bom nessa parte acadêmica. A gente não tem um auxílio, um apoio... eu acho que nessa área de grupo, tinha que ter uma norma técnica, um protocolo pra fazer, um material comum a todos. E isso não tem! Você não tem, nesse lado educativo, um apoio onde você tenha uma coisa comum ao Rio de Janeiro, padronizado. – DENT 1.

Outro profissional também falou sobre o grupo que deixou de ser realizado, e que era realizado de modo multiprofissional, mas que devido à sobrecarga no atendimento e déficit de recursos humanos, esta atividade foi descontinuada.

A gente já fez grupo, mas atualmente tá tão difícil aqui devido ao déficit de profissional. A gente juntava com algum colega (outro profissional de saúde) que estivesse fazendo o grupo e participava, dando uma orientação. (caráter multidisciplinar). Atualmente, fazer qualquer grupo tá complicado. Muito mal a gente tá dando conta dos pacientes em cadeira, né? E aí a gente fica triste, né? Porque eu tenho a formação de educador também. A minha formação acadêmica é assim. Não sou tecnicista! - DENT 4.

Semelhantemente, outro participante confirmou o excesso de atendimento clínico do setor e questiona a desproporção das eSB em relação às eSF: “A gente é atropelado pelo fluxo! Eu entendo que deveria ter um dentista para cada eSF. Um dentista para 2 equipes e meia é muita coisa!” – DENT 3.

Os profissionais odontólogos não relatam dificuldades em realizar o PNO. Segundo o DENT 2, se a gestante chega ao serviço de saúde bucal, ela tem o acesso garantido. Porém, expressa a necessidade de melhorar o fluxo da chegada da gestante ao serviço de saúde bucal, pois muitas mulheres grávidas ainda não compreendem que o acompanhamento odontológico é uma parte importante do PN, achando que o serviço odontológico é para ser utilizado somente em urgências e emergências. Este mesmo profissional sugere que isso pode ser trabalhado com gestantes através do matriciamento das eSF, que é a troca de conhecimentos e capacitação entre os profissionais, durante as reuniões semanais de equipe. “Muitas vêm em todas as consultas do PN, lindas, maravilhosas, mais de 6, 8, consultas, todo mês, mas não vem na odonto” - DENT 2. Outro profissional odontólogo também observa o problema

Da mesma forma, a gestão local da clínica e outro profissional odontólogo percebem esta dificuldade neste fluxo da gestante chegar para a 1ª avaliação odontológica.

Por mais que na 1ª consulta ela seja encaminhada diretamente pra odontologia, quando ela sai da porta do consultório, entre ela chegar na porta da odontologia, ela se perde! A gente já pensou em ter que colocar um ACS pra levar ela pela mão, a gente já pensou do profissional sair do consultório e botar ela sentada na cadeira do dentista... a gente já pensou em várias coisas, mas com a quantidade de atendimentos que a gente faz, a quantidade de gestantes que a gente tem, hoje ainda não é uma realidade nossa, de conseguir fazer isso. – GESTOR 3.

O grande problema é que eles (ENFMED) falam pra gestante “Vc tem que ir lá!”. Eu tô lá na Odonto. Se ela não passar lá pra marcar, isso foi perdido. – DENT 3.

Um obstáculo aventado por este mesmo profissional em relação ao PNO é quanto à organização do processo de trabalho. “Cada um trabalha de uma forma. Não tem um protocolo que dá pra ser seguido...” (DENT 3)

Procurando compreender um pouco sobre o processo de formação, os odontólogos também foram questionados se durante o curso de graduação havia alguma disciplina ou clínica que abordasse o PNO. Dos 4 profissionais, somente o DENT 3 afirmou que seu curso de graduação disponibilizava uma matéria optativa, mas que não havia cursado a mesma. Os outros três odontólogos afirmaram que não tiveram qualquer disciplina ou clínica direcionada para o cuidado odontológico na gestação, e que o pouco conhecimento obtido foi ministrado de forma superficial, através de informações "diluídas" em algumas disciplinas, geralmente relacionadas à farmacologia e odontopediatria.

Em relação ao apoio institucional da gestão em relação à educação permanente, todos os odontólogos afirmaram que nunca houve oferta de cursos de capacitação para o PNO, sendo que, somente dois odontólogos realizaram um curso com este tema, de forma virtual, elaborado pela UNA-SUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde), por iniciativa própria.

Quais são as percepções dos demais profissionais de saúde sobre o PNO e suas práticas em relação à usuária gestante?

Perguntou-se aos profissionais pré-natalistas sobre as implicações da saúde bucal com a gestação e vice-versa. Um profissional relatou desconhecer esta relação. No entanto, alguns agravos foram citados pelos outros participantes, como: aumento de cárie e de doenças gengivais. Quatro deles relacionaram focos infecciosos com desfechos gestacionais desfavoráveis como complicações, aborto ou parto prematuro. Da mesma forma, os ACS também falaram do que conhecem sobre a relação da saúde bucal com a gravidez e da compreensão sobre o PNO. Foram citados que a boca faz parte do corpo, que a saúde bucal da gestante fica mais vulnerável, que uma infecção na boca pode fazer mal para o bebê e que os hormônios podem alterar a saúde bucal. Apesar disso, neste grupo algumas respostas foram permeadas de mitos, como por exemplo, do

dente da gestante estragar porque o bebê “suga” o cálcio durante a gestação. Dois ACS não souberam dizer sobre esta relação.

Ao serem perguntados sobre o que compreendem ser o PNO, os profissionais da eSF (ENFMED e ACS), em sua maioria demonstraram desconhecer as atividades e procedimentos realizados, bem como o que a gestação pode influenciar na saúde bucal. Isto denota em relação aos profissionais pré-natalistas uma falta de conformidade com as normas. Dos profissionais ENFMED, quatro não sabiam dizer que ações compõem o PNO. O ENFMED 3 entende que o PNO tem característica preventiva e também um momento oportuno para o tratamento pela dificuldade da mulher em acessar o serviço de saúde bucal não estando gestante. O ENFMED 5 relatou ter aprendido na residência sobre o assunto e compreende a importância do acompanhamento da saúde bucal e a realização de tratamentos quando se fazem necessários. Já o profissional ENFMED 1, apesar de ter lido o manual, não sabia informar. Assim ele se expressou: “No manual eles recomendam a avaliação de saúde bucal, mas eu não me lembro o porquê, se é alguma coisa bem direta entre saúde bucal e gravidez.” (ENFMED 1)

Quanto aos ACS, dois deles não souberam dizer do que se tratava. Dois disseram que envolve o tratamento curativo, preventivo e educação em saúde. Um ACS entende como tratamento e prevenção e para outro profissional envolve somente educação em saúde.

A abordagem mais completa da intervenção, de todos os profissionais participantes desta pesquisa, incluindo os odontólogos, foi a resposta do ACS 1, que se resume em: tratamento curativo, tratamento preventivo e educação em saúde, visando formar agentes multiplicadores de saúde (mãe-bebê e seu núcleo familiar), percebendo a estratégia desta intervenção, tal como relatado a seguir:

Bem, eu sei que o dentista vai fazer a avaliação do caso dela. Se tiver tratamento pra ser realizado durante a gestação, ele vai fazer esse tratamento e vai ensinar as condutas de higiene bucal pra essa gestante saiba como lidar com isso durante a gravidez dela. E qualquer desconforto ou dor que ela venha a sentir durante a gravidez, ela pode entrar em contato, que ele é uma das pessoas desse campo, pra tirar todas as dúvidas dela. A Odonto... um dos trabalhos que ela faz é educar. E quando você educa, você está prevenindo pro futuro, e não é diferente com as gestantes, até porque essa gestante, futuramente, ela vai ter que fazer essa prevenção com ela tá gerando.... A partir do momento que ela vai pra cadeira desse profissional, ele vai avaliar e cuidar dela... e vai ensinar à ela. Então, aquilo que ele ensina, ela vai passar pra quem ela tá carregando no ventre e provavelmente essa criança já não vai ter esses problemas que essa mãe tinha. Então... é uma cadeia de multiplicadores. Você pega a gestante, você ensina, aí ela se torna mãe, ela ensina pro filho, muita das vezes ela ensina pro marido... e é isso! Acabam se tornando multiplicadores! – ACS 1.

Observou-se também que o modelo medicalocêntrico ainda resiste. Isto porque é frequente o profissional médico prescrever um medicamento à gestante que se queixa de dor de dente durante a consulta de pré-natal, ao invés de orientá-la a comparecer no serviço de saúde bucal para que seu problema seja solucionado, ou para autorização do tratamento odontológico, como pode ser visto no relato da GEST 4 e da GEST 5:

Eu já tava com o dente doendo 2 dias, aí, no dia do pré-natal, eu falei com a médica e aí ela falou: 'Eu vou passar medicamento. Ou a dipirona ou paracetamol pra você tomar. Caso não resolver, você volta pra mim, que eu encaminho você pro dentista – GEST 4.

Geralmente quando trata durante a gestação, a gente tem que ter um pouco de cuidado, porque a gente não tá falando só da gente. Também do bebê. Qualquer coisa pode prejudicar, né? Por isso que a gente tem sempre que pedir orientação médica, né? Tudo que eu faço, eu pergunto à médica se pode, se não pode... A médica me disse que depois que eu passasse pela avaliação com o dentista, se precisasse fazer alguma coisa, ela tinha que liberar pra ver o tempo certinho da gravidez, pra eu não correr o risco pro bebê e nem pra mim, né? - GEST 5.

Nota-se que os profissionais entendem que a intervenção é importante, embora muitos não saibam do que se trata a rotina do PNO, bem como sua estratégia dentro da saúde pública.

Assim como os profissionais odontólogos, todos os profissionais ENFMED e ACS afirmaram que durante todo o período trabalhado na unidade de saúde, a gestão, em nenhum momento, ofertou qualquer capacitação relacionada ao cuidado odontológico na gestação. Torna-se relevante dizer que nenhum dos profissionais pré-natalistas teve qualquer disciplina no processo de formação (enfermagem ou medicina) que abordasse o cuidado odontológico na gestação.

Nunca tinha ouvido falar! Eu só soube que a gestante precisava ser avaliada pelo dentista, aqui, quando comecei a fazer o PN, lendo o manual! ENFMED 1.

Não. Nunca... Não... Nenhuma! E olha que a minha pós-graduação, o tema também foi pré-natal. E não tive... ENFMED 6.

Conforme já relatado anteriormente, os profissionais afirmaram que a gestão nunca realizou capacitação profissional com a temática do PNO. No entanto, as entrevistas também abordaram o relacionamento entre os integrantes das eSF e os odontólogos, buscando entender se existe diálogo, troca de saberes (matriciamento) sobre o cuidado pré-natal entre estes profissionais durante as reuniões de equipe realizadas semanalmente na unidade de saúde. Dos 7 profissionais pré-natalistas participantes, 6 relataram que o odontólogo participa das reuniões de equipe, porém um mencionou que não.

Então... o dentista da minha equipe é maravilhoso! Ele tem uma relação boa com os pacientes, mas... ele não participa das reuniões de equipe. E eu acho que reunião de equipe que é o momento de troca disso, né?... ENFMED 1.

No entanto, o ENFMED 2, cuja equipe também está sob responsabilidade deste mesmo odontólogo, afirmou que este profissional participa das reuniões.

Dos 6 profissionais que afirmaram a participação dos odontólogos nas reuniões semanais de equipe, um especificou que ele não se faz presente todas as semanas, e três deles mencionaram que as conversas sobre o cuidado pré-natal são feitas de maneira pontual, de forma a discutir fluxo, alguma demanda aguda ou algum caso mais grave. Da mesma forma, os ACS relataram que o diálogo sobre o PNO se faz entre os profissionais, mas para informar a existência de gestantes que iniciaram o PN, apontar as usuárias faltosas para a realização da busca ativa. A educação permanente via matriciamento, conforme descrito nas normas e diretrizes, é inexistente nas reuniões de equipe da unidade de saúde estudada.

O fato dos odontólogos não conseguirem estar presentes semanalmente nas reuniões de equipe explica-se pelo fato de terem mais de uma equipe sob seu cuidado. É importante ressaltar que os odontólogos DENT2 e DENT3 conseguem participar de todas reuniões de equipe, pois são residentes e estão inseridos somente em uma eSF cada um. Estas duas eSF estavam sob o cuidado do odontólogo que pediu demissão antes do início da pesquisa, não possuindo um dentista servidor para o cuidado. Todavia, os odontólogos residentes também colaboram com o cuidado clínico dos usuários de seus respectivos territórios.

Eu participo de todas. Os dentistas não. Mas eu participo de todas. Até porque eles na verdade acompanham mais de 2 ESF e as reuniões são toda semana. Então não dá pra eles estarem toda semana na mesma reunião. Eles conseguem acompanhar um pouco menos essa atividade, mas é pela própria conformação... se um dentista acompanha 3 ESF, como ele vai estar nas 3 reuniões ao mesmo tempo? Não tem como! - DENT 2.

Eu não consigo participar com frequência das reuniões de equipe. Eu atendo 2 equipes e meia! Fica difícil, né? Mas eu comento alguma situação quando eu preciso. Mas quando eu participo de uma ou de outra, eu vou e enfatizo essa questão de mandar direto pra mim e tudo. Sempre atento, né? - DENT 4.

Todos os profissionais odontólogos afirmaram que dialogam com os outros profissionais sobre o cuidado pré-natal nas reuniões de equipe. Contudo, da mesma forma relatada pelos profissionais da eSF, evidenciou-se que essas conversas não objetivam o matriciamento, trocar conhecimento entre eles, visando a educação permanente. Elas surgem através de alguma

demanda específica ou para discutir o fluxo de atendimento da gestante para o serviço de saúde bucal.

Este estudo também identificou que profissionais pré-natalistas tiveram oportunidade de aprender algo sobre a intervenção através de conversas pontuais com odontólogos da unidade de saúde, mesmo que de forma incipiente. O ENFMED 6 desconhecia que era permitido à gestante realizar o tratamento odontológico. Somente após conversar com um odontólogo da unidade sobre uma usuária grávida que apresentava uma condição de saúde bucal bem crítica, ele aprendeu que o cuidado odontológico era possível, bem como o uso de anestesia.

Eu achava que a gestante não podia tomar anestesia, essas coisas... e eu descobri que podia! Descobri com os dentistas daqui, porque eu falei: 'Gente! Mas ela tá terrível, mas como é que vai fazer o tratamento se ela tá grávida?', aí ele (dentista): 'Ué? Vai fazer!', aí eu falei: 'Mas como?' Eu achava que não dava...e dá pra fazer. Claro que tem os critérios, mas dá pra fazer. - ENFMED 6.

O ENFMED 3 relatou que um momento de conversa com um antigo odontólogo da unidade, possibilitou que ele aprendesse a relação da doença periodontal na gestante com o risco de parto prematuro.

Eu andei lendo... a gente sabe que algumas doenças periodontais podem acometer mais as gestantes,... Eu me lembro que um dentista daqui falava isso, é... de que algumas doenças da gengiva podem causar aumento de chance de parto prematuro, essas coisas assim... tem estudo e tudo... E também tem algumas coisas do Ministério da Saúde que fala a respeito disso. - ENFMED 3.

Como o PNO é apreciado pelos gestores?

Considerando as diretrizes do Brasil Sorridente para o PNO, o grupo de gestores foi questionado como percebiam a inserção do PNO no programa municipal "Carioca Rindo à Toa". O GESTOR 2 afirmou que é fundamental entender a gestante como um grupo prioritário no desenho do cuidado. Contudo, ele problematiza a questão do programa ter surgido num momento anterior à expansão da ESF, que compreendia um novo modelo de cuidado. Isto fez com que o papel do dentista sofresse modificações, pois o profissional se tornou responsável por todos os ciclos de vida e com isso, os odontólogos da ESF se viram no desafio de desenvolverem uma atenção integral pra todos os ciclos, que diante das inúmeras atribuições que um dentista tem num território de Saúde da Família, o cuidado da gestante não ficou muito claro neste processo, enfatizando a necessidade de uma qualificação para esta linha de cuidado:

Como o foco é a gestante, eu acredito que a gente ainda precise de um processo de qualificação pra esse público alvo. E pra isso acontecer, os eixos precisam ser ainda temáticos, senão, algumas discussões acabam ficando fragilizadas, né? E hoje em dia a gente perdeu um pouco esse enfoque. GESTOR 2.

O GESTOR 1, comunicou que o programa está em fase de modificações, e que haverá algumas orientações específicas quanto a cuidado odontológico da gestante. Já o GESTOR 3 apesar de desconhecer o programa, afirma que o cuidado odontológico no pré-natal realizado na unidade é considerado eficiente, porque, embora a quantidade dos dentistas seja insuficiente para a demanda de atendimento, as grávidas e crianças são priorizadas. Porém, cita uma fragilidade no acesso ao PNO:

A gente depende também do fluxo que a gestante vá até o serviço de odontologia. A gente percebe que há uma fragilidade dela se 'perder' até chegar aqui nesse serviço, embora seja a saída de uma sala pra outra. GESTOR 3.

Aos gestores também foi perguntado se eles consideram os Odontólogos capacitados para a realização do PNO. Tanto o gestor representante da CSB e o gestor assessor de saúde bucal da CAP 3.2 percebem a existência de dúvidas dos odontólogos em relação a procedimentos que podem ser realizados, em que fase da gestação o profissional pode atuar, na requisição de exame radiográfico, em alguns tratamentos como: remoção de cárie, extração, etc. Ambos reconhecem de pronto, que por conta dessas dúvidas, se faz necessária a construção de uma capacitação através da educação permanente e bem como de um protocolo para o PNO.

E eu acho que reforçar capacitações seria importante. Até porque eu acho que capacitação é educação permanente, né? Então você nunca pode dar o assunto como esgotado. Então, acho que... revisitar... revisar alguns conceitos... eu acho isso bem legal. Até em função do atendimento da gestante ser uma prioridade na Rede. – GESTOR 1.

Alguns tem mais habilidades, tiveram uma formação um pouco melhor pra atenção ao pré-natal e outros não. Não tiveram isso tão forte na graduação. A gente acaba sentindo uma necessidade de qualificação profissional, num processo de educação permanente, continuada, de atenção a esse público específico. A gente não tem um indutor muito claro pra atenção a esse grupo populacional. Nem de protocolo, nem fluxos na rede. Não é muito claro. – GESTOR 2.

Já o gestor local, da unidade de saúde (GESTOR3), considera que os 2 servidores são capacitados, pois o PNO já faz parte do processo de cuidado, porém entende que o ideal seria que este profissional já fosse capacitado para esta intervenção, ao chegarna unidade de saúde, e que se não houver algum treinamento ofertado pela gestão, que ele precisa se aprimorar, procurando se capacitar através de cursos externos.

Em relação ao que a gestão tem realizado em relação à educação permanente quanto ao PNO, o Gestor 3 (gestor local), afirmou que as questões de formações específicas da odontologia

vem de fora da unidade, porém nunca houve nada realizado com o objetivo do pré-natal da gestante. Já os gestores 1 e 2 admitiram a inexistência de capacitações voltadas para esta intervenção.

E esse é um tema que eu vejo que as pessoas ainda fazem com dúvida. A gente precisa fazer capacitações, buscar parceiros, pessoas que possam trazer atualidades do tratamento odontológico da gestante pra gente tá conversando na nossa rede. Até porque, pela questão do vínculo frágil, da demissão e novas contratações, meio que sempre volta do zero... de tá sempre falando... esse reforço é fundamental! - GESTOR 1.

Sobre a atenção ao cuidado da gestante, a gente ainda não fez nenhum processo. Acho que a aproximação com a Maternidade Carmela Dutra, eu acho que é importante nesse sentido, pra que a gente desenvolva um projeto voltado, e talvez seja piloto no município do Rio de Janeiro, pra puxar essa discussão que é importantíssima! – GESTOR 2.

Os gestores também opinaram sobre o que poderia melhorar no PNO. O GESTOR 1 citou o envolvimento multiprofissional da equipe para incentivar a gestante a realizar o PNO, bem como a busca ativa das usuárias faltosas. Para o GESTOR 3, é pensar numa estratégia a fim de aperfeiçoar o fluxo dessa chegada da mulher grávida à odontologia, garantindo seu atendimento e acompanhamento até o final do pré-natal. Este mesmo gestor nota uma fragilidade maior na realização do PNO entre as gestantes primíparas e das que tem medo do profissional dentista. Já o GESTOR 2 disse que, aliado à qualificação profissional, é necessário que os indicadores sejam revistos para viabilizar de fato o acesso desta usuária ao PNO. O indicador existente não permite mensurar se a mulher grávida iniciou e se também concluiu o tratamento odontológico. Segundo ele, significa um contato da gestante com a eSB, e não necessariamente a primeira consulta, que pode ser uma palestra ou alguma atividade coletiva que induza a sua captação para a saúde bucal, porém, sua leitura não significa o tratamento deste grupo de usuárias.

Eu acredito que o indicador não deva ser só um contato da gestante. Ele deveria ser ‘a 1ª consulta à gestante’. Que aí a gente consegue medir o acesso da gestante: total de gestantes e quantas acessaram o serviço. E ter um específico pra gestante em relação à alta do tratamento, pra saber se a gente está conseguindo concluir o tratamento durante o período gestacional e monitorar o que ficou pendente para o pós-parto, pra saber se a gente está tendo uma boa resolutividade nessa atenção à gestante. – GESTOR 2.

Como as gestantes acolhem o PNO?

As gestantes participantes foram questionadas, se após terem engravidado, perceberam alguma mudança em suas bocas. Duas relataram que não observaram alterações. Porém, 8 mulheres notaram diferenças. Destas, 3 mulheres mencionaram que tiveram dor de dente. Duas

delas porque seus dentes quebraram por estarem cariados, duas citaram sangramento gengival, uma disse sentir frequentemente um gosto amargo, uma falou que percebeu seus dentes mais amarelados e outra informou o aparecimento de aftas.

Elas também falaram sobre o que conheciam sobre influência da gravidez na saúde bucal. Das 10 participantes, 4 mulheres não souberam responder. Duas responderam que a gravidez faz o dente “ficar ruim”, causando dor. Outra alegou que o motivo do dente ficar ruim é porque o bebê rouba vitamina da mãe. Uma participante afirmou que os dentes estragam em função dos remédios prescritos para o período gestacional. Outra citou que a gravidez causa sangramento gengival e uma disse que os dentes ficam moles e fracos por causa dos hormônios. Ao serem indagadas sobre a forma que obtiveram estas informações, a fonte utilizada foi o discurso cultural, passado pela população: “o povo fala”, “as pessoas”, “um familiar”. Somente uma mulher afirmou que assim que descobriu a gestação, começou a pesquisar e ler para se informar.

A compreensão das gestantes sobre o que é o PNO é bem diversa. Uma gestante (GEST 2) entende que é bom poder cuidar dos dentes e que acha que pode fazer qualquer procedimento. Duas afirmaram que esta intervenção trata-se da realização de limpeza, obturações, além de aprender a escovar os dentes e outra gestante relacionou somente a aprender corretamente a higiene bucal, bem como a higiene bucal do bebê.

Estas mulheres também mencionaram procedimentos que acham que não podem ser executados em razão da gravidez. Os mais citados foram: a extração dentária, o exame radiográfico e anestesia. Interessante destacar o raciocínio de uma gestante ao afirmar que achava que não havia problema em relação à anestesia no PNO: “A anestesia não pode na hora do parto, do bebê nascer? Por que é que na boca não pode? (risos)” (GEST 8).

Igualmente, ao serem perguntadas sobre como obtiveram tais informações sobre a restrição de procedimentos odontológicos, as participantes também mencionaram o discurso popular: “as pessoas falam”, “o povo fala”, “ouvi falar”, sendo que uma mencionou “alguém da família”. Uma gestante, porém, afirmou que um odontólogo da unidade de saúde deixou de realizar uma exodontia prevista em seu plano de tratamento e que o motivo alegado por este profissional era em função da usuária não poder ser anestesiada porque poderia trazer algum problema para o bebê.

Porque ele disse que não podia mexer agora, porque era o penúltimo dente que tava todo quebrado e porque eu teria que tomar anestesia. Aí ele falou que pode fazer mal pra criança, ainda mais porque agora que eu tô praticamente no final da gravidez... – GEST 10.

Somente uma participante afirmou que fazer tratamento odontológico não é recomendado. Ela relatou que fazia tratamento ortodôntico e que, ao comparecer grávida no consultório do seu ortodontista particular, e este tomando ciência de sua gravidez, disse-lhe que não poderia mais atendê-la por estar gestante. Esta usuária foi uma das mulheres que não foram encaminhadas pelo profissional do pré-natal para a 1ª consulta odontológica e sequer procurou o serviço de saúde bucal da unidade de saúde, pois acatou a justificativa do profissional ortodontista.

Como descrito anteriormente, das 10 gestantes participantes, somente 5 foram encaminhadas para avaliação odontológica. Destas cinco que foram encaminhadas, somente 3 compareceram à primeira consulta. Destas 3 mulheres, duas realizaram todo o tratamento planejado e outra (GEST 10) não teve o seu tratamento concluído em função do próprio profissional não ter realizado o procedimento indicado, conforme relato acima. As outras duas participantes que ainda não haviam comparecido ao serviço de saúde bucal, uma afirmou que no dia da entrevista havia realizado sua consulta de pré-natal e o profissional pré-natalista, percebendo que ela não havia comparecido à consulta odontológica, reforçou a importância da realização da mesma. Esta gestante, ao ter seu encaminhamento ao dentista reforçado pelo profissional da eSF, demonstrou interesse em comparecer ao serviço para iniciar o PNO. Ela disse: “Hoje mesmo eu vim aqui na clínica pegar remédio e ela falou pra mim: ‘Passa no dentista e toma a vacina.’ Eu vou passar hoje lá.”(GEST 2).

Já a outra participante alegou que ainda não foi submetida à avaliação odontológica porque trabalha todos os dias, inclusive nos feriados, revelando dificuldade em comparecer à consulta em função de sua ocupação e indisponibilidade de horário.

Duas gestantes que não foram encaminhadas para avaliação odontológica ainda aguardavam pela orientação do profissional pré-natalista para comparecer ao serviço de saúde bucal. Uma demonstrou expectativa e outra frustração por ainda não ter feito esta consulta com o odontólogo: “Ainda não. No mês que vem eles vão tentar me encaminhar, né?” (GEST 6). “Não. Até porque no cartão (da gestante) vem escrito: “encaminhamento pro dentista”, mas até hoje...” (GEST 7).

Torna-se importante frisar que o papel do profissional de saúde é fundamental na desmistificação do PNO que não encontram respaldo científico, como podemos observar nas seguintes falas:

Eu tive que fazer um tratamento num dente. Ela me deu uma anestesia local, que era uma que gestante poderia usar. Eu não sabia que tinha anestesia pra gestante! Mas isso eu aprendi com a dentista daqui. – GEST 1.

As gestantes chegam aqui com muitas lendas, né? Falam que o dente fica mais fraco, que o bebê rouba cálcio do dente, que ele estraga na gravidez... E aí eu tento trabalhar com elas, explicando que isso tem relação com a falta de higiene bucal, muito mais do que qualquer coisa. – DENT 2.

Quando as gestantes foram perguntadas sobre o que achavam do PNO, observou-se que esta intervenção é aceita pela maioria delas, percebendo benefícios para sua própria saúde, assim como do bebê.

Eu acho importante. Porque quando a gente tá gestante, a gente não tem que cuidar só da nossa saúde, e sim também a do bebê, que é através da nossa saúde, vem a saúde dele, né? E se a gente tiver com tudo em dia, vai estar tudo bem. A gente vai ter a nossa consciência limpa de que tá tudo bem com ele. Mas graças a Deus os funcionários, principalmente ali do dentista, eu fui muito bem atendida. – GEST 5.

Eu acho que todas as gestantes, por mais que não sinta dor, eu acho que tem que ir, porque a gravidez mexe muito com a gente, em todos os sentidos. E os dentes ficam muito sensíveis! Às vezes a gente, na gravidez, a gente não pode sentir, mas depois pode vim sentir alguma coisa, mas por causa da gravidez mesmo, que a gente não cuidou! Então, eu diria que eu acho que todas as gestantes tem que ir sim, por mais que não sinta nada! – GEST 10.

Contudo, analisando os achados, verificou-se a existência de mitos e conceitos equivocados, propagados através de herança cultural, relacionando o período gestacional como sua causa direta da fragilidade dentária e que procedimentos como anestesia, exames radiográficos intra-orais e extrações dentárias são procedimentos contraindicados durante a gravidez.

10 DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde, através do Brasil Sorridente, ao reorganizar seu modelo de atenção à saúde bucal, precisou ampliar e qualificar a atenção básica. Para que isso tornasse possível, foram organizadas e desenvolvidas várias ações, dentre elas, a ampliação do acesso, que tinha por objetivo, superar o hegemônico modelo biomédico de atenção às doenças. Para que este paradigma pudesse ser suplantado, foram preconizadas duas conformações de inserção transversal da saúde bucal nos programas integrais de saúde: por linhas de cuidado, que reconhece as necessidades específicas de cada faixa etária; e por condição de vida, envolvendo a saúde da mulher, saúde do trabalhador, diabéticos, hipertensos, portadores de necessidades especiais, dentre outras. Logo, a atenção odontológica à gestante, que faz parte do cuidado pré-natal, está incorporado na linha de cuidado da saúde da mulher (BRASIL 2004).

Além do Brasil Sorridente, outros documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde abordam o PNO como parte integrante do cuidado pré-natal, bem como a necessidade em realizá-lo, visando o restabelecimento da saúde bucal da mulher grávida, colaborando com a melhora de sua saúde geral, refletindo benefícios também na saúde do bebê (BRASIL 2004; BRASIL 2007; BRASIL 2012; BRASIL 2018).

De acordo com Medeiros-Serpa, Freire (2012) e Konishi (1995, 2018), PNO tem como função restaurar a saúde oral da mulher grávida, através da tríade: tratamento preventivo, tratamento clínico-cirúrgico e educação em saúde, visando o autocuidado da gestante e capacitá-la para o cuidado oral do seu bebê que irá nascer (MEDEIROS-SERPA, FREIRE, 2012; KONISHI, 1995, 2018).

No âmbito do SUS, o que viabiliza o acesso desta usuária à assistência odontológica é o seu encaminhamento ao serviço de saúde bucal, realizado pelo profissional pré-natalista da eSF, que consta como uma das normas de rotina da primeira consulta do pré-natal. (BRASIL 2004; BRASIL 2012; BRASIL 2018). Destarte, é fundamental que o profissional enfermeiro ou médico conheça esta rotina e direcione a gestante ao serviço de saúde bucal da unidade de saúde para que ela inicie o PNO.

Sobre o encaminhamento para avaliação odontológica.

Todos os profissionais de saúde participantes da pesquisa demonstraram conhecer que o encaminhamento da gestante para a avaliação odontológica faz parte da rotina de 1ª consulta do pré-natal. Embora todos os profissionais pré-natalistas terem afirmado fazê-lo sistematicamente,

divergindo do resultado da pesquisa de Menoli e Frossard (1997), onde somente 5,8% dos médicos encaminhavam suas gestantes ao dentista, ao analisar as respostas das usuárias, verificou-se que nem sempre esta orientação é realizada de fato, pois das 10 gestantes entrevistadas, metade relata não haver sido encaminhada para a avaliação odontológica, trazendo divergência nas respostas encontradas. Este achado demonstrou um resultado semelhante ao estudo de Peixoto *et al* (2011) e Venâncio *et al* (2011). A não realização do encaminhamento pelo profissional da eSF acaba sendo preterido em função dos vários procedimentos obstétricos e de orientação realizados durante a consulta de pré-natal, segundo relato dos profissionais enfermeiros participantes do estudo.

Semelhantemente, os pré-natalistas participantes da pesquisa relataram que a 1ª consulta de PN é longa, que cumpre uma rotina extensa de procedimentos, informações e orientações. Aliado a isso, o fato destes profissionais não adotarem uma padronização deste procedimento de encaminhamento, sem registro por escrito, pode colaborar também para o esquecimento em fazê-lo. Todavia, as normas não especificam de que maneira ele deve ser realizado: se por escrito, ou oralmente. Isso revela que o encaminhamento para a avaliação odontológica da gestante, quando não realizado pelos profissionais pré-natalistas, dificulta o acesso da mulher ao PNO.

Um fato observado pelos profissionais da eSF – médicos, enfermeiros e ACS – é que muitas vezes quando a gestante retorna à consulta subsequente do pré-natal, mesmo tendo sido devidamente encaminhada para a saúde bucal, acaba não realizando esta consulta: ou porque não compareceram no dia agendado, ou por não terem comparecido ao serviço para a marcação da mesma, ou simplesmente porque esquecem que foram encaminhadas. Esta situação também pode ser explicada pela duração desta primeira consulta de PN e suas várias orientações que, embora pertinentes, na sua maioria não são feitas através de registro escrito, podendo ocasionalmente confundir a usuária, ou até mesmo, fazer com que ela se esqueça do encaminhamento odontológico. Vale salientar que, eventualmente seja possível que no momento de início do pré-natal, existam mulheres que ainda não decidiram se levarão a gestação à diante, propiciando um momento de vulnerabilidade emocional, colaborando com o esquecimento das orientações, até mesmo do cuidado pré-natal em si, conforme relatado em algumas entrevistas realizadas.

Outro motivo capaz de explicar o não comparecimento da gestante à avaliação odontológica é devido à baixa percepção de necessidade do cuidado em si, tal como relatado por algumas usuárias. Estudos relatam que boa parte das mulheres grávidas não procura por assistência odontológica, por acharem que não necessitam de tratamento em razão de não apresentarem dor ou desconforto no momento da gestação, restringindo o PNO ao tratamento de

urgência, conforme os estudos de Albuquerque, Abegg, Rodrigues (2004), Nogueira *et al.* (2012) e Moimaz *et al.* (2007).

Entretanto, diferentemente do relatado nas pesquisas de STRAFFORD, SHELLHAAS, HADE (2008) e MORGAN *et al.* (2009), em que médicos obstetras desaconselhavam o cuidado odontológico às gestantes, nenhum dos profissionais pré-natalistas participantes desta pesquisa contraindicou o PNO, revelando que compreendem esta intervenção como parte integrante do PN. Os profissionais da eSF percebem a intervenção como oportuna, embora a maioria não saiba como funciona a rotina do PNO, bem como sua estratégia dentro da saúde pública.

Conforme relatado por Pires e dos Santos (2015), o contrato de gestão da OS com o Poder Público (SMS-RJ) para efetivar a parceria entre as partes, utilizou a lógica gerencial de metas, através do uso de critérios de avaliação de desempenho, valendo-se da gestão da política de saúde, camuflando assim, o motivo real que é o da maior acumulação de capital (PIRES, DOS SANTOS; 2015). Segundo Monteiro (2015), neste contrato foi pactuado uma lista de indicadores, com o objetivo de avaliar a gestão, as unidades de saúde e o processo de trabalho das equipes. No entanto, esses indicadores apresentam metas de produtividade, conforme Pires e dos Santos (2015). O indicador de cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante foi um dos firmados neste contrato.

Nota-se no estudo que o encaminhamento da gestante para a avaliação odontológica é realizado mais em função do cumprimento de metas, e não pelo conhecimento do benefício do cuidado em si, pois a maioria dos profissionais desconhece quais são as abordagens da intervenção e alguns nem sabiam dizer o porquê realizá-lo.

É importante frisar que somente encaminhar a gestante ao serviço de saúde bucal pode não ser suficiente. Segundo o estudo de Peixoto *et al.* (2011), somente um terço das gestantes foram encaminhadas para a avaliação odontológica e uma parte destas mulheres não compareceram à consulta, sendo o medo do tratamento um dos motivos alegados, muitas vezes em virtude dos mitos, desinformações e crenças que persistem neste grupo de usuárias. Por isso, os profissionais da eSF devem, além de encaminhar, devem incentivá-las a realizar o PNO, orientando-as sobre os seus benefícios (PEIXOTO, 2011).

As percepções e práticas dos odontólogos e dos demais profissionais de saúde sobre o PNO

A maioria dos profissionais ENFMED demonstrou desconhecer a intervenção, pois 4 deles não sabiam dizer do que se tratava o PNO, mesmo um ter afirmado que havia lido o manual do

Ministério da Saúde. Sobre a relação da saúde bucal com a gestação, a maioria dos pré-natalistas demonstrou conhecer alguma ligação, assim como possíveis agravos, pois mais da metade deles, representando 57%, associou focos infecciosos como possível risco ao abortamento ou parto prematuro. Feldens *et al* apresentam um resultado semelhante desta percepção do profissional médico, relacionado à situação bucal materna e a possibilidade de parto prematuro e baixo peso do bebê, associação à existência de um foco infeccioso bucal, representando 64% de sua amostra (FELDENS, 2005).

Embora 43% dos pré-natalistas entrevistados tenham mencionado o aumento de cárie, esta não tem uma relação causa-efeito direta, em razão da gestação não ser um fator causador da doença, mas em virtude dos enjoos frequentes, associado à deficiência de higiene oral e pelo alto consumo de carboidratos refinados, o que pode levar à formação de novas cavidades ou piorar as lesões que já existem e que ainda não foram tratadas, conforme Moimaz *et al* (2010, 2011) e Rosell (2013).

Em relação aos médicos e enfermeiros, nota-se que a falta de conhecimento sobre o PNO tem sua origem na formação acadêmica, revelando-se falha em relação ao ensino relacionado à esta temática, pois somente um profissional afirmou ter estudado sobre este cuidado na residência, mostrando um resultado similar às pesquisas feitas por Menoli e Frossard (1997), Araújo, Pohlmann, Reis (2009). A ausência da abordagem da saúde bucal da gestante nos cursos de enfermagem e medicina favorece a permanência da segregação cavidade oral-corpo, dificultando a realização de ações de caráter integral do indivíduo. A grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação necessita de mudanças através de ensino interdisciplinar e multiprofissional relacionado ao cuidado pré-natal, integrando também a odontologia.

Já as percepções dos ACS foram rodeadas de mitos, como o do dente ficar fraco porque perde cálcio, que o dente estraga, relacionando a perda de estrutura dental ao estado gravídico. No entanto, um ACS relacionou que um foco de infecção na boca da gestante poderia fazer mal para o bebê, demonstrando conhecer algum agravo real.

A falta de informação dos profissionais da eSF acaba se intensificando quando é constatada a inexistência de capacitações com este conteúdo, pois pelos relatos dos participantes, a gestão em nenhum momento ofertou qualquer curso sobre o cuidado odontológico na gestação.

Frazão e Marques (2006) afirmam que a percepção do profissional ACS em relação à saúde bucal pode passar por uma transformação significativa após serem treinados pela eSB, o que contribui para a melhora do acesso e do uso dos serviços de saúde, por meio da realização de visitas domiciliares com a finalidade de busca ativa e captação precoce da gestante (FRAZÃO, MARQUES, 2006). A intensificação do relacionamento com os profissionais da eSB, segundo

Gouvêa *et al* (2015), pode contribuir de maneira favorável para a compreensão do ACS sobre a saúde bucal, de forma a permitir que realize corretamente as orientações para as famílias durante as visitas domiciliares (GOUVÊA, 2015). Para que isto seja possível, é necessário que a eSB também esteja capacitada para o PNO.

Quanto aos odontólogos, estes demonstraram conhecer a intervenção. Os procedimentos clínicos comuns da atenção básica também são realizados nas mulheres gestantes. Um profissional demonstrou ser bastante resolutivo, aproveitando o momento oportuno do estado gravídico para prestar cuidado à mulher de acordo com a sua necessidade, em qualquer época do período gestacional, mostrando bastante segurança em prestar a devida assistência. Outros dois profissionais também revelaram confiança na realização dos procedimentos clínicos e cirúrgicos. Contudo, todos eles demonstraram conhecer pouco da influência da gravidez na saúde bucal e os possíveis desfechos gestacionais desfavoráveis relacionados à falta de saúde oral da mulher.

A falta de conhecimento referente a alguns procedimentos, sem embasamento científico, ficou evidenciada num odontólogo participante. Percebe-se que o profissional se apega a conceitos ultrapassados, advindos da graduação, que não fazem sentido e não encontram respaldo científico, como por exemplo, não solicitar exame radiográfico, não realizar exodontias no 1º e 3º trimestre em razão de se privar de anestésiar a gestante, por receio de causar algum dano ao bebê, fato confirmado por uma gestante ao ser entrevistada. Esta recusa e postergação de procedimentos coincide com as pesquisas de Faquim, Frazão (2016), que relatam a falta de preparo, insegurança do profissional e de Codato *et al* (2011) e de dos Santos Neto *et al* (2012), mencionando o medo de serem responsabilizados por algum desfecho inesperado na gestação – como um aborto ou uma má formação no bebê.

Em compensação, ao contrário do estudo de Leal (2006), que identificou que profissionais dentistas solicitavam autorização ao médico para realizar o tratamento da gestante, demonstrando insegurança, nenhum dos odontólogos da unidade procede desta forma, reconhecendo a autonomia profissional.

É muito comum a gestante se preocupar com a saúde do bebê intra-útero. Nos estudos de Gonçalves *et al* (2015), Albuquerque, Abegg, Rodrigues (2004), Leal (2006), Vieira e Zocratto (2007) e Codato *et al* (2011), observa-se que procedimentos como: anestesia, radiografias e extrações dentárias são temidos pela mulher grávida, por acharem que eles podem causar algum mal ao bebê. Por isso, é importante que o profissional dentista, devidamente treinado e capacitado, trabalhe na desmistificação de informações, de forma que a gestante seja corretamente instruída sobre a segurança e benefícios desses procedimentos, colaborando para que esta usuária sintase segura em realizá-los.

Politano e Echeverria (2016) e Bruneti, Coutinho e Andrade (2018) afirmam que tanto a anestesia, como o exame radiográfico são considerados seguros na gestação, não havendo razão para serem contraindicados, assim como a exodontia simples. Estes autores dizem que a maioria dos procedimentos pode ser realizada nesta época, desde que exista motivo para tal, sendo sempre necessário resolver os focos de infecção da gestante.

Segundo estudos de Vasconcelos (2012) e Matsubara (2017) a lidocaína a 2%, na proporção 1:100.000 com o vasoconstrictor epinefrina é considerado o medicamento de primeira escolha para o uso em gestantes, sendo eleito o de maior segurança para este público, se usado na dose segura de 2 tubetes por sessão, podendo ser usado em qualquer período da gravidez, pois não é teratogênico. Ou seja: este medicamento não causa má-formação no feto.

Na pesquisa de Leal (2006), uma parte dos dentistas entrevistados alegou não fazer radiografias em gestantes pelo receio de serem processados, caso o bebê apresentasse alguma anomalia, pois a família poderia atribuir este problema ao exame radiológico realizado neste período. Todavia, a radiação recebida num exame radiográfico não é capaz de causar má-formação congênita no bebê em razão da dose ser muito pequena, menor que a dose diária de radiação cósmica recebida, segundo Ebrahim *et al* (2004); Silva, Stuani, Queiroz, (2006) e Vasconcelos *et al*, (2012). Conforme o Caderno de AB nº 17 - saúde bucal (2008) e o caderno de AB nº 32 – atenção ao PN de baixo risco (2012), as radiografias orais, podem ser feitas com segurança em qualquer período da gestação, inclusive no primeiro trimestre. Os exames radiográficos devem ser corretamente indicados, com a finalidade de auxiliar em diagnósticos e planejamento de cirurgias que serão realizadas no período gestacional e de forma a não submeter a grávida à exposição desnecessária de radiação. Para tanto, é prudente fazer uso do avental plumbífero, esclarecendo à mãe que o bebê não receberá radiação em virtude desta proteção.

Para os odontólogos que, mesmo com todo o respaldo científico, ainda se sentem inseguros em solicitar ou mesmo fazer um exame radiográfico na mulher grávida, vale refletir, no tocante à fase embriológica, de formação do feto, que ao término do 1º trimestre gestacional, não há razão em temer qualquer má-formação por consequência da conclusão da organogênese.

Enfim, o profissional dentista que se recusa a solicitar um exame radiográfico necessário ao tratamento, em qualquer período gestacional, justificando que a radiação pode ocasionar má-formação fetal, demonstra insegurança e falta de conhecimento científico, semelhante aos estudos de Gonçalves *et al* (2015), Albuquerque, Abegg, Rodrigues (2004), Vieira e Zocratto (2007) e Codato *et al* (2011).

Echeverria e Politano (2016) afirmam que os odontólogos não devem deixar de realizar procedimentos na gestante em virtude do receio de serem culpados por eventuais abortos que não

possuem qualquer relação com a assistência e sim, com a fatalidade. Estes autores também explicam as razões do 2º trimestre gestacional ser o mais adequado para a grávida ser submetida ao tratamento odontológico: a gestante está mais tranquila porque o período da organogênese fetal foi concluído, os enjoos são menos frequentes em relação ao 1º trimestre e seu peso ainda é bem menor em relação ao último trimestre. Logo, teoricamente, o 3º trimestre seria o mais seguro para a realização de procedimentos em razão da aproximação da época de nascimento do bebê. No entanto, devido ao aumento do peso do bebê, este costuma ser um período desconfortável para algumas mulheres e devido a possibilidade da síndrome da posição supina. Estes autores propõem que os profissionais usem sempre o bom senso e que as doenças precisam ser tratadas, independente da mulher estar gestante ou não (ECHEVERRIA; POLITANO, 2016). Pensando desta forma, se a grávida não tem intercorrências gestacionais, se ela se sente bem no último trimestre, de forma que não se sinta desconfortável na cadeira odontológica, o que a impediria ser submetida a um procedimento de exodontia?

Exames radiográficos bem indicados, procedimentos que requerem anestesia e exodontia, não devem ser adiados para o período pós-parto. O profissional odontólogo que assim o faz, perde a oportunidade em realizar alguns procedimentos do plano de tratamento, o que não é aconselhado, pois, segundo Boggess (2006), adiar os cuidados dentais para a fase do puerpério pode ser problemático, porque mulher estará focada nas demandas de seu bebê, não dispondo de tempo para realizar o tratamento pendente. Além do mais, ao dizer para a gestante não realizar o exame radiográfico “por sua conta, lá fora”, acaba por reforçar mitos, sem fundamento científico. Ações desse tipo dificultam atingir um dos objetivos da intervenção seja atingido, que é a recuperação da saúde bucal da grávida.

A insegurança do profissional frente à recusa em realizar certos tipos de tratamento na gestante se origina no processo de formação profissional, visto que é comum os cursos de graduação em Odontologia não contemplarem o cuidado odontológico à gestante, fato este confirmado pelos odontólogos participantes da pesquisa. Moura *et al* (2001), Codato (2005), Moimaz *et al* (2006), Codato *et al* (2011), Martins (2013) ratificam a necessidade da inclusão do PNO no processo ensino-aprendizagem dos cursos de graduação e pós-graduação, de forma a capacitar os alunos, sempre baseado em evidências científicas, prepará-los a prestar este cuidado, desmistificando crenças e mitos e conseqüentemente, serem ferramentas para orientar corretamente este público específico da população. O ciclo de recusa e medo na assistência à gestante é sustentado por esta falha na formação, aliado à inexistência de um protocolo, bem como à falta de educação permanente. É importante destacar que um participante gestor responsabilizou

o profissional por suplementar sua capacitação, isentando a incumbência da gestão quanto da ausência de educação permanente.

Apesar de estudos científicos evidenciarem os benefícios do PNO, bem como atuarem na colaboração da desconstrução de mitos e desinformações sobre o tratamento clínico, como medicações, exames radiográficos, anestesia e procedimentos cirúrgicos, demonstrando a possibilidade de serem realizados com segurança durante o período gestacional, alguns documentos oficiais do Ministério da Saúde encontram-se ultrapassados, contendo informações que reforçam a insegurança do odontólogo e a hegemonia do modelo biomédico, antagônico ao modelo de cuidado da ESF. Cito o exemplo do Caderno de Atenção Básica nº 17 - Saúde Bucal (2008) e o Caderno de Atenção Básica – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012), que afirma que o profissional dentista deve consultar o médico caso seja necessário prescrever medicamentos ou necessite anestésiar a usuária gestante, ferindo sua autonomia, corroborando para a soberania no processo decisório do cuidado, como se o médico fosse o único detentor de conhecimento. Esta postura foi observada no depoimento de duas gestantes, durante a coleta de dados, quando o profissional médico prescreveu uma medicação para uma queixa de dor de dente, sem orientá-la a comparecer ao serviço de saúde bucal e, quando numa outra situação, o médico diz que precisa liberá-la para a realização do seu tratamento odontológico, constatando que posturas médico centradas ainda resistem no modelo de cuidado da ESF, e também ferindo a autonomia profissional do odontólogo.

O documento mais recente, Saúde Bucal no SUS (2018), já incorpora o modelo da ESF. Todavia, nota-se a persistência de algumas orientações que podem fazer com que o profissional continue inseguro ao realizar procedimentos clínicos na usuária grávida. Exemplificando: o primeiro trimestre é citado como o período da embriogênese, no qual o feto é mais susceptível à influência teratogênica e ao aborto. Entretanto, sugere que sempre que possível, que se adie a intervenção odontológica para o segundo trimestre. Em seguida, orienta a realizar profilaxia, tratamento periodontal, eliminar focos infecciosos e tratamentos restauradores, gerando certa contradição. Logo depois, afirma que o segundo trimestre é o melhor período para o tratamento odontológico. Adiante, no esquema de intervenções odontológicas, enfatiza que é seguro a utilização de anestésicos com vasoconstrictores, sendo que o de primeira escolha é a lidocaína a 2%, 1:100.000, com epinefrina. A literatura afirma que a lidocaína não é teratogênica, podendo ser administrada no período de formação fetal, caso haja necessidade. (PAIVA, 2005; SILVA, 2006; VASCONCELOS, 2012; EBRAHIM, 2004; LAMPERT, 2017; MATSUBARA, 2017; RODRIGUES, 2017). Portanto, por que alarmar o profissional sobre o risco de teratogenia fetal

no primeiro trimestre, se a medicação que ele empregará é considerada segura e não teratogênica? Estes documentos poderiam ser mais assertivos, bem como objetivos, a fim de encorajar o profissional ao invés de confundi-lo por conta de contradições e ambiguidades. Orientações imprecisas podem facilitar a hesitação pelo atendimento à gestante por causar receio ao profissional, aliado à falta de preparo e de conhecimento.

Atividades de Educação em Saúde

Quanto à atividade de educação em saúde feita com as gestantes, as normas orientam que os profissionais, através dos chamados grupos operativos, devem organizar atividades educativas de caráter multiprofissional. O profissional da eSB deve utilizar este momento para desmistificar o tratamento odontológico durante o período gravídico, bem como a incentivar as grávidas a realizar o PNO, orientando-as sobre as possíveis mudanças na cavidade oral durante este momento, instruí-las a fazer uma boa higiene oral, a fim de estimular o autocuidado e hábitos saudáveis. Estas ações contribuiriam para uma maior adesão destas usuárias ao cuidado odontológico durante a gravidez. (BRASIL 2008; BRASIL 2012; BRASIL 2018).

Konishi (1995, 2018) e Codato (2005, 2011) reforçam que o período da gestação é estratégico para promover saúde através das atividades educativas em razão da mulher normalmente, durante este período, despertar a curiosidade em aprender novas informações, bem como estar mais receptiva à mudança de hábitos mais saudáveis. Com isso, ela pode ser despertada para o seu autocuidado e para o cuidado oral do seu bebê, podendo até influenciar toda a sua família, exercendo o papel de agente multiplicador de saúde. Segundo Codato (2011), o profissional odontólogo deve cumprir a sua relevante função de educador em saúde, a fim de esclarecer à gestante sobre a segurança na realização do PNO, assim como seus benefícios, desmistificando mitos e medos sobre esta intervenção.

Observou-se que a unidade de saúde avaliada possui um espaço físico para este tipo de atividade: um auditório, provido de equipamento multimídia. De acordo com profissionais participantes, esta atividade já foi realizada no passado, com atuação multiprofissional. No entanto, notou-se que atualmente ela é inexistente, sendo feita somente de modo individual, com a gestante no consultório odontológico, o que desconsidera o foco da ESF. Os odontólogos se referem ao excesso de atendimentos curativos, resultando na priorização desta atividade, fato também percebido pela gestão.

A sobrecarga dos atendimentos pode ser explicada pela desproporção das eSB/eSF, quando uma eSB abrange mais de uma eSF. No caso da unidade de saúde estudada, esta proporção é de 3:7, fazendo com que cada odontólogo seja encarregado do cuidado da população

que está sob 2 responsabilidades de 2 eSF ou mais. Lourenço *et al* (2009) apontam que quando esta proporção é menor que 1:1, compromete a expansão e qualificação das ações de saúde bucal, pois a demanda da população pela atividade curativa é muito grande, o que impede que o odontólogo realize integralmente as atividades propostas da ESF em razão de ser responsável por número grande de pessoas (LOURENÇO, 2009). De acordo com Werneck (2003), a inserção das eSB na ESF foi feita de modo prematuro, sem qualquer diálogo referente ao processo de trabalho, sem a presença dos profissionais da saúde bucal, bem como os outros profissionais da saúde, aumentando a chance desses profissionais não estarem devidamente capacitados para realizarem as atividades, e que continuem trabalhando de forma tradicional, tecnicista (WERNECK, 2003), o que também foi observado na presente pesquisa. Devido à sobrecarga do cuidado curativo, as equipes acabam não dispondo de tempo e recursos humanos para elaborar e conduzir as atividades educativas. Segundo Corrêa e Celeste (2015), a proporção das eSB, quando passaram a ser incorporadas na ESF no ano de 2001, era de uma para cada duas equipes de saúde da família, sendo que a partir do ano de 2003 passou a ser em qualquer proporção.

Outro motivo alegado pelos odontólogos para a não realização da atividade em grupo com as gestantes é devido à rotatividade profissional ocasionada por eventuais demissões por conta do vínculo contratual por CLT – fato também relatado pelo grupo dos gestores, o que provoca um déficit de recursos humanos e conseqüentemente sua descontinuidade, também em detrimento da necessidade da realização da assistência clínica curativa. Jesus, Engstrom, Brandão (2015) apontam que a assistência ao usuário fica prejudicada em função da eventual saída de um profissional na unidade de saúde, caracterizando este tipo de vínculo como uma fragilidade na estrutura da saúde.

Nesta pesquisa também foi observado que a eSB não dispõe de material educativo. Um odontólogo, que reconhece que não tem um perfil educador, confessando dificuldade em executar esta atividade, queixou-se da falta de uma orientação da gestão na elaboração desta atividade, como um protocolo, bem como a existência de um material instrutivo, comum a todos, padronizado para toda a rede. Lopes (2005) relata que, no início dos anos 2000, a coordenação de saúde bucal do município do Rio de Janeiro, através de parcerias e do empenho dos profissionais atuantes na ponta, confeccionou material educativo para ser entregue ao usuário (LOPES, 2005). Todavia, este não existe mais atualmente. Heidemann, Wosny, Boehs (2014) sustentam que a utilização de recursos apropriados proporcionam a operacionalização das atividades, e que a utilização de um material didático, assim como espaço físico adequado favorecem o interesse da comunidade para participação nas atividades educativas da unidade de saúde (HEIDEMANN, WOSNY, BOEHS, 2014). É importante destacar que a oferta de instruções por escrito pode

auxiliar a gestante a rever as orientações aprendidas em caso de possíveis dúvidas ou esquecimento.

De acordo com Silva *et al* (2015), a atividade em grupo de educação em saúde, auxilia no autoconhecimento através da troca de experiências vividas entre os participantes, e que quando é feita por uma equipe multiprofissional capacitada, somada à clareza de como os assuntos são trabalhados, melhora a adesão das gestantes à esta atividade (SILVA, 2015). Vale ressaltar que é importante a presença de outras pessoas da família nesta atividade, que também participarão do cuidado do futuro bebê, pois muitas vezes este é o espaço onde dúvidas são tiradas, ricas experiências são trocadas entre os componentes do grupo, o que normalmente não são possíveis durante as consultas individuais com o odontólogo, com o enfermeiro ou o médico.

A educação em saúde na forma de grupo, além de recomendada pelas normas e diretrizes, pode otimizar o tempo da assistência clínica da equipe em virtude da possibilidade de orientar várias pessoas num único momento, liberando horários na agenda que seriam ocupados pela consulta individual, melhorando também o acesso ao serviço bucal para outros usuários.

Visita Domiciliar

A VD é um instrumento importante para o acesso da gestante ao PNO. Através dela, o ACS consegue identificar precocemente esta mulher e orientá-la a iniciar o PN na unidade de saúde e a partir do pré-natalista, ser encaminhada ao PNO. Segundo a Nota Técnica sobre o acesso à saúde bucal no município do Rio de Janeiro (2016), as VDs devem ser realizadas sistematicamente pela eSB, de forma programada e adequada, para que sejam avaliadas as prioridades, ampliar o acesso, qualificar a assistência e fortalecer o vínculo com os moradores do território (RIO DE JANEIRO, 2016). Já no Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, do Ministério da Saúde, aponta como uma das atribuições do Cirurgião-Dentista, a realização de VDs durante a gestação e o puerpério (BRASIL 2012). Bizerril *et al* (2015) afirmam que um dos facilitadores do acesso da gestante ao PNO é a presença do odontólogo na ESF através do instrumento da VD, ao realizar educação em saúde com a gestante e sua família, desmistificando a intervenção e orientá-la a procurar o serviço odontológico na unidade de saúde para que seja acompanhada durante a sua gravidez (BIZERRIL, 2015). Não obstante, durante pesquisa de campo, foi observado que a eSB não executa esta atividade como parte do PNO. Além da sobrecarga do atendimento clínico, já tratado anteriormente, no decorrer das entrevistas realizadas com estes profissionais, a questão da violência do território e a greve dos funcionários foram

motivos trazidos pelos odontólogos como justificativa para não realizarem esta atividade de forma sistemática, sendo feita somente pelo ACS, que é morador da área.

Esta realidade acaba reforçando a necessidade da existência da educação permanente através do matriciamento, pois por vezes, atividades podem ser passíveis de não ser realizadas, fazendo com que outro profissional, de outra especialidade, fique com a responsabilidade de fazê-la, como visto no caso da VD. No entanto, será que os ACS da unidade orientam corretamente à gestante faltosa sobre os benefícios do PNO durante a busca ativa? As entrevistas realizadas revelaram que a maioria destes profissionais não conhecem a intervenção e que seus conhecimentos sobre a relação da gestação com a saúde bucal são permeados de mitos.

Pesquisas indicam que o ACS, quando bem capacitado, contribui para a melhora do acesso da gestante ao PNO. Frazão e Marques (2006) constataram que profissionais ACS, após serem treinados pela eSB, demonstraram mudanças significativas relacionadas à percepção sobre a saúde bucal das gestantes. A pesquisa mostrou que as diferenças observadas entre os ACS antes e depois da capacitação foram estatisticamente relevantes e que o conhecimento de saúde bucal da gestante também melhorou em função do trabalho do ACS através da VD (FRAZÃO, MARQUES; 2006). A eSB, quando presente numa unidade de saúde, pode influenciar no conhecimento do profissional ACS sobre saúde bucal, a partir do estreitamento do relacionamento profissional e educação permanente segundo Gouvêa *et al* (2015).

Se os ACS da unidade de saúde estudada fossem submetidos à capacitação sobre o PNO, possibilitaria que estes profissionais, que realizam a atividade da VD, contribuíssem com a desmistificação do cuidado odontológico da gestantes, permitindo orientá-las devidamente quanto os benefícios desta intervenção e incentivá-las a serem acompanhadas pela eSB durante este período. Além disso, estando capacitados, estes profissionais poderiam exercer a sua função de modo seguro ao transmitir informações corretas às famílias durante a VD, o que vai de encontro com a pesquisa de Cademartori e Machado (2012), onde percebe-se a melhora do acesso às gestantes ao PNO quando a equipe multiprofissional trabalha de forma integral e é bem treinada (CADEMARTORI, MACHADO; 2012).

Os odontólogos relataram não ter dificuldades em realizar o PNO quando foram questionados sobre isso. Porém, a percepção destes profissionais diverge dos achados desta pesquisa, pois os próprios disseram se deparar com obstáculos para realização de atividades que compõe esta intervenção, tais como: o grupo de educação em saúde para as gestantes, participar semanalmente das reuniões de equipe e a visita domiciliar. Desta forma, percebe-se que os profissionais ainda restringem o PNO ao tratamento curativo, observando o prevailecimento do modelo tecnicista nos próprios odontólogos, contrariando assim o modelo de cuidado da ESF.

A visão dos gestores sobre o PNO. O que pode melhorar?

Como já foi abordado anteriormente, com o fato do programa municipal vigente, o Carioca Rindo à Toa, ter sido implementado antes da Política Nacional, o Brasil Sorridente, que já abordava a filosofia da ESF, o foco do cuidado para a usuária gestante não ficou muito evidente, o que acentuou com a expansão da ESF no município, a partir do ano de 2009.

Embora este programa esteja passando por alterações, segundo o gestor do nível central, dois gestores de saúde bucal (CSB e CAP 3.2) constataram a necessidade da elaboração de um protocolo sobre o PNO e curso de capacitação para os profissionais.

O gestor representante da CSB entende que o PNO poderia melhorar se houvesse um maior envolvimento multiprofissional, a fim de incentivar a gestante realizá-lo, como consta em vários manuais do Ministério da Saúde e estudos realizados.

O gestor de saúde bucal que representa a área programática 3.2, compreende que a intervenção melhoraria se houvesse capacitação profissional e a revisão do indicador referente ao primeiro contato com a gestante, de forma que também consiga mensurar a alta da gestante, pois este indicador não consegue medir, de fato, o acesso da gestante ao PNO. Já o gestor local percebe que o que precisa melhorar no âmbito local é o fluxo da gestante, para que ela saia da consulta de PN e se dirija ao serviço de saúde bucal para ser submetida à 1ª consulta ou ao menos agendá-la para um dia posterior.

A gestante e a aceitabilidade ao PNO

Do grupo das gestantes, metade não foi encaminhada para o PNO. Notou-se em algumas que não foram encaminhadas, embora não tivessem solicitado ao profissional pré-natalista que fizesse este encaminhamento, tinham a expectativa que este profissional ainda as direcionasse à eSB, demonstrando interesse em serem submetidas ao cuidado odontológico.

Das mulheres que foram encaminhadas, 3 fizeram o tratamento e 2 delas tiveram alta. Uma gestante não teve seu tratamento finalizado em função da recusa do odontólogo em realizar uma exodontia, que segundo ela, ele teria dito que a anestesia poderia fazer mal ao bebê, aconselhando-a a aguardar o período pós-parto para se submeter ao procedimento. Boggess (2006) ressalta que cuidados odontológicos que são adiados para a fase do puerpério podem trazer complicações para a mulher em decorrência da falta de tempo para frequentar as consultas em decorrência de estar imersa no cuidado do bebê que acabou de nascer.

Por outro lado, há gestantes que são encaminhadas, mas que não comparecem ao serviço de saúde bucal para realizar a consulta. O medo do dentista e a baixa percepção da necessidade de tratamento são motivos alegados pelas gestantes para não procurar por assistência odontológica, segundo a pesquisa de Albuquerque, Abegg, Rodrigues (2012). Divergindo em parte dos achados desta pesquisa, o medo do profissional não foi relatado pelas gestantes. Porém, foi sinalizado pela narrativa dos profissionais da eSF, quando percebem que a usuária não procura a eSB para agendamento da consulta de avaliação, questionando os profissionais se realmente precisam ir, em razão de não estarem sentindo incômodo algum.

Durante a análise dos resultados, observou-se a permanência de vários mitos e crenças relacionados à intervenção, bem como da influência da gravidez na saúde bucal. Assim como a pesquisa de Bastianiet al (2013), metade das gestantes afirmaram que os dentes estragam na gravidez. As fontes utilizadas por elas para formação desses conceitos foi o discurso cultural, passado pela família ou conhecidos, mostrando a forte influência de informações equivocadas que são disseminados na conversa informal e que não encontram respaldo científico algum, que faz com que a gestante atribua a gravidez como causalidade do “enfraquecimento” do dente, como relatado na pesquisa de Albuquerque, Abegg, Rodrigues (2004). Os estudos de Scavuzzi (1999), Montadonet al (2001), Moimazet al (2010) e Rosell (2013), ratificam que a gravidez não é fator determinante para a cárie, e sim os hábitos adquiridos no período gestacional como a negligência da higiene oral em decorrência dos enjoos frequentes, associado ao aumento da ingestão de carboidratos refinados, que podem levar ao surgimento de lesões cariosas e piorar as lesões existentes.

As gestantes também demonstraram não conhecer o que é a intervenção em sua totalidade, pois a maioria mencionou somente o tratamento clínico. Este achado pode ser explicado pela inexistência da atividade educativa com estas usuárias, o que favorece a persistência da falta de conhecimento sobre o PNO. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal (2008) e Saúde Bucal no SUS (2018), o espaço da educação em saúde, além das orientações para promoção da saúde, é um momento apropriado onde os profissionais têm a oportunidade de desmistificar o cuidado odontológico na gravidez, explicando, de forma bem clara ao grupo de usuárias, do que se trata esta intervenção, incentivando-as a realizá-lo.

Nas entrevistas, os mitos também prevaleceram no tocante à intervenção, em relação aos procedimentos odontológicos que elas achavam ser contraindicados na gestação. A anestesia, a extração e o exame radiográfico foram os mais citados, indo de encontro às pesquisas de Albuquerque, Abegg, Rodrigues (2004), Leal (2006), Vieira e Zocratto (2007), Codatoet al (2011) e Gonçalves et al (2015), que obtiveram este mesmo achado. Quando são indagadas sobre o

motivo pelo qual acham que estes procedimentos não podem ser realizados, elas apresentam o discurso leigo, transmitido culturalmente, por membros da família ou pessoas conhecidas, de que “ouviram” que estes tratamentos poderiam fazer mal ao bebê, da mesma forma relatado nos achados das pesquisas de Finkler, Oleiniski, Ramos (2004) e Albuquerque, Abegg, Rodrigues (2004), Nogueira *et al* (2012), em que as gestantes apresentam receio em realizar estes procedimentos por causa do bebê.

Foi observado que os mitos referentes a esses 3 procedimentos foram reforçados por um odontólogo da unidade, que não solicita exame radiográfico para a gestante e só realiza exodontia no 2º trimestre. Esta atitude do profissional, relatada no capítulo dos resultados, fez com que a gestante não tivesse seu tratamento concluído, além de sustentar um conceito sem fundamento científico.

Muitos profissionais preferem se esquivar do atendimento odontológico à gestante, principalmente no primeiro trimestre, com receio de serem responsabilizados por possíveis fatalidades ocorridas com o bebê. Esta atitude, conforme Codato *et al* (2011), faz com que os profissionais reforcem a perpetuação desses conceitos errôneos, o que dificulta a gestante em aceitar o PNO, pois ela irá se sujeitar à justificativa do odontólogo. Este episódio ocorreu com uma das grávidas entrevistadas, ao afirmar que o tratamento odontológico é contraindicado durante a gestação. Esta informação foi adquirida através do seu dentista particular, fazendo com que seguisse a sua orientação, mesmo que equivocada e sem embasamento nas evidências científicas. Nogueira *et al* (2012) afirmam: “mães que creem que o tratamento odontológico é contraindicado durante a gestação, mesmo necessitando, recusam o tratamento.”

Codato (2011) também diz que o profissional odontólogo que rejeita o cuidado à gestante, em razão de desconhecimento científico, perpetua problemas de saúde e impede o acesso de qualidade ao PNO. Além disso, o desconhecimento acaba alimentando os muitos mitos e as superstições. Lembra-nos o filósofo Voltaire, ao comentar sobre o fanatismo no seu *Tratado sobre a Tolerância*, que o mesmo era decorrente da ausência de conhecimento (no caso religioso), o que abria o flanco para superstições e credices (In: DUSILEK, 2016). Seja na religião, seja na ciência, onde falta o conhecimento, crescem os mitos.

A questão que se levanta é o que fazer diante da existência de tais mitos, especialmente quando nos deparamos com o fato deles serem alimentados pelos próprios odontólogos. Para Da Silveira, Abraham, Fernandes (2016) torna-se claro a necessidade de se investir em educação voltada para o cirurgião-dentista sempre que este discurso inverídico persistir através dos próprios profissionais de saúde.

Em contrapartida, foram observadas situações em que os odontólogos foram instrumentos para desmistificação de fatos trazidos pelas usuárias gestantes, mesmo sendo de forma individual, durante a consulta odontológica, realizado o papel de educador em saúde.

As gestantes demonstraram aceitar bem a intervenção, compreendendo que ela é boa para o binômio mãe-bebê. Porém, torna-se necessária a desconstrução de mitos e conceitos errados que permanecem arraigados neste grupo de usuárias. Documentos do Ministério da Saúde enfatizam que é importante que os odontólogos trabalhem de forma integrada com os outros profissionais de saúde da eSF, e compartilhe informações precisas sobre o PNO, enfatizando que ele é bom para a gestante e seu bebê e que é realizado de forma segura. Da mesma forma, esses profissionais devem entender que a saúde bucal da gestante faz parte do pré-natal, e que ela coopera para a sua saúde geral, bem como do bebê. (BRASIL, 2012; BRASIL 2018).

Para que seja possível desmistificar o PNO ao público gestante, o profissional odontólogo precisa estar capacitado e atualizado cientificamente para prestar o devido cuidado a este grupo de usuárias. Da mesma forma, os outros profissionais da saúde – médicos, enfermeiros e ACS – também podem incentivar a gestante quanto à realização do PNO, orientando-a quanto aos benefícios pessoais deste cuidado, e que se estenderá futuramente também para o seu bebê. Para tanto, estes profissionais também precisam ser capacitados sobre o que é esta intervenção, bem como a sua abrangência no tocante às atividades realizadas. O discurso único, quando proferido por todos os profissionais da ESF, através da desmistificação do PNO, transmite mais segurança à gestante, de forma que ela seja encorajada a procurar pela eSB, contribuindo para a melhora do acesso ao cuidado odontológico, segundo a afirmação de Custódio (2019).

11 CONCLUSÕES

Este estudo buscou avaliar o acesso das gestantes ao PNO em uma área programática (AP) do município do Rio de Janeiro através das subdimensões da aceitabilidade, conformidade e adequação. Não obstante esta dissertação não ter tido o objetivo de revisar os dados de nenhuma outra pesquisa, observou-se, pela análise dos resultados, a confirmação de outras pesquisas feitas anteriormente, tais como:

Ficou evidenciado que os profissionais pré-natalistas são fundamentais para o acesso destas usuárias ao serviço de saúde bucal, realizado através do encaminhamento realizado normalmente, na primeira consulta de PN. Da mesma forma, os ACS, através da identificação precoce da gestante no território, ao encaminhá-la para a unidade de saúde, a fim de iniciar o cuidado PN, também possuem um papel relevante no acesso deste serviço de saúde.

Quanto ao primeiro objetivo específico, a intervenção foi descrita por meio da construção do modelo lógico, utilizando as normas, descritas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e do município do Rio de Janeiro, o qual foi validado juntamente com a eSB da unidade de saúde avaliada.

Em relação ao segundo objetivo específico, foi identificado que os profissionais odontólogos não realizam todas as atividades referentes ao PNO. A ênfase do cuidado odontológico à gestante é na assistência clínica, focado no tratamento curativo, ora pela ausência de tempo diante da concentração de demandas, ora por constatar que alguns procedimentos deixam de ser realizados em função de desconhecimento científico e insegurança profissional, demonstrando falta de conformidade e não aceitabilidade relacionada à algumas práticas. Estes profissionais demonstraram conhecer pouco da influência da gravidez na saúde bucal e os possíveis desfechos gestacionais desfavoráveis relacionados à falta de saúde oral da mulher, revelando falta de conformidade com as normas.

A visita domiciliar à gestante não é desempenhada pelos odontólogos em função da sobrecarga no atendimento clínico, bem com a violência territorial e a greve dos profissionais de saúde em decorrência do atraso salarial, revelando falta de conformidade com as normas. Esta atividade é feita pelos profissionais ACS, revelando uma adequação às normas. A atividade em grupo, voltada para a educação em saúde não é realizada, sendo suprimida também pela grande demanda das atividades curativas, em virtude da desproporção das eSB:eSF, atestando falta de conformidade. Todavia, os profissionais também se adequaram às normas, exercendo-a de modo individual, durante a consulta. Embora compreendam o PNO como uma intervenção que engloba

o tratamento preventivo, curativo e educação em saúde, foi observado que o modelo tecnicista ainda persiste entre os odontólogos.

Quanto ao terceiro objetivo específico, embora os profissionais da eSF saibam que, segundo as normas, a gestante precisa ser encaminhada ao PNO, foi identificado que nem sempre a usuária é orientada a passar pela consulta odontológica, dificultando seu acesso ao serviço de saúde bucal, revelando não conformidade. Quando este encaminhamento é feito, não há um padrão na forma de sua realização, pois alguns o fazem de forma verbal e outros, por escrito.

O desconhecimento dos profissionais da eSF relacionado à intervenção, bem como a relação da saúde bucal com a gestação também demonstrou falta de conformidade. Particularmente, no tocante aos profissionais ACS, estas percepções foram cercadas de mitos e crenças. Não obstante, estes profissionais compreendem o PNO como um cuidado pertinente, demonstrando aceitabilidade.

Os gestores também reconhecem a importância desta intervenção, no sentido de possibilitar uma mudança na história da saúde bucal da família a partir da gestante e pelo fato da gestação ser um facilitador do acesso ao serviço de saúde bucal em razão da prioridade do cuidado na rede de saúde. Os gestores de saúde bucal percebem a existência de dúvidas no tocante ao PNO, que frequentemente é demandada pelos odontólogos que trabalham na assistência.

Em referência ao quarto objetivo específico, verificou-se que as gestantes aceitam a intervenção, pois compreendem que o cuidado traz benefício à sua própria saúde, estendendo-o para o seu bebê, revelando aceitabilidade. No entanto, mitos e crenças também prevaleceram em relação ao PNO, bem como da influência da gravidez na saúde bucal. Lembramos que as superstições crescem onde o conhecimento diminui.

Sobre o quinto e último objetivo específico, foram identificados algumas barreiras e facilitadores para o acesso ao PNO na unidade de saúde avaliada. O fato da gestante ser prioridade de atendimento na rede, a possibilidade da realização da 1ª consulta odontológica no mesmo dia em que é encaminhada pelo PN e a busca ativa realizada pelos profissionais ACS, foram fatores facilitadores reconhecidos na pesquisa avaliativa. Eventuais demissões e rotatividade profissional, a violência frequente no território, a sobrecarga no atendimento clínico, inviabilizando a realização de algumas atividades e o fluxo do encaminhamento da gestante até a sua chegada ao serviço de saúde bucal, foram as barreiras observadas.

O estudo se deparou com as seguintes limitações: a realização do estudo de caso somente com uma unidade de saúde em virtude da falta de tempo hábil para a realização da pesquisa de campo, decorrente da greve dos profissionais da saúde, da violência no território e na demora além da esperada do parecer do CEP, ocasionando uma alteração no cronograma da pesquisa,

impossibilitando a realização da avaliação preliminarmente idealizada. Todavia, a redução do escopo não impossibilitou a execução deste estudo.

As entrevistas possibilitaram a coleta expressiva de informações sobre a intervenção, o percurso da gestante na unidade de saúde até a sua chegada ao serviço de saúde bucal, bem como a assistência odontológica e as outras atividades referentes ao PNO. No entanto, com o grupo das gestantes, foi observado que a entrevista semi-estruturada frequentemente inibia as usuárias em responder, e por algumas vezes ocasionou dúvidas, mesmo o roteiro tendo passado por um estudo piloto e sofrer ajustes necessários.

A partir dos resultados obtidos, é possível concluir que a gestante não tem acesso à intervenção em sua totalidade em virtude da não realização de algumas atividades do PNO relatada pelos profissionais odontólogos e por não ser encaminhada sistematicamente ao serviço de saúde bucal pelos profissionais pré-natalistas.

Recomendações:

Gerais:

- Que diante da evidência trazida pela pesquisa, qual seja, a negligência na abordagem do PNO nos cursos de enfermagem, medicina e principalmente de odontologia, que o Ministério de Educação estabeleça a obrigatoriedade da abordagem deste conteúdo na graduação.

- Que os manuais do Ministério da Saúde, relacionados ao cuidado PNO sejam revisados de acordo com as evidências científicas e que sejam claros e assertivos nas orientações, de forma a não confundir o profissional responsável pela assistência, tampouco gerar insegurança, assim como respeitar a autonomia profissional do odontólogo.

Gestão municipal:

- Em virtude dos inúmeros convênios de preceptoria da SMS-RJ com as universidades do Grande Rio, que sejam feitas gestões junto aos cursos de graduação de odontologia, visando a abordagem do PNO no conteúdo programático, presente na grade curricular.

- Estruturação de uma educação permanente com esta abordagem temática, a ser realizada de modo periódico, de forma a alcançar continuamente novos profissionais odontólogos contratados pela gestão;

- Construção de um protocolo clínico do PNO, contendo rotinas, procedimentos preventivos, curativos, cirúrgicos, medicamentos seguros indicados, atividades educativas, a fim de padronizar a assistência na rede;

- Elaboração de um material instrucional de promoção de saúde, padronizado, voltado para o binômio mãe-bebê a ser entregue à usuária ao participar do grupo de promoção de saúde (ou em nível individual);

- Revisão do indicador, para que este consiga mensurar se a usuária iniciou e finalizou o tratamento odontológico durante o período gravídico;

Equipe de Saúde Bucal

- Participação mais ativa da eSB nas reuniões de equipe. Em virtude da desproporção eSB/eSF, viabilizar uma escala, de forma que cada eSB participe de pelo menos, 1 reunião por mês com cada eSF da qual é responsável pelo cuidado;

- Após passarem pela capacitação, utilizar a potência da reunião de equipe para matriciamento e educação permanente dos colegas da eSF em relação ao PNO;

- Realização mensal do grupo de promoção de saúde da gestante – a equipe pode fazer um arranjo entre os profissionais, caso haja algum odontólogo que não tenha habilidade para realizar exposição oral, deixando o que tem mais facilidade para desempenhar esta atividade. É ideal que seja feito de forma multiprofissional, porém, caso não seja possível, fazer somente com a eSB;

Gestão local/Equipe de Saúde da Família

- Criação de uma tabela, contendo todos os encaminhamentos/exames, a ser anexada ao cartão da gestante, de forma a facilitar a visualização por todos os profissionais e pela usuária gestante.

- Disponibilizar um profissional ACS da equipe, que direcione a gestante ao serviço de saúde bucal após a 1ª consulta de PN, para que seja submetida à avaliação odontológica ou devidamente agendada para uma data próxima, caso não seja possível realizá-la neste momento.

Usos e Influências da Avaliação

A Entrevista com a gestão de saúde bucal que representava o nível central, resultou numa autocrítica em relação à inexistência de educação permanente com a temática do PNO, resultando de imediato, um convite à equipe de odontologia do HMatCD para a realização de um curso de capacitação para os profissionais odontólogos da rede municipal que foi realizado num evento comemorativo referente ao dia do Cirurgião Dentista, no mês de outubro de 2019, mais precisamente no dia 25.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Olga Maria Ramalho de; ABEGG, Cláides; RODRIGUES, Cecile Soriano. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 789-796, 2004.
- ALEIXO, Rodrigo Queiroz *et al.* Alterações Bucais em Gestantes–Revisão da Literatura. **Saber Científico**, v. 1, n. 1, p. 68-80, 2016.
- ALFODI, F. La Fabrication des Critères. In: **Savoir évaluer en Action Sociale et Médicosociale**. Paris:Dunod, 2006.
- ALVES, Renata Toledo *et al.* Oral care during pregnancy: attitudes of Brazilian public health professionals.**International journal of environmental research and public health**, v. 9, n. 10, p. 3454-3464, 2012.
- ALVES FILHO, Pedro; SANTOS, Ricardo Ventura; VETTORE, Mario Vianna. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 67-77, 2014.
- ARAÚJO, P. **Relação entre saúde bucal e saúde sistêmica: avaliação do conhecimento dos acadêmicos de Odontologia**. 2012. 87f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Araçatuba. 2012.
- BARAK, Shlomi *et al.* Evidence of periopathogenic microorganisms in placentas of women with preeclampsia. **Journalofperiodontology**, v. 78, n. 4, p. 670-676, 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BASTIANI, C., COTA, A. L. D., PROVENZANO, M. G. A. *et al.* Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol. Clin. Cient.** 2011; 9 (2): 155-60.
- BATISTA, Ana Luzia A. *et al.* Inter-relação entre doença periodontal e doenças cardiovasculares-abordagem etiopatogenética. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 69, n.3, p. 68-72, mar. 2012.

BATISTELLA, Fabiane Inês Dalcin *et al.* Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal na rede pública e em consultórios particulares. **RGO**, v. 54, n. 1, 2006.

BIZERRIL, Davi Oliveira *et al.* Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-8, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. (Série A: Normas e Manuais Técnicos). **Assistência Pré-natal**. 2ª edição. Brasília, 1988. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002. 27p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2004. 16p.

BRASIL. **Portaria nº 493, de 10 de março de 2006c**. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, p. 45-52, 13 março 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 44p.

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

BOGGESE, Kim A. *et al.* Severe preeclampsia and maternal self report of oral health, hygiene, and dental care. **Journal of Periodontology**, v. 84, n. 2, p. 143-151, 2013.

BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. In: Avaliação: conceitos e métodos. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2011.

CADEMARTORI MG, MACHADO RA. **Implantação de um programa de pré-natal odontológico em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família do município de São José do Norte/RS, 2012.** [acesso em 19 de janeiro de 2019]. Disponível em <http://www2.ufpel.edu.br/enpos/2012/anais/pdf/CS/CS_00553.pdf>

CALDARELLI, Pablo Guilherme; CURY, J.; TENUTA, L. M. A. Necessidade de revisão da regulamentação brasileira sobre dentifrícios fluoretados. **Rev Saúde Pública**, v. 49, p. 74, 2015.

CAMARGO, Marcela Canoso *et al.* Atendimento e protocolo indicados na odontologia à gestante: revisão da literatura. **Rev. Odontol. Araçatuba**, v. 35, n. 2, p. 55-60, 2014.

CAMATA, Bruno Coimbra; MACEDO, Adriana Furtado de; DUARTE, Danilo Antonio. O impacto do processo saúde-doença periodontal em gestantes em relação ao parto prematuro. **RGO–Rev Gaúcha Odontol**, v. 55, n. 3, p. 267-70, 2007.

CAPUCHO, S. N., MARINO, A. S. S., CORTES, L. R. *et al.* Principais dúvidas dos cirurgiões-dentistas em relação à paciente gestante. **Rev. Biociênc.** 2003; 9 (3): 61-5.

CARDOSO, GCP; CRUZ, MM; ABREU, DMF; DECOTELLI, PV; CHRISPIM, PPM; BORENSTEIN, JS; SANTOS, EM. Adesão ao tratamento diretamente observado para tuberculose – o sentido atribuído pelos usuários e profissionais de saúde em duas regiões administrativas do município do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva** 2012; 20:217-224.

CARDOSO, GCP; CRUZ, MM; ABREU, DMF; DECOTELLI, PV; CHRISPIM, PPM; BORENSTEIN, JS; SANTOS, EM. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de saúde de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva** 2012; 20:203-210.

CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, AP; BROUSSELLE, A; HARTZ, Z; DENIS, JL. **A Avaliação no campo da Saúde: Conceitos e Métodos.** In: BROUSSELLE *et al* (Orgs.) Avaliação: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011, p. 41-60.(CAP 2).

CAHILL, R. J. *et al.* Universal DNA primers amplify bacterial DNA from human fetal membranes and link *Fusobacterium nucleatum* with prolonged preterm membrane rupture. **MHR: Basic science of reproductive medicine**, v. 11, n. 10, p. 761-766, 2005.

CHAMPAGNE, F; BROUSSELLE, A; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE *et al* (Org.) **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011, p. 61-74. (CAP 3).

CHAMPAGNE, F; BROUSSELLE, A; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP.; DENIS, JL. A Análise de Implantação. In: BROUSSELLE *et al* (Org.) **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011, p. 217-238.

CHAVES, Sônia Cristina Lima et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1791-1803, 2017.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto. **Pré-natal odontológico e saúde bucal: Percepções e representações de gestantes**. 2005, 131f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto *et al*. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 2297-2301, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEUAUT, R. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z. M. de A. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997, p. 29-47.

CORRÊA, Gabriel Trevizan; CELESTE, Roger Keller. Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 2588-2598, 2015.

CORTEZZI, E. B. de A., CORTEZZI, W. Protocolo Clínico para o Tratamento Odontológico de Pacientes Grávidas (1ª parte). **Revista CRO-RJ Notícias**, Junho 2012.

Curso de Avaliação em Saúde. **Material didático online do Curso de Especialização em Avaliação em Saúde – Educação à Distância**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/EAD. 2014.

CURY, J. A. Uso do Flúor e o Controle da Cárie como Doença. In: Baratieri, L. N. **Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades**. São Paulo: Santos & Quintessence; 2001, p. 33-68.

CUSTÓDIO, Lia Borges de Mattos. **Estudo dos protocolos de atenção à saúde da gestante de alto risco e prevalência de cárie dentária**. Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, Dissertação. 2019.

DA SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet; ABRAHAM, Marga Weissheimer; FERNANDES, Clarissa Hoppe. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, 2016.

DE AGUIAR, Tatiana Carolina *et al.* Avaliação do perfil de risco de cárie dentária em gestantes de Araraquara, Brasil Evaluación de factores de riesgo de padecer caries dental en gestantes de Araraquara, Brasil Evaluation of risk factors suffering dental caries in pregnant from Araraquara, Brazil. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 48, n. 4, p. 341-351, 2011.

DE ANDRADE, Eduardo Dias. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. Artes Médicas Editora, 2014.

DE ARAÚJO, Silvana Marchiori; DOS SANTOS POHLMANN, Cristine; REIS, Vanessa Gonçalves. Conhecimento e atitudes dos médicos ginecologistas/obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 14, n. 3, 2009.

DE OLIVEIRA, Dhelfeson Willy Douglas *et al.* Saúde bucal materna associada ao parto prétermo e baixo peso dos recém-nascidos: um estudo transversal. **Arquivos em Odontologia**, v. 50, n. 2, 2014.

DE OLIVEIRA, Eliana Cristina *et al.* Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 4, n. 1, 2014.

DA SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet; ABRAHAM, Marga Weissheimer; FERNANDES, Clarissa Hoppe. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, 2016.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z. M. de A. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997, p. 49-88.

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality: A Conceptual Exploration. In: **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I)**. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980. Pgs. 1-31.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. In: **Arch. Pathol. Lab. Med.**, 114:1115-1118, 1990.

DOS SANTOS NETO, Edson Theodoro *et al.* Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal Access to dental care during prenatal assistance. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, 2012.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; DE ANDRADE, Sônia Maria Oliveira. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 121-125, 2006.

DUBOIS, CA; CHAMPAGNE, F; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE *et al* (Org.) **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011, p. 19-40.

DUSILEK, Sergio Ricardo Gonçalves. A ATUALIDADE DO CONCEITO DE TOLERÂNCIA EM JOHN LOCKE. **PARALELLUS Revista de Estudos de Religião - UNICAP**, Recife-PE, v. 7, n. 16, p. 411-423, dez. 2016. ISSN 2178-8162. Disponível em: <<http://www.unicap.br/ojs/index.php/paralellus/article/view/708/842>>. Acesso em: 12 jun. 2020.

EBRAHIM, Zahra Fernandes *et al.* Tratamento Odontológico em Gestantes. **Science**, v. 5, n. 1, p. 32-44, 2014.

ECHEVERRIA, Sandra; POLITANO, Gabriel Tilli. **Tratamento Odontológico Para Gestantes**. Grupo Gen-Livraria Santos Editora, 2000.(2ª edição – 2016).

ELIAS, Raíssa Costa Ferreira *et al.* Tratamento odontológico durante a gestação: conhecimentos e percepções de estudantes de Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 3, p. 114-126, 2018.

ERCAN, Esra *et al.* Evaluation of periodontal pathogens in amniotic fluid and the role of periodontal disease in pre-term birth and low birth weight. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 71, n. 3-4, p. 553-559, 2013.

FAGUNDES, Daniely Quintão; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; DOS SANTOS NETO, Edson Theodoro. Assistência odontológica no pré-natal e o baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 2015.

FAQUIM, Juliana Pereira da Silva; FRAZÃO, Paulo. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. **Saúde debate**, v. 40, n. 109, p. 59-69, 2016.

FELDENS, Eliane Gerson *et al.* A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 1, p. 41-46, 2005.

FINKLER, Mirelle; OLEINISKI, Denise Maria Belliard; RAMOS, Flávia Regina Souza. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 360-368, 2004.

FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG; NAVARRO, LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG (Orgs) **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 1-13.

FLICK U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. 400 p.

FRAZÃO P, MARQUES D. Influência de Agentes Comunitários de Saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006; 11(1):131-144.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Revista de Odontologia da UNESP**, p. 161-165, 2011.

GAUTHIER, S. *et al.* The origin of *Fusobacterium nucleatum* involved in intra-amniotic infection and preterm birth. **The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine**, v. 24, n. 11, p. 1329-1332, 2011.

GREENE, JC; CARACELLI, VJ; GRAHAM, WF. Toward a conceptual framework for Mixed-Method Evaluation Designs. **Educational Evaluation and Policy Analysis**. Fall, 1989, Vol. 11, N. 3, pp.253-274.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Editora Record, 1997.

GONÇALVES, Jéssica Bezerra *et al.* Conhecimento sobre saúde bucal das gestantes atendidas em CRAS. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 8, 2015.

GOUVÊA, Giovana Renata *et al.* Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, 2015.

HAN, Yiping W. *et al.* Transmission of an uncultivated *Bergeyella* strain from the oral cavity to amniotic fluid in a case of preterm birth. **Journal of clinical microbiology**, v. 44, n. 4, p. 1475-1483, 2006.

HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

HASEGAWA NAKAMURA, K. *et al.* The possible mechanism of preterm birth associated with periodontopathic *Porphyromonas gingivalis*. **Journal of periodontal research**, v. 46, n. 4, p. 497-504, 2011.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3553-3559, 2014.

INÁCIO, João. Atenção à saúde bucal e o sistema de informações no município do Rio de Janeiro. 2003. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

JESUS, RenianiLami; ENGSTROM, Elyne; BRANDÃO, Ana Laura. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015.

KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. **Journal of dental research**, v. 94, n. 5, p. 650-658, 2015.

KATZ, J. *et al.* Localization of *P. gingivalis* in preterm delivery placenta. **Journal of dental research**, v. 88, n. 6, p. 575-578, 2009.

KONISHI, Flávia*et al.* Odontologia intra-uterina. **Rev. APCD**, v. 49, n. 2, p. 135-136, 1995.

KONISHI, F.; ABREU-E-LIMA, F. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. **RevBrasOdontol**, v. 59, n. 5, p. 294-295, set./out. 2002.

KONISHI, Flavia; POLITANO, G T; MUGAYAR, L R. Odontologia intrauterina: um modelo antecipado na construção da saúde bucal da criança. In: Takaoka, L A; Coutinho, L; Weiler, R M E. **Odontopediatria – A transdisciplinaridade na saúde integral da criança**. São Paulo: BOK2; 2018, p.33-44.

KRÜGER, Marta SM *et al.* Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. **Maternal and child health journal**, v. 19, n. 3, p. 504-510, 2015.

LACHAT, Maryanne F. *et al.* Periodontal disease in pregnancy: review of the evidence and prevention strategies. **The Journal of perinatal & neonatal nursing**, v. 25, n. 4, p. 312-319, 2011.

LAMPERT, Luciana; BAVARESCO, Caren Serra. Atendimento odontológico à gestante na atenção primária à saúde: revisão de literatura. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 6, n. 2, p. 81-112, 2017.

LEAL, Neide Pires. **Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente.** Tese de Doutorado. Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006

LEE, Rosanna Shuk-Yin *et al.* Dentists' perceptions of barriers to providing dental care to pregnant women. **Women's Health Issues**, v. 20, n. 5, p. 359-365, 2010.

LEE, Sarah KY *et al.* The Case for Improved Interprofessional Care: Fatal Analgesic Overdose Secondary to Acute Dental Pain during Pregnancy. **Case reports in dentistry**, v. 2016, 2016.

LEME, AF Paes *et al.* The role of sucrose in cariogenic dental biofilm formation—new insight. **Journal of dental research**, v. 85, n. 10, p. 878-887, 2006.

LEÓN, Rubén *et al.* Detection of Porphyromonas gingivalis in the amniotic fluid in pregnant women with a diagnosis of threatened premature labor. **Journal of periodontology**, v. 78, n. 7, p. 1249-1255, 2007.

LOPES, MônicaGuimarães Macau. **Política Carioca Rindo à Toa e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola: análise da política de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o Brasil Sorridente.** Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

LOURENÇO, Eloisio do Carmo *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1367-1377, 2009.

MARTINS, Débora Prado *et al.* A Saúde Bucal de uma Subpopulação de Gestantes Usuárias do Sistema Único de Saúde: um Estudo Piloto. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 3, p. 273-278, 2013.

MATSUBARA, A. S.; DEMETRIO, A. T. W. Atendimento odontológico às gestantes: revisão da literatura. **Revista UningáReview**, [S.l.], v. 29, n. 2, jan. 2018. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1959>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MEDEIROS-SERPA, Eliane; FREIRE, Priscila Lima de Luna. Percepção das gestantes de João Pessoa-PB sobre a saúde bucal de seus bebês. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 11, n. 2, p. 121-125, 2012.

MENDES, Yasmine Bitencourt Emilio *et al.* A influência da doença periodontal sobre nascimentos de crianças prematuras e de baixo peso. **Journal of Health Sciences**, v. 12, n. 1, 2015.

MENOLI, Ana Paula Vicente; FROSSARD, Wanda T. Garbelini. Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 34-42, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTANDON, Elisa Maria *et al.* Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. **JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê**, v. 4, n. 18, p. 170-3, 2001.

MOIMAZ SAS, SALIBA NA, GARBIN CAS, ZINA LG, MOSCARDINI TM. Avaliação da percepção de acadêmicos de odontologia sobre a participação no Programa de Atenção Odontológica à Gestante da FOAUNESP. **Revista Ciência em Extensão**. 2006; 2(2): 115.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba *et al.* O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 39-45, 2007.

MORGAN, M. *et al.* Oral health during pregnancy. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, Boca Raton, v. 22, n. 9, p. 733-739, 2009.

NASCIMENTO, Érica Pereira *et al.* Gestantes frente ao tratamento odontológico. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 125, 2012.

NOGUEIRA, Paula Molina. **O cuidado odontológico à gestante na rede pública de atenção primária de Belo Horizonte**. Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

NOGUEIRA, Laís Trosdorf *et al.* Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Odontologia Clínico-Científica**, p. 127-131, 2012.

NOVAK, Joseph D.; ALBERTO, J. Cañas. JA A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/1298>. Acesso em 01 de abril de 2020.

OFFENBACHER, Steven *et al.* Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **Journal of Periodontology**, v. 67, n. 10s, p. 1103-1113, 1996.

OLIVEIRA, Roberta Segato de Rosa Gentil de; CASTELLANOS FERNANDEZ, Roberto Augusto. **Percepção sobre saúde bucal e atendimento odontológico, por gestantes em programas de assistência pré-natal, no município de Santo André - SP**. 2002. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PAIVA, LC de A.; CAVALCANTI, Alessandro Leite. Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura. **Publ UEPG CiBiol Saúde**, v. 11, n. 2, p. 35-42, 2005.

PEIXOTO, Catharina Rocha *et al.* O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, p. 286-291, 2011.

PENCHANSKY, DBA; THOMAS, JW, 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **MedCare**, February, 19(2):127-40.

PIRES, Simone de Souza; DOS SANTOS, Monaliza Argollo. A expansão da cobertura do programa de saúde da família na cidade do rio de janeiro, no contexto da privatização da saúde. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, MA. 2015.

POISTER, TH. Performance Monitoring. In: WHOLEY, JS; HARRY, PH; KATHIRRYN (Editors). **Handbook of Practical Program Evaluation**, 2ª Edition, Jossey-Bass. p. 99-125, 2004.

POLITANO G. **Doença periodontal, alterações inflamatórias e pré-eclâmpsia: avaliação clínica e imunológica.** Tese. 122f. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 2009.

POLITANO, G. T. *et al.* Correlation between periodontal disease, inflammatory alterations and pre eclampsia. **Journal of periodontal research**, v. 46, n. 4, p. 505-511, 2011.

QUEIROZ, S. M. P. L. Promovendo a saúde bucal nos diferentes ciclos da vida: gestante e bebê. **Rev. CRO Paraná**, Curitiba, ano 11, n. 51, p. 8-9, 2005.

ROCHA, José Mariano da. **Bactérias subgengivais em gestantes: uma resposta ao tratamento periodontal e associação com prematuridade e baixo peso ao nascer.** Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, porto Alegre. 2014.

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

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. **Auditoria de Programa de Saúde Bucal**, 2004. 79p.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolos e rotinas de funcionamento dos serviços de saúde bucal na atenção básica, média e alta complexidade. Programa Carioca rindo à Toa. Rio de Janeiro, 2007. 9p.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Rio de Janeiro, 2013. 112p.
http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica – Organização do Acesso na Saúde Bucal.** 2016. 16p.

RODRIGUES, Fábio *et al.* Anestesia local em gestantes na odontologia contemporânea/Local anesthesia in pregnantwomen in contemporarydentistry/La anestesia local enmujeresembarzadasenlaodontologíacontemporánea. **JOURNAL HEALTH NPEPS**, v. 2, n. 1, p. 254-271, 2017.

ROSELL, Fernanda Lopez *et al.* Impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, p. 287-293, 2013.

SAMICO, I. *et al* (Org.). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro. IMIP MedBook. 2010.

SANZ, Mariano *et al*. Role of microbial biofilms in the maintenance of oral health and in the development of dental caries and periodontal diseases. Consensus report of group 1 of the Joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal disease. **Journalofclinicalperiodontology**, v. 44, p. S5-S11, 2017.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

SCAVUZZI, Ana Isabel Fonseca; ROCHA, Maria Celina B.; VIANNA, Maria Izabel Pereira. Estudo da prevalência da cárie dentária em gestantes brasileiras, residentes em Salvador-BA. **JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê**, v. 2, n. 6, p. 96-102, 1999.

SILVA, Lorena Soares da *et al*. Indicadores de atenção básica e especializada em saúde bucal nos municípios do Estado do Pará, Brasil: estudo ecológico, 2001-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 325-334, 2013.

SILVA, F. W. G. P., STUANI, A. S., QUEIROZ, A. L. Atendimento odontológico à gestante – parte 2: A consulta. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**. 2006; 47 (3): 5-9.

SILVA, Andréa Lorena Santos *et al*. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 30, n. 1, mar. 2015. ISSN 1561-2961. Disponible en: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/487/82>>. Data de acesso: 08 mai. 2020

SOUSA, MGG; SANTOS, EM; FRIAS, PG. Avaliação do Grau de Implementação do Projeto Nascer – Maternidades relacionado à Sífilis Congênita em Pernambuco. In: Elizabeth Moreira dos Santos; Marly Marques da Cruz. (Org.). **Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à pratica da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. 1ed.Rio de Janeiro: EditoraFiocruz, 2014, p.61-94.

STRAFFORD, Katherine E.; SHELLHAAS, Cynthia; HADE, Erinn M. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 21, n. 1, p. 63-71, 2008.

SUBPAV – <https://subpav.org/logar.php>

KONISHI, Flavia; POLITANO, Gabriel Tilli; MUGAYAR, Lêda Regina. Odontologia Intrauterina: um modelo antecipado na construção da saúde bucal da criança. In: TAKAOKA, Liliana A. M V.; COUTINHO, Lúcia; WEILLER, Rosa Maria Eid. **Odontopediatria: a transdisciplinaridade na saúde integral da criança**. 2ª edição São Paulo: BOK2 Brasil, 2018.

TATEISHI, Fumi *et al.* Detection of Fusobacterium nucleatum in chorionic tissues of high risk pregnant women. **Journal of clinical periodontology**, v. 39, n. 5, p. 417-424, 2012.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2018. **<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>**.

TREVISAN, Carolina Lunardelli; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Fatores que interferem no acesso e na adesão das gestantes ao tratamento odontológico. **Archives of Health Investigation**, v. 2, n. 2, p. 29-35, 2013.

VASCONCELOS, Rodrigo Gadelha *et al.* Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 120, 2012.

VENANCIO, Elizandra de Queiroz *et al.* A percepção do enfermeiro da saúde da família sobre saúde bucal na gestação. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 10, n. 4, p. 812-819, 2011.

VIEIRA, Graciene de Fátima; ZOCCRATTO, Keli Bahia Felicíssimo. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. **RFO UPF**, v. 12, n. 2, 2007.

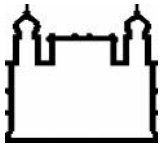
VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Tomo Editorial, Porto Alegre. 2000, 136p.

VUORI, Hannu. A qualidade da saúde. **Divulg. saúde debate**, n. 3, p. 17-24, 1991.

WEI, Ben-Juan *et al.* Periodontal disease and risk of preeclampsia: a meta-analysis of observational studies. **PLoS One**, v. 8, n. 8, p. e70901, 2013

WERNECK, MAF. Algumas reflexões sobre cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde no Brasil. Belo Horizonte. Mimeo. 2003.

ANEXOS



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“O acesso das Gestantes ao Pré-natal Odontológico no município do Rio de Janeiro”**, desenvolvida por Liliana Gomes ZambrottiDusilek, aluna do curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar o acesso da gestante ao Pré-natal Odontológico através da conformidade com as normas e técnicas e das práticas dos profissionais de saúde.

Este convite se dá pelo motivo desta pesquisa estudar e avaliar três diferentes grupos de pessoas, entre eles, o dos gestores da saúde. A sua participação não é obrigatória, e sim voluntária, tendo total liberdade para decidir se deseja ou não participar e também retirar sua participação a qualquer momento da realização desta pesquisa. Caso você não queira participar ou deseje desistir mais tarde, você não será penalizado de maneira alguma e em nenhum momento. Porém, a sua cooperação será muito importante para a realização deste estudo, pois suas informações permitirão conhecer a visão da gestão em relação ao cuidado odontológico da gestante, bem como suas ações que viabilizem o funcionamento da intervenção e também seus desafios e dificuldades. A sua colaboração nesta pesquisa possibilitará como benefício indireto a melhora do acesso da usuária gestante ao Pré-natal Odontológico, melhora da qualidade, tendo como consequência o restabelecimento de sua saúde bucal, refletindo

positivamente na saúde geral e também da saúde do bebê, bem como a possibilidade de melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

A sua participação será realizada através de entrevista, que acontecerá num ambiente reservado, garantido a sua privacidade. A entrevista tem a duração de aproximadamente trinta (30) minutos, podendo se estender por mais quinze (15) minutos. Ela será gravada pela pesquisadora, transcrita e armazenada em arquivos digitais, no computador pessoal da pesquisadora, o qual possui um programa antivírus constantemente atualizado, onde somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso a essas informações. Seus dados e suas informações são confidenciais e sigilosas, portanto não serão identificados. Estas informações não serão utilizadas para nenhuma outra finalidade que não seja esta pesquisa.

Em nenhum momento da pesquisa você será identificado. Porém, a entrevista pode trazer a você algum risco como constrangimento ou desconforto, pois em virtude do seu cargo na gestão, não há como garantir o anonimato. Caso se sinta desconfortável com alguma pergunta, você pode optar em não respondê-la, ou encerrar a sua participação em qualquer momento. Caso o participante necessite de um atendimento realizado por um profissional de saúde, esta pesquisadora conduzirá o participante a este profissional para a devida assistência. Em último caso, dar-se-á por encerrada a entrevista.

Todavia, seu depoimento e experiência serão muito importantes para a realização desta pesquisa para que ela possa identificar possíveis brechas na intervenção, permitindo corrigi-las posteriormente, tendo como consequência a ampliação do acesso das gestantes ao Pré-natal Odontológico, bem como a melhora da qualidade da intervenção.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado, mediante o apagamento dos dados.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os resultados da pesquisa serão mostrados aos participantes através palestras dirigidas aos diferentes grupos participantes.

A Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi criada com o objetivo de preservar o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Observações finais:

1) Este Termo foi redigido em duas vias, sendo que uma será entregue a você, participante, e a outra via ficará com o pesquisador.

2) Contatos do pesquisador responsável:

✓ Email: lilizambrotti@posgrad.ensp.fiocruz.br ✓ Telefone: 2598-2861 / 2598-2972

✓ Endereço: LASER - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – ENSP – Sala 613 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP 21041-210

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

CEP/ENSP

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Tel: (21) 2598-2863

CEP/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br.

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro - CEP: 20031-040

Tel.: (21) 2215-1485

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável

LASER - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – ENSP - Sala 613 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP 21041-210 - Tels: 2598-2861 / 2598-2972

Rio de Janeiro, ____ / ____ / 2019

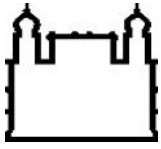
Liliana Gomes ZambrottiDusilek – Aluna do Mestrado em Saúde Pública da ENSP-FIOCRUZ
Pesquisadora de Campo

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**O Acesso das Gestantes ao Pré-natal Odontológico no município do Rio de Janeiro**” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto/ filmagem.

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante da pesquisa



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **“O acesso das Gestantes ao Pré-natal Odontológico no município do Rio de Janeiro”**, desenvolvida por Liliana Gomes ZambrottiDusilek, aluna do curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar o acesso ao cuidado odontológico da mulher durante a gestação, através da conformidade com as normas e técnicas e das práticas dos profissionais de saúde.

Este convite se dá pelo motivo desta pesquisa estudar e avaliar três diferentes grupos de pessoas, entre eles, o dos profissionais de saúde. A sua participação não é obrigatória, e sim voluntária, tendo total liberdade para decidir se deseja ou não participar e também retirar sua participação a qualquer momento da realização desta pesquisa. Caso você não queira participar ou deseje desistir mais tarde, você não será penalizado de maneira alguma e em nenhum momento. Porém, a sua cooperação será muito importante para a realização deste estudo, pois suas informações permitirão conhecer na prática o funcionamento do Pré-natal Odontológico, possibilitando o aparecimento de detalhes importantes que muitas vezes não conseguem ser percebidos no dia a dia de trabalho da unidade de saúde. A sua colaboração nesta pesquisa possibilitará como benefício indireto a ampliação do acesso da usuária gestante ao Pré-natal Odontológico e melhora da qualidade do programa, tendo como consequência o restabelecimento da saúde bucal desta usuária, refletindo positivamente na sua saúde geral e também da saúde do bebê. Como benefício direto, a possibilidade da melhoria da intervenção, refletirá em melhores condições de trabalho.

A sua participação será realizada através de entrevista, que acontecerá num ambiente reservado, garantido a sua privacidade. A entrevista tem a duração de aproximadamente trinta (30) minutos, podendo se estender por mais quinze (15) minutos.

Em nenhum momento da pesquisa você será identificado, garantindo o seu anonimato. A entrevista será gravada pela pesquisadora, transcrita e armazenada em arquivos digitais, onde somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso a essas informações. Seus dados e suas informações ficarão sob sigilo e não serão identificados. Eles serão armazenados em local seguro, no computador pessoal da pesquisadora, o qual possui um programa antivírus, e somente os pesquisadores que se comprometeram com o sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e eles não farão uso destas informações para nenhuma outra finalidade.

A entrevista pode trazer a você algum risco como constrangimento ou desconforto. Caso alguma pergunta faça você se sentir desta maneira, você pode optar em não respondê-la, ou encerrar a sua participação em qualquer momento. Caberá à esta pesquisadora criar um ambiente de acolhimento ao entrevistado para minimizar os riscos. Caso o participante necessite de um atendimento realizado por um profissional de saúde, esta pesquisadora conduzirá o participante a este profissional para a devida assistência. Em último caso, dar-se-á por encerrada a entrevista.

Contudo o seu depoimento e a sua experiência são muito importantes para a realização desta pesquisa para que ela possa identificar possíveis brechas na assistência odontológica da usuária gestante, permitindo corrigi-las posteriormente, tendo como consequência a melhora do acesso da mulher grávida ao Pré-natal Odontológico, melhora da qualidade, bem como em melhoria das condições de trabalho.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado, mediante o apagamento dos dados.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os resultados da pesquisa serão mostrados aos participantes através palestras dirigidas aos diferentes grupos participantes.

A Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi criada com o objetivo de preservar o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Observações finais:

1) Este Termo foi redigido em duas vias, sendo que uma será entregue a você, participante, e a outra via ficará com o pesquisador.

2) Contatos do pesquisador responsável:

✓ Email: lilizambrotti@posgrad.ensp.fiocruz.br ✓ Telefone: 2598-2861 / 2598-2972

✓ Endereço: LASER - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – ENSP – Sala 613 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP 21041-210

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

CEP/ENSP

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Tel: (21) 2598-2863

CEP/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br.

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro - CEP: 20031-040

Tel.: (21) 2215-1485

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável

LASER - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – ENSP - Sala 613 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP 21041-210 - Tels: 2598-2861 / 2598-2972

Rio de Janeiro, ____ / ____ / 2019

Liliana Gomes ZambrottiDusilek – Aluna do Mestrado em Saúde Pública da ENSP-FIOCRUZ

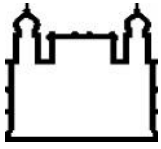
Pesquisadora de Campo

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**O Acesso das Gestantes ao Pré-natal Odontológico no município do Rio de Janeiro**” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto/ filmagem.

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante da pesquisa



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **“O acesso das Gestantes ao Pré-natal Odontológico no município do Rio de Janeiro”**, desenvolvida por Liliana Gomes ZambrottiDusilek, aluna do curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso.

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar o seu acesso ao cuidado odontológico da mulher durante a gestação, verificando se você, como usuária do SUS, conseguiu realizar o tratamento durante a gravidez, se encontrou alguma dificuldade, se recebeu orientações de prevenção através dos profissionais da sua unidade de saúde.

Este convite se dá pelo motivo desta pesquisa estudar e avaliar três diferentes grupos de pessoas, entre eles, o das gestantes, representando o usuário do SUS. A sua participação não é obrigatória, e sim voluntária, tendo total liberdade para decidir se deseja ou não participar e também retirar sua participação a qualquer momento da realização desta pesquisa. Caso você não queira participar ou deseje desistir mais tarde, você não será penalizada de nenhuma forma e em nenhum momento caso isso aconteça. Porém, a sua cooperação será muito importante para a realização da pesquisa porque suas informações permitirão saber detalhes que não são percebidos no dia a dia de trabalho da unidade de saúde. A sua colaboração nesta pesquisa possibilitará como benefício indireto a melhora do acesso e da qualidade do cuidado odontológico da usuária gestante, tendo como consequência a melhora da saúde geral e da saúde bucal da mãe e também do seu bebê.

A sua participação será realizada através de entrevista, que acontecerá num ambiente reservado, garantido a sua privacidade. A entrevista tem a duração de

aproximadamente trinta (30) minutos, podendo se estender por mais quinze (15) minutos. Em nenhum momento da pesquisa você será identificado, garantindo o seu anonimato. A entrevista será gravada pela pesquisadora, transcrita e armazenada em arquivos digitais, onde somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso a essas informações. Seus dados e suas informações ficarão sob sigilo e não serão identificados. Eles serão armazenados em local seguro, no computador pessoal da pesquisadora, o qual possui um programa antivírus, e somente os pesquisadores que se comprometeram com o sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e eles não farão uso destas informações para nenhuma outra finalidade.

A entrevista pode trazer a você algum risco em ficar desconfortável ou constrangida. Caso alguma pergunta fizer você se sentir desta maneira, você pode escolher não respondê-la, ou encerrar a sua participação em qualquer momento. Caberá à esta pesquisadora criar um ambiente de acolhimento ao entrevistado para minimizar os riscos. Caso você necessite de um atendimento realizado por um profissional de saúde, esta pesquisadora te conduzirá a um profissional para a devida assistência. Em último caso, a entrevista se dará por encerrada. Entretanto, lembre-se que o seu depoimento e a sua experiência são muito importantes para a realização desta pesquisa para que ela possa identificar possíveis falhas no cuidado odontológico e permitindo corrigi-las futuramente.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado, mediante o apagamento dos dados.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os resultados da pesquisa serão mostrados aos participantes através palestras dirigidas aos diferentes grupos participantes.

A Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi criada com o objetivo de preservar o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Observações finais:

1) Este Termo foi redigido em duas vias, sendo que uma será entregue a você, participante, e a outra via ficará com o pesquisador.

2) Contatos do pesquisador responsável:

✓ Email: lilizambrotti@posgrad.ensp.fiocruz.br ✓ Telefone: 2598-2861 / 2598-2972

✓ Endereço: LASER - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – ENSP – Sala 613 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP 21041-210

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

CEP/ENSP

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Tel: (21) 2598-2863

CEP/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br.

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro - CEP: 20031-040

Tel.: (21) 2215-1485

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável

LASER - Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – ENSP - Sala 613 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ – CEP 21041-210 - Tels: 2598-2861 / 2598-2972

Rio de Janeiro, ____ / ____ / 2019

Liliana Gomes ZambrottiDusilek – Aluna do Mestrado em Saúde Pública da ENSP-FIOCRUZ

Pesquisadora de Campo

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**O Acesso das Gestantes ao Pré-natal Odontológico no município do Rio de Janeiro**” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto/ filmagem.

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do participante da pesquisa

Roteiro de Entrevista – Agente Comunitário de Saúde

Data: ___ / ___ / _____ **Duração da entrevista:** _____

Identificação:

- 1) Nome: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Telefone celular: (___) _____
- 4) Gênero: () Feminino () Masculino
- 5) Tempo de atuação na unidade de saúde: _____
- 6) Vínculo institucional: () concursado estatutário () concursado CLT () contratado

Roteiro da Entrevista:

- 1) Fale um pouco sobre como você começou a trabalhar na saúde pública, na ESF. Era algo que você desejava?
- 2) Como é feita a visita domiciliar e quais são os profissionais da equipe que participam?
- 3) O que você faz ao detectar uma gestante no seu território durante a visita domiciliar?
- 4) O que você sabe sobre a relação da saúde bucal com a gravidez?
- 5) O que você conhece sobre o cuidado odontológico na gravidez (O PNO)?
- 6) Como é o seu relacionamento profissional com os outros profissionais de saúde (ESF e ESB)? Vocês conversam sobre o cuidado pré-natal e sobre o PNO?
- 7) De que forma é realizado o encaminhamento da gestante para a 1ª consulta odontológica? Existe algum profissional que tem essa responsabilidade?
- 8) Você participa de atividades de educação permanente? Se positivo, quem oferta os cursos? Já realizou alguma atividade específica sobre PNO?

Roteiro de Entrevista - Enfermeiro

Data: ___ / ___ / _____ **Duração da entrevista:** _____

Identificação:

- 1) Nome: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Telefone celular: (___) _____
- 4) Gênero: () Feminino () Masculino
- 5) Tempo de atuação na unidade de saúde: _____
- 6) Vínculo institucional: () concursado estatutário () concursado CLT () contratado

Roteiro da entrevista:

- 1) Me fale um pouco sobre a sua trajetória de formação profissional (Instituição de ensino, tempo de formação, cursos, etc.)
- 2) Como se deu o seu início na saúde pública? Trabalhar nesta área era algo que você desejava?
- 3) Como é o cuidado pré-natal na sua unidade de saúde? Fale um pouco sobre a rotina da 1ª consulta.
- 4) Você conhece algo sobre a relação da saúde bucal e a gravidez?
- 5) O que você sabe sobre o PNO (o cuidado odontológico da gestante)? Durante a sua formação, você teve alguma disciplina, clínica, que orientava sobre o PNO (cuidado odontológico da gestante)?
- 6) Você costuma observar a boca e os dentes da gestante durante a consulta de pré-natal? Caso positivo, o que costuma fazer em relação a isso?
- 7) Qual profissional que realiza o encaminhamento da gestante para a 1ª consulta odontológica? Existe algum profissional que tem essa responsabilidade?
- 8) Como é o seu relacionamento profissional com os odontólogos desta Unidade? Vocês dialogam sobre o cuidado pré-natal? Existe Agenda compartilhada do Cuidado à gestante?
- 9) Você realiza a visita domiciliar? Qual a sua atitude ao detectar uma gestante no seu território?
- 10) Você participa de atividades de educação permanente? Se positivo, quem oferta os cursos? Já realizou alguma atividade específica sobre PNO?

Roteiro de Entrevista - Médico

Data: ____ / ____ / _____ **Duração da entrevista:** _____

Identificação:

- 1) Nome: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Telefone celular: (____) _____
- 4) Gênero: () Feminino () Masculino
- 5) Tempo de atuação na unidade de saúde: _____
- 6) Vínculo institucional: () concursado estatutário () concursado CLT () contratado

Roteiro da entrevista:

- 1) Me fale um pouco sobre a sua trajetória de formação profissional (Instituição de ensino, tempo de formação).
- 2) Como se deu o seu início na saúde pública? Trabalhar nesta área era algo que você desejava? Perguntar sobre o tipo de vínculo.
- 3) Como é o cuidado pré-natal na sua unidade de saúde? Fale um pouco sobre a rotina da 1ª consulta.
- 4) Você conhece algo sobre a relação da saúde bucal e a gravidez?
- 5) O que você sabe sobre o PNO (o cuidado odontológico da gestante)? Durante a sua formação, você teve alguma disciplina, clínica, que orientava sobre o PNO (cuidado odontológico da gestante)?
- 6) Você costuma observar a boca e os dentes da gestante durante a consulta? Caso positivo, o que costuma fazer em relação a isso?
- 7) Qual profissional que realiza o encaminhamento da gestante para a 1ª consulta odontológica? Existe algum profissional que tem essa responsabilidade?
- 8) Como é o seu relacionamento profissional com os odontólogos desta Unidade? Vocês dialogam sobre o cuidado pré-natal? Existe Agenda compartilhada do Cuidado à gestante?
- 9) Você realiza a visita domiciliar? Qual a sua atitude ao detectar uma gestante no seu território?
- 10) Você participa de atividades de educação permanente? Se positivo, quem oferta os cursos? Já realizou alguma atividade específica sobre PNO?

Entrevista - Odontólogo

Data: ____ / ____ / _____ **Duração da entrevista:** _____

Identificação:

- 1) Nome: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Gênero: () Feminino () Masculino
- 4) Tempo de atuação na unidade de saúde: _____
- 5) Vínculo institucional: () concursado estatutário () concursado CLT () contratado

Roteiro da entrevista

- 1) Fale um pouco sobre a sua trajetória de formação profissional (Instituição de ensino, tempo de formação, cursos já realizados, etc.)
- 2) Como se deu o seu início na saúde pública? Trabalhar nesta área era algo que você desejava?
- 3) O que você sabe sobre o PNO? (contra-indicação para tratamento/época certa para tratamento/medicações seguras/solução anestésica/exames radiográficos). Existe alguma restrição para algum procedimento?
- 4) Durante seu curso de graduação, você teve alguma disciplina, clínica, que abordava o PNO (cuidado odontológico da gestante)?
- 5) O que você conhece sobre a relação da saúde bucal com a gravidez?
- 6) Como a gestante é encaminhada para a 1ª consulta odontológica? Existe algum profissional que tem essa responsabilidade?
- 7) Quais os procedimentos clínicos/cirúrgicos que você realiza na gestante?
- 8) O que você faz se receber na unidade, uma gestante com IG de 10 semanas com diagnóstico de pulpíte?
- 9) Se você percebe que algum insumo/medicação disponível no consultório da unidade, que não é indicado para o uso em gestantes, o que você faz?
- 10) Como é o seu relacionamento profissional com os outros profissionais da unidade? Vocês dialogam sobre o cuidado pré-natal?
- 11) Você realiza a visita domiciliar? O que você faz ao detectar uma gestante no seu território?
- 12) Você percebe alguma dificuldade em realizar o PNO na sua unidade de saúde? Qual(is)?
- 13) Você realiza atividades educativas com as gestantes? Caso positivo, quais assuntos são abordados nesta atividade?
- 14) Você participa de atividades de educação permanente? Se positivo, quem oferta os cursos? Já realizou alguma atividade específica sobre PNO pela educação permanente?

Roteiro de Entrevista - Gestor

Data: ___ / ___ / _____ **Duração da entrevista:** _____

Identificação:

- 1) Nome: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Gênero: () Feminino () Masculino
- 4) Tempo de atuação na unidade de saúde: _____
- 5) Vínculo institucional: () concursado estatutário () concursado CLT () contratado

Roteiro de entrevista:

- 1) As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) – são bem claras a respeito do PNO. Como você analisa a inserção do PNO no programa “Carioca Rindo à Toa”?
- 2) Na sua percepção como atuante na gestão qual a contribuição do PNO na Saúde Pública?
- 3) Atualmente, como é a relação da gestão com o profissional odontólogo? Existem dificuldades?
- 4) Para realizar o atendimento odontológico da gestante, é fundamental a utilização de medicações consideradas mais seguras, como por exemplo, o anestésico local. Como é realizada a compra de insumos na Atenção Primária e Atenção Secundária? A CSB/CAP/GERENTE possui alguma autonomia em relação à solicitação destes ou para sugestão de compra destes insumos? Quem decide o que comprar?
- 5) Você considera que os odontólogos das eSB estão capacitados para o PNO?
- 6) O que a gestão tem realizado em relação à educação permanente continuada na saúde bucal, especificamente em relação ao PNO?
- 7) Na sua percepção, o que pode melhorar no PNO do município?

Roteiro de Entrevista – Gestante

Data: ____ / ____ / _____ **Duração da entrevista:** _____

Identificação:

1) Nome: _____

2) Idade: _____ 3) Telefone celular: (____) _____

4) Número de filhos (contando com esta gravidez): _____

5) Escolaridade:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Fundamental Completo | <input type="checkbox"/> Médio Incompleto | <input type="checkbox"/> Médio Completo |
| <input type="checkbox"/> Superior Incompleto | <input type="checkbox"/> Superior Completo | <input type="checkbox"/> Pós-grad. Incompleto | <input type="checkbox"/> Pós-grad. Completo |

6) Ocupação: _____

7) Renda Familiar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> de 1 a 3 salários mínimos (Até R\$ 2994,00) | <input type="checkbox"/> de 3 a 6 salários mínimos (R\$ 2994,00 - R\$ 5988,00) |
| <input type="checkbox"/> de 6 a 9 salários mínimos (R\$ 5988,00 - R\$ 8982,00) | <input type="checkbox"/> acima de 9 salários mínimos (maior que R\$ 8982,00) |

Roteiro de entrevista

- 1) Fale um pouco sobre você, sua idade, sobre a sua família, sobre a sua casa.
- 2) Como você começou o pré-natal? Alguém encaminhou você ou você que procurou o posto de saúde?
- 3) Você percebeu alguma mudança com a sua boca depois que você engravidou? O que?
- 4) Você conhece alguma relação da gravidez com a saúde bucal?
- 5) Você foi encaminhada por algum profissional do posto de saúde para uma avaliação com o dentista? Qual profissional? Caso positivo, como foi essa consulta? Havia necessidade de tratamento? Aconselhou o seu retorno para outras consultas? Algum procedimento deixou de ser realizado? Por que?
- 6) Você apresentou alguma emergência odontológica nesta gravidez (Gengiva sangrando, dor de dente, abscesso)?
 - Caso +, você procurou o profissional dentista?
 - Caso +, o que foi feito para resolver o seu problema? Teve alguma dificuldade em realizar o tratamento?
 - Caso -, por que não procurou assistência odontológica?
- 7) O que você pensa sobre o tratamento odontológico na gravidez? Você alguma vez já ouviu falar sobre isso ou já foi orientada por algum profissional?
- 8) Você realizou o PNO em outras gestações?
- 9) Você participou de alguma atividade/grupo de orientação sobre a sua saúde bucal, do bebê? O que você aprendeu?

Roteiro de Observação Direta:

Unidade de Saúde: CF Anthídio Dias da Silveira

Observação GERAL da Clínica:

1) Localização

A localização da clínica é de fácil acesso? () Sim () Não

2) Acolhimento (recepção que fica na entrada)

* Estrutura:

* Clareza nas explicações dos fluxos de consultas com profissionais

(X) Sim () Não

3) Sala de Espera

- Climatização:

() Sim

() Não

- Assentos:

- Tempo de espera da consulta odontológica:

4) A Farmácia dispõe das medicações mais seguras? () Sim

() Não

5) Espaço para realização de grupos de promoção de saúde: () Sim

() Não

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS:

I. Quadro de profissionais da equipe de saúde bucal:

Observação da Saúde Bucal

a) Consultório

•n^os de equipes:

- Conservação dos equipamentos:

- Compressor

- Escovário

- Climatização
- Espaço para a realização de atividades educativas em grupo

b) Sala de espera:

c) Insumos:

d) Atividades realizadas pela ESB/Odontólogo

ATIVIDADES INDIVIDUAIS

PROCEDIMENTOS COLETIVOS (Odontólogo ou Técnico) – () Sim () Não

e) Impressos disponíveis na clínica

- Receituário/Atestado - () Sim () Não
- Prontuário
- Material Educativo (orientações para promoção de saúde – gestante e bebê) – () Sim () Não

f) Atividade educativa em grupo

- direcionada à Gestante
 - Roda de conversa/palestra/curso
 - entrega de impresso específico
- direcionada aos cuidados bucais do bebê
 - Roda de conversa/palestra/curso
 - entrega de impresso específico

g) Reuniões de Equipe

II. Quadro de profissionais ESF/ACS:

1. Número de equipes de ESF:
2. Número de médicos:
3. Número de enfermeiros:
4. Número de ACSs: