

Fernanda Cunha de Carvalho de Oliveira

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO
ODONTOLÓGICO A GESTANTES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ÊNFASE A EQUIPE
RETIRO III, CONTAGEM/ MG

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

2010

Fernanda Cunha de Carvalho de Oliveira

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO
ODONTOLÓGICO A GESTANTES NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ÊNFASE A EQUIPE
RETIRO III, CONTAGEM/ MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva- da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

2010

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	REVISÃO DA LITERATURA	06
2.1	A Atenção Primária à Saúde	06
2.2	Estratégia de Saúde da Família	10
2.3	Equipe de Saúde da Família Retiro III, Contagem/ MG	15
2.3.1	Aspectos históricos	15
2.3.2	Unidade de Saúde da Família Retiro I e III	16
2.3.3	Aspectos ambientais	17
2.3.4	Indicadores de Cobertura	18
2.4	Atenção à gestante	20
2.4.1	Saúde Bucal	22
2.4.2	Mitos	25
2.4.3	Promoção e Prevenção	27
2.4.4	Alterações bucais associadas à gestação	33
2.4.5	Atendimento odontológico à gestante	35
3	DISCUSSÃO	41
3.1	Plano de ação	43
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Famílias cadastradas na Equipe de Saúde da Família Retiro III, Contagem/MG, jun./ 2009	16
TABELA 2	Acompanhamento de alguns indicadores do relatório SSA2 da Equipe de Saúde da Família Retiro III, Contagem/MG, 1º semestre /2009.	18
TABELA 3	Acompanhamento de alguns indicadores do relatório SSA2 da Equipe de Saúde da Família Retiro III, Contagem/MG, 2º semestre /2009.	19
TABELA 4	Atendimento ao Pré Natal pela equipe de Saúde da Família Retiro III, Contagem/MG, 2009.	19

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Fluxograma para a Atenção Odontológica à gestante do Programa “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal” da cidade de São Paulo (2007)	40
----------	--	----

1 INTRODUÇÃO

Os princípios fundamentais da Atenção Primária no Brasil, segundo Starfield (2002), são: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e participação social. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança do modelo exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

Durante muitos anos, a odontologia teve uma atuação voltada para ações curativas, perpetuando-se no modelo assistencial excludente. A partir do ano 2000, o Governo Federal, com a publicação da Portaria nº 1.444/GM/MS, de 28 de dezembro, incorpora as ações de saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família. No ano seguinte, com a publicação da Portaria nº 267/GM/MS, de seis de março, padronizam-se as equipes de acordo com sua composição e definem-se as atribuições de cada profissional. Com a adoção dessa estratégia, o Governo assume o compromisso com Estados e Municípios de fazer a mudança do modelo centrado na doença para aderir à prevenção e à redução dos índices de enfermidades, buscando assim o resgate dos princípios doutrinários do SUS.

O acesso à consulta odontológica no pré-natal precisa tornar-se rotina na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um espaço privilegiado para promover Saúde Bucal, e através da Educação em Saúde, desenvolver a consciência de responsabilidade da gestante pela sua saúde e dos seus filhos, atuando, de maneira positiva, na prevenção primária. Portanto, é fundamental que o pré-natal, além de um acompanhamento clínico rotineiro e sistemático, atue na educação em saúde da futura

mãe, por meio de repasse de informações, esclarecimentos e desmistificações sobre a atenção prestada neste período.

O acompanhamento da mulher na gravidez, sob o ponto de vista da odontologia, tem como objetivo manter ou resgatar a saúde bucal por meio de medidas preventivas, curativas e de promoção de saúde, proporcionando a melhoria da auto-estima da gestante, contribuindo para uma gravidez tranqüila e uma melhor qualidade de vida familiar. Desse modo, a inserção da odontologia no acompanhamento do pré-natal contribui para a melhoria da integralidade da atenção dessa importante parcela da população.

Este trabalho tem como objetivo justificar, estimular e sugerir um plano de ação, embasado na literatura e nos principais protocolos de saúde da mulher e de saúde bucal, para a presença da Atenção Odontológica durante o pré-natal, visto que ainda encontramos dificuldades por parte das gestantes e seus familiares e de alguns profissionais da equipe Retiro III, Contagem/MG, em aceitar a odontologia como integrante das ações de acompanhamento ao pré-natal.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (CONASS, 2004).

A Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004). Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) afirma que, funcionando adequadamente, a Atenção Primária, representada pelas unidades de saúde da família é capaz de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade, prestando um atendimento de bom nível e melhorando a qualidade de vida da população.

Segundo Mendes (2007) a Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais que são: resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à

saúde, no sistema de serviços de saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

A Atenção Primária à Saúde, de acordo com Starfield (2002), deve ser orientada por diversos princípios como a acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário. A acessibilidade, também conhecida como primeiro contato, funciona como o elemento estrutural para a primeira atenção, local onde o atendimento deve ser facilmente acessível e disponível. Devem-se minimizar as barreiras que atrapalham aos cidadãos para chegarem ao atendimento, como distância, tempo e recursos econômicos – ex.: vale transporte - (SHIMAZAKI, 2009). Starfield (2002) afirma que a APS deve ser a porta de entrada, ou seja, o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde.

A longitudinalidade, também um princípio da APS, aparece como uma relação de longa duração entre profissionais da saúde e usuários em suas unidades de saúde, há o acompanhamento dos ciclos de vida, lida-se com o crescimento e as mudanças dos indivíduos. Faz-se o atendimento oportuno durante toda vida, trabalhando-se melhor a atenção preventiva. Os maiores benefícios estão relacionados à criação do vínculo do usuário ao profissional ou serviço de saúde (SHIMAZAKI, 2009).

A APS deve reconhecer as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las, deve prestar todos os serviços para as necessidades comuns e funcionar como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros pontos de atenção a fim de funcionar sob o princípio da integralidade da atenção. Esse princípio introduz o conceito de redes de atenção à saúde, pois para que o indivíduo receba uma atenção integral faz-se necessário a presença de outros pontos de atenção (secundário e terciário), de um sistema de apoio (diagnóstico e terapêutico) e do sistema logístico (transporte sanitário, central de agendamento de consultas e internamentos, prontuário eletrônico, etc.) (SHIMAZAKI, 2009).

Uma vez que a APS deveria funcionar numa rede de atenção à saúde, as informações a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados aos usuários deveriam estar disponíveis para que o princípio da coordenação funcionasse. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a

coordenação da atenção. A dificuldade em compartilhar a informação pode inviabilizar a continuidade do cuidado (SHIMAZAKI, 2009). A Atenção Primária à Saúde pode ser considerada o centro de comunicação dessa rede horizontal ou “poliárquica”, onde se espera que coordene os fluxos e os contra-fluxos dos serviços de saúde e para que possa assumir esse princípio, faz-se necessário a qualificação do serviço (MINAS GERAIS, 2009).

A abordagem familiar também aparece como um dos princípios propostos por Starfield (2002) para a APS e remete ao conhecimento, pela equipe de saúde, dos membros da família e dos seus problemas. A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, as quais realizam várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da estrutura familiar. Essa abordagem permite que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação da investigação e intervenção, quando necessárias (ELIAS; SHIMAZAKI, 2010). Para Starfield (2002):

O conhecimento da família oferece não apenas o contexto para a avaliação dos problemas dos pacientes e ajuda para isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias.

O princípio do enfoque comunitário diz que a APS deveria seguir uma orientação comunitária para ajustar os programas de saúde para que esses atendam às necessidades específicas de uma população definida. O conhecimento da população local se dá através de habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas. A orientação comunitária também diz respeito ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção, através do controle social com a instituição de conselhos locais e municipais de saúde, além das conferências de saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Um aspecto fundamental para efetivação da Atenção Primária é a promoção de saúde, que é uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na

qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem a população a ter melhorias no modo de viver: condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Para que a APS funcione atendendo às suas prerrogativas faz-se necessário identificar e mensurar os problemas de saúde que se deseja controlar no âmbito da atenção primária, definir as funções e tipos de ações a serem realizadas, selecionar, organizar e equipar as unidades e qualificar adequadamente os profissionais de saúde que nela atuam. É necessário um bom planejamento e motivar sua implantação quando não há profissionais comprometidos. Percebe-se que em locais onde ocorre maior envolvimento da gestão, o vínculo se estabelece mais facilmente.

Segundo Mendes (2007) a base para um bom serviço de saúde é a melhoria da atenção primária. Não há saída para um sistema de atenção à saúde que não investe fortemente na APS. Ao longo dos anos a lógica da oferta e não da demanda foi o que regulou a rede de serviços de saúde. Hoje, precisamos mudar o foco. Não adianta investir apenas em hospitais se a atenção primária não for organizada.

A definição da Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde levou as equipes de saúde da família a priorizar em muitos momentos o atendimento da demanda espontânea em detrimento do acompanhamento e seguimento dos usuários e famílias. Isso acarretou um dilema entre a atenção programada, gestão da demanda espontânea e promoção à saúde tão necessária à população. Um sistema integrado de saúde, voltado para as condições crônicas e também para as agudas exige o desenvolvimento e a implantação de redes vinculadas entre si, coordenadas pela APS, que como mencionado anteriormente, apresenta-se como coordenadora do cuidado.

Visando à operacionalização da Atenção Primária, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas

regionalmente de acordo com prioridade e pactuações definidas nas CIBs (BRASIL, 2007).

A Atenção Primária tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, em que a família passa a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive (BRASIL, 2007). Essa estratégia possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. A ESF se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência (BRASIL, 1997). Portanto, é fundamental o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, através da ampliação do número de equipes em todos os municípios, a aquisição de equipamentos para a atenção básica e a capacitação de todos os profissionais em um sistema de educação permanente.

2.2 Estratégia de Saúde da Família

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção primária no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e de organização do sistema de saúde no Brasil. A equipe de Saúde da Família possui uma composição básica estabelecida, mas poderá alterar-se no futuro ou adaptar-se no presente, conforme ditames da realidade nos diferentes contextos sociais, econômicos e culturais do Brasil (SANTANA, 2000).

Essa estratégia deve ser entendida como modelo substitutivo da rede de atenção básica tradicional, de cobertura universal, porém assumindo o desafio da equidade. É reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997).

A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2010). O Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Primária e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

A Saúde da Família como projeto estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010).

A implantação da Estratégia de Saúde da Família, baseada em uma política nacional de humanização, se reflete no acolhimento, no comprometimento pactuado do profissional com o usuário, na interdisciplinaridade e permanente comunicação horizontal da equipe e protagonismo de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde, objetivando proporcionar ao indivíduo o apoio necessário ao alcance de sua autonomia, jamais tentando substituir as suas responsabilidades (SILVA; MARTELLI, 2009).

O território de abrangência definido facilita as ações de vigilância epidemiológica, dá condições à realização de um diagnóstico situacional, tornando propício um planejamento efetivo baseado na realidade existente, porém limitam as atividades às famílias cadastradas (SANTANA; CARMAGNAN, 2001). Mediante a adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade (BRASIL, 2010).

A equipe de saúde da família também possui a função de estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde, utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2007).

A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Trabalham com um território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade, intervindo sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, prestam assistência integral, permanente e de qualidade, realizam atividades de educação e promoção da saúde (Brasil, 2007).

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde (Portaria GM/MS 648, 2006). O trabalho dessas equipes é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de saúde bucal e um técnico de saúde bucal. A jornada de trabalho desses profissionais é de 40 horas semanais.

A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (COSTA et al., 2006).

Assim, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, equipes de Saúde Bucal passaram a fazer parte da Estratégia Saúde da Família. Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS N^o 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS N^o 267, de 6 de março de 2001 e atualizadas pela Portaria GM/MS N^o 648 de 28 de março de 2006. E dessa forma, foram criados dois tipos de Equipes de Saúde Bucal:

- ESB Modalidade I: composta por Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).
- ESB Modalidade II: composta por CD, ASB e Técnico em Saúde Bucal (TSB).

Inicialmente, cada ESB era referência para duas ESF. Dessa maneira, cada ESB cobria, em média, 6.900 pessoas. Essa proporção representava um fator limitante ao processo de implantação das equipes de saúde bucal e impunha aos profissionais de saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais (COSTA et al., 2006).

A partir da Portaria GM/MS N° 673 de 04 de junho de 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação às ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas.

Atualmente avançamos ainda mais nas conquistas para a saúde bucal, pois a Portaria N° 154, de 15 de maio de 2009 inclui na tabela do Tipo de Equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde a equipe de agentes comunitários de saúde com saúde bucal - modalidade I ou modalidade II (EACSSB_MI e EACSSB_MII). Essa portaria estabelece que uma equipe de saúde bucal previamente vinculada a Estratégia de Saúde da Família pode ser incorporada à Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), não havendo a necessidade de serem descredenciados na ausência da substituição do profissional médico de saúde da família por mais de 90 dias. Porém não é permitida a criação de novas EACS apenas com a equipe de saúde bucal sem que tenham sido vinculadas previamente a uma ESF.

A equipe de saúde bucal, embora inserida somente em 2000 nesse contexto da ESF, apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

Apesar da Portaria GM/MS N° 673 de 03 de junho de 2003 instituir a proporção de 1:1 de ESB e ESF, em Contagem/MG as ESB funcionam na proporção de uma ESB para cada duas ESF. A ESF odontológica ainda é incipiente, pois foi criada em 2007 e há apenas cinco equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família neste município.

2.3 Equipe de Saúde da Família Retiro III, Contagem/ MG

2.3.1 Aspectos históricos

O bairro Retiro situa-se no Distrito Sanitário de Vargem das Flores no município de Contagem/ MG. Foi a primeira região a ser povoada do Distrito. Recebeu o nome Retiro, pois era composta de moradores sitiantes (retirantes), áreas de chácaras. Era uma zona estritamente rural, que sobrevivia de agricultura de subsistência, da lavoura. Não havia comércio local, apenas uma mercearia, uma capela Católica e uma escola rural. A região do Retiro fica a 13 km da sede de Contagem, por esse motivo, o acesso ao comércio, à saúde ficava prejudicado, uma vez que não havia meio de transporte público ligando essas duas regiões. O trajeto era realizado rotineiramente a cavalo e com charretes. Havia padre uma vez ao ano para realizar batizados e celebrar missa *.

A partir de 1983, na segunda administração de Newton Cardoso, houve a distribuição de lotes no Retiro e de casas no bairro de Nova Contagem para a população das favelas de Contagem. Começou um crescimento desordenado da região, com o aparecimento do comércio local, transporte e energia elétrica. Apenas a partir de 2006, houve a implementação de urbanização do Distrito de Vargem das Flores, com grande parte das ruas sendo asfaltadas, com redes de esgoto e Estação de Tratamento da Água. Esse processo ainda está em andamento.

No bairro Retiro, atualmente, há três escolas municipais, que oferecem até o ensino fundamental. Há algumas associações religiosas, ONG's e a Casa da Família (CRAS), as quais procuram dar apoio à comunidade, distribuindo cestas básicas, realizando cursos profissionalizantes, atividades de lazer e convivência com intuito de diminuir a criminalidade local. A capela São Domingos de Gusmão, presente no Retiro, foi tombada pelo patrimônio público, construída na década de 1960 em regime de mutirão pela comunidade. O estilo arquitetônico remete às igrejas jesuíticas do século XVIII.

(*) História do Bairro contada por Dona Cecília dos Santos Silva.

2.3.2 Unidade de Saúde da Família Retiro I e III

Há três equipes de saúde da família no bairro Retiro. As equipes Retiro I e Retiro III estão na mesma unidade de saúde, as quais encontram-se separadas da equipe Retiro II. O PSF Retiro III está dividido em quatro micro-áreas e apresenta um total de 702 famílias cadastradas; na micro-área 1 há zona rural com chácaras. Essa equipe possui a modalidade I de saúde bucal, apresentando-se completa: uma médica, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e quatro ACS.

TABELA 1

FAMÍLIAS CADASTRADAS NA EQUIPE RETIRO III DE SAÚDE DA FAMÍLIA, BAIRRO RETIRO/ CONTAGEM, JUN./ 2009					
	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	TOTAL
Famílias cadastradas	198	192	149	163	702
Pessoas cadastradas	525	681	508	593	2307

FONTES – ESF RETIRO III

A Unidade de Saúde Retiro I e III foi reinaugurada em janeiro de 2007 após reforma e ampliação. Caracteriza-se como uma unidade ampla, com dezesseis salas, duas recepções, duas salinhas para expurgo, banheiros feminino e masculino para usuários e outros para funcionários, cozinha e uma sala grande para reuniões (grupos). A unidade pertence à Prefeitura Municipal de Contagem.

Nesta Unidade de Saúde existe a clínica odontológica composta com três equipes. Cada dentista e ASB são responsáveis por duas equipes de PSF e por isso são atendidas na Unidade seis equipes: Retiro I, II e III e São Judas I, III e Vila Renascer.

Há também um laboratório de diagnóstico de esquistossomose na Unidade, o qual está investigando a população do bairro. Existe uma sala específica para exames ginecológicos equipada com ultrassom. A unidade encontra-se bem equipada e com recursos adequados.

O Distrito Sanitário Vargem das Flores apresenta uma UAI (Unidade Atendimento Imediato), uma unidade de referência e um SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), os quais atendem qualquer pessoa da região.

2.3.3 Aspectos ambientais

Desde 2006 a Prefeitura Municipal de Contagem, em parceria com o Governo do Estado (COPASA – Companhia de Saneamento de Minas Gerais) e o Governo Federal vem implementando um programa de saneamento básico no Distrito Sanitário Vargem das Flores, que implicam nos seguintes procedimentos: drenagem, esgotamento sanitário, urbanização, pavimentação de ruas, implantação de receptores de esgoto, canalização. São obras que ampliam a coleta de esgotos domiciliares e garantem o tratamento dos esgotos nas ETEs (Estações de Tratamento), medida fundamental para a despoluição dos córregos. Essas obras ainda estão em execução, porém no bairro Retiro, elas foram quase todas concluídas.

Há dois córregos que cruzam o bairro Retiro, que ainda não foram canalizados, ou seja, existe esgoto a céu aberto. Praticamente toda a região possui rede de esgoto canalizada, apenas parte de uma rua ainda falta destinar o esgoto adequadamente. Todo o bairro possui água tratada pela COPASA.

Existe uma particularidade na micro-área 1 da equipe Retiro III, que é composta de duas ruas do bairro e a área rural, a qual fica a três quilômetros de distância da unidade. As 80 famílias da área rural vivem basicamente de agricultura de subsistência, lavoura, hortas. A maioria das casas é de tijolos, porém há algumas de adobe. Não há saneamento básico, existindo fossas rudimentares e cisternas. Também não há coleta de lixo. O acesso a esta região por parte da equipe encontra-se dificultado, uma vez que faltam carros para levar os profissionais a esta área.

No bairro Retiro há coleta de lixo três vezes por semana e o caminhão passa por todas as ruas. Em relação à pavimentação de ruas, faltam apenas seis ruas para serem asfaltadas, sendo que duas delas pertencem à equipe Retiro III. As moradias da equipe 3 estão em bom estado e não possuem risco de desabamento.

2.3.4 Indicadores de Cobertura

Os dados de fontes secundárias das tabelas apresentadas foram coletados do relatório SSA2 e do relatório PMA2, por apresentarem as informações mais atuais e confiáveis. Também se colheu dados do departamento de epidemiologia do Distrito Sanitário Vargem das Flores, da DIRTEC/NIS (consolidado dos dados do SIAB), da Secretaria de Desenvolvimento Urbano e da Regional do Distrito.

TABELA 2

ACOMPANHAMENTO DE ALGUNS INDICADORES DO RELATÓRIO SSA2 DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RETIRO III, CONTAGEM /MG, 1º semestre / 2009.						
INDICADOR	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.
Nº de recém nascidos	08	03	---	0	04	03
% RN pesados	100	100	---	0	100	100
% RN Peso < 2500 kg	0	0	---	0	0	33
% de Aleitamento exclusivo em < 4 meses	82	83	---	60	83	88
% de < 1 ano com vacina em dia	100	100	---	100	100	100
% de < 1 ano desnutridas	0	0	---	0	0	0
Nº de gestantes cadastradas	23	19	---	20	28	29
% gestantes < 20 anos	13	10	---	15	11	17
% gestantes acompanhadas	100	100	---	100	100	97
% gestantes vacinadas	100	84	---	100	100	100
% consultas no 1º trimestre	96	89	---	90	100	97

Obs.: os dados de março não foram conseguidos.

TABELA 3

ACOMPANHAMENTO DE ALGUNS INDICADORES DO RELATÓRIO SSA2 DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RETIRO III, CONTAGEM /MG, 2º semestre /2009.						
INDICADOR	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.
Nº de recém nascidos	06	---	06	02	---	02
% RN pesados	100	---	100	100	---	100
% RN Peso < 2500 kg	0	---	16	0	---	0
% de Aleitamento exclusivo em < 4 meses	85	---	71	63	---	63
% de < 1 ano com vacina em dia	100	---	100	100	---	100
% de < 1 ano desnutridas	0	---	0	0	---	0
Nº de gestantes cadastradas	33	---	31	22	---	29
% gestantes < 20 anos	15	---	12	09	---	14
% gestantes acompanhadas	100	---	100	100	---	100
% gestantes vacinadas	100	---	100	100	---	100
% consultas no 1º trimestre	94	---	97	95	---	97

Obs.: os dados de agosto e novembro/2009 não foram conseguidos.

TABELA 4

ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RETIRO III, CONTAGEM /MG, 2009.												
Indicador	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAIO	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.
Pré-natal	19	19	18	28	29	32	32	32	33	24	---	33

No ano de 2009 foram cadastradas 50 gestantes na área adscrita do Retiro III. Dessas, nove interromperam o pré-natal, porque se mudaram (cinco gestantes), foram continuar o pré-natal no convênio (duas gestantes) ou tiveram abortamento (duas gestantes). As consultas de puerpério foram realizadas em 27 puérperas.

2.4 Atenção à gestante

O Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pois percebeu que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores. A fundamentação da medida ministerial, na instituição das portarias do PHPN, pretende ser um marcador de águas anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto (SERRUYA et al., 2004).

Na cartilha de apresentação do PHPN (Portaria GM/MS Nº 569, 01/06/2000), a humanização da assistência é ratificada como a principal estratégia, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização:

“a principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”.

No plano operacional, o PHPN definiu elementos chaves da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais deveria concentrar esforços a fim de alcançar o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Inclui-se aí a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, o estabelecimento de procedimentos e ações, cuja realização é fundamental para esse acompanhamento, e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000 a).

O PHPN instituiu ainda uma estratégia para induzir e auxiliar a maioria dos municípios a implementar essas ações, introduzindo novos recursos para o custeio dessa assistência e transferindo-os mediante o cumprimento de critérios mínimos, necessários

para melhorar a qualidade da assistência. Os critérios recomendados, dentre outros, foram: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento (BRASIL, 2000a). A criação de um sistema informatizado de informação e acompanhamento do PHPN, o SISPRENATAL, foi considerada como medida fundamental do programa (SERRUYA et al., 2004).

A proposta desenhada para a assistência pré-natal no PHPN estabeleceu a presença de consulta puerperal como critério indispensável no conjunto da assistência. A consulta puerperal é, em primeira análise, a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido e, portanto, um momento de atenção à saúde da mulher e não da "mãe". Por diferentes razões, essa consulta tem baixíssima frequência nas UBS. Quando avaliamos a presença da consulta puerperal independentemente da realização dos demais procedimentos, para evitar o viés da acumulação, o maior percentual alcançado é de 19%, nos dois anos de estudo (2001 e 2002). Teoricamente, os serviços de saúde reconhecem a consulta puerperal como necessária, mas admitem a ausência de estratégias para a sua realização. Outra justificativa para essa baixa frequência é a alegação mais comum de que "as mulheres não voltam". Entretanto, como já foi demonstrado, é possível afirmar que "sim, as mulheres voltam aos serviços", como atestam os dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI), mostrando que os recém-nascidos vão aos Postos de Saúde para serem vacinados e geralmente vão com suas mães. De fato, os serviços e profissionais, em geral, consideram o parto o "final" do processo e não valorizam esse retorno. Embora seja evidentemente uma questão de falha no planejamento e na execução da assistência, também é, em primeiro lugar, um viés de gênero na percepção dessa atenção (SERRUYA et al., 2004).

No decorrer dos anos, a ESF solidificou-se, mantendo seu foco principal na educação em saúde e criando condições para a melhoria da assistência pré-natal, fortalecendo o vínculo entre a gestante, a família e o profissional de saúde (SILVA; MARTELLI, 2009). Melhorar a qualidade da atenção a gestante garante, além de

melhores resultados maternos e perinatais, o direito inalienável de cada mulher de gestar e parir com segurança e bem-estar (SERRUYA et al., 2004).

2.4.1 Saúde Bucal

A estruturação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) tem como metas a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, no marco do fortalecimento da atenção primária, reunindo uma ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS. O Brasil Sorridente tem possibilitado ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida (SILVA; MARTELLI, 2009).

Na ampliação do acesso, objetivando superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal; por linhas de cuidados – prevendo o reconhecimento de especificidade próprias da idade: saúde da criança, do adolescente, do adulto, da mulher e saúde do idoso e por condição de vida – que compreende a saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, atenção à gestante, dentre outras. Em relação ao grupo de gestantes, as diretrizes determinam que devam ser realizadas ações coletivas de promoção de saúde e a garantia do atendimento individual (SILVA; MARTELLI, 2009).

O Caderno de Atenção Básica nº 17 de Saúde Bucal aponta o grupo de gestantes e puérperas como um dos grupos prioritários para a Atenção à Saúde Bucal no território, participando da atenção programada tanto para atividades extra-clínica como educação em saúde, ações coletivas, visitas domiciliares, quanto para atividades de assistência (BRASIL, 2006a).

Segundo o documento Brasil (2006a) a promoção da saúde vem respaldando as atuais discussões de um novo modelo voltado para a Defesa da Vida, que tem por base, dentre outras, as seguintes características: a qualidade de vida e a consciência das pessoas sobre sua saúde; os territórios como espaços sociais em que tendem a se

agrupar pessoas que compartilham características similares de natureza cultural e sócio-econômica e a promoção da saúde por meio da assistência, da participação ativa dos sujeitos e modificação das condições objetivas de vida. Essas características justificam a seleção do grupo de gestantes como alvo da promoção e assistência à saúde.

O Documento “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal: Atenção à Saúde Bucal da Gestante e da Criança” da cidade de São Paulo (2007), aponta que toda gestante deve ser orientada sobre a possibilidade de receber atenção em saúde bucal. Para tanto é fundamental a interação da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde principalmente com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, recepção da unidade e agentes comunitários de saúde. Os grupos educativos na comunidade também deverão ser fonte de captação das gestantes.

Considerando que hábitos alimentares inadequados e higiene bucal precária são fatores de risco para o surgimento da cárie dentária e doença periodontal, estudos têm demonstrado que as mulheres grávidas, devido às alterações bucais próprias desse período, necessitam de programas educativos/preventivos e de um acompanhamento odontológico no pré-natal, detectando precocemente alterações bucais e a realização de adequado tratamento através do acesso à consulta odontológica, como determinam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (SILVA; MARTELLI, 2009).

Unificar a Porta de Entrada com a Área de Médico-Enfermagem, seja numa perspectiva de organizar ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de apropriação do território-família-comunidade, seja na oferta dos serviços clínico-assistenciais (restaurações, aplicação de selante, etc.). As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da unidade básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar. Nesse sentido, o planejamento conjunto de ações e a organização das atividades programadas é uma importante via para a integração do trabalho e para o fortalecimento da equipe (BRASIL, 2006a).

Este fortalecimento da equipe será alcançado através da interdisciplinaridade, que é construída com conhecimentos diferentes, olhares diferentes no trabalho diário, no cotidiano, através da prática, da comunicação clara e democrática em que todos podem e devem participar, e através de parcerias. Não se trabalha mais isolado e sim integrado.

Para isso precisa-se estar aberto a ouvir e aprender algo novo, respeitando as diferenças, reconhecendo os limites, a identidade e as particularidades de cada disciplina. A interdisciplinaridade permitirá a troca de conhecimentos diferentes, um enriquecimento dos profissionais, possibilitando uma visão mais ampla do paciente diante da qual poderá se oferecer uma assistência mais qualitativa e eficaz (MINAS GERAIS, 2006a).

A terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004 propõe a relação com a saúde geral inserida no processo de qualificação dos profissionais de saúde, permitindo que estes sejam capazes de inter-relacionar alterações bucais com manifestações sistêmicas. Essa integração é importante e deveria ser mais expressiva, utilizando fatores de risco comuns entre os diversos problemas de saúde para o desenvolvimento das atividades educativas. De acordo com a Portaria nº. 648 de 2006b, acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar, são atribuições dos cirurgiões-dentistas da ESF (ALMEIDA; FERREIRA, 2008).

A saúde bucal tem uma relação de interdependência entre os fatores locais e as condições sócio-ambientais; assim a abordagem de compreensão das causas de doenças bucais também se aplica a muitas outras condições crônicas e é a base para a integração de atividades multidisciplinares entre diferentes setores da sociedade; portanto prevenção, educação, conhecimento e cultura devem ser incutidos nas comunidades, durante a formação dos indivíduos desde a mais tenra idade, cabendo ao profissional de saúde ser facilitador do processo educativo (SILVA; MARTELLI, 2009).

Neste sentido, faz-se necessária atenção integral e interdisciplinar à gestante e, nela, a odontologia tenha sua prática centrada nas necessidades da gestante como um todo, não se limitando à cavidade bucal, com superação do modelo de atenção vigente, caracterizado por atenção voltada para o tratamento cirúrgico-restaurador das doenças bucais, em que a prevenção normalmente é limitada à cavidade bucal.

Todo serviço de saúde deve estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal. Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com restante da equipe

de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento (BRASIL, 2006a).

A gravidez é um período favorável para a promoção de saúde, não só por meio do acompanhamento clínico sistemático realizado durante o pré-natal, como também pela possibilidade de estabelecimento, incorporação e mudanças de hábitos pois, a singularidade do momento remete a uma série de dúvidas, que pode funcionar como estímulo para que a gestante busque informações e, com isso, adquira novas e melhores práticas de saúde (MOREIRA et al., 2004; CODATO, 2005). A gestante tem força suficiente para desenvolver hábitos saudáveis na futura geração (SILVA; MARTELLI, 2009).

Os benefícios de boas práticas de saúde certamente se estenderão ao futuro bebê, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, minimizando a possibilidade do surgimento de várias patologias na criança, dentre elas a cárie dentária (CODATO, 2005).

Investimentos em educação em saúde direcionados a mulheres, grávidas ou não, são necessários, pois contribuem para melhorar o entendimento sobre saúde bucal no período gestacional e, desta forma, estimulam a busca pela atenção odontológica no pré-natal. Portanto, é fundamental que no pré-natal, além de um acompanhamento clínico rotineiro e sistemático, os profissionais atuem na educação em saúde da futura mãe, por meio de repasse de informações, esclarecimentos e desmistificações sobre a atenção prestada neste período (CODATO, 2005).

2.4.2 Mitos

É verdade que existem mitos e restrições fortemente arraigados sobre o atendimento odontológico clínico durante a gravidez, relacionados às preocupações com a possibilidade de seqüelas à saúde do bebê. Há restrições também relacionadas ao risco de exodontias seguidas de hemorragias, do uso de anestesia na gravidez e Raios X, pois, segundo as gestantes, é perigoso para o bebê. Assim, fatores psicológicos como a emotividade, o medo e a crença transmitidos através de gerações interferem

negativamente na resolutividade de necessidades odontológicas, muitas delas emergenciais e, portanto, com indicação de intervenção imediata, observam Codato et al. (2005).

A validade do pré-natal é inquestionável para a saúde da gestante e do futuro bebê, devendo ser incluídas as orientações sobre saúde bucal com o objetivo de desmistificar as crenças populares de que “a gravidez enfraquece os dentes”, “cada filho custa um dente à sua mãe”, assim como, abolir os mitos relacionados ao tratamento odontológico durante essa fase. E como ainda é escassa a participação do dentista nos programas pré-natais, torna-se necessário que esta equipe esteja capacitada para motivar as futuras mães para mudanças de atitudes, com vistas à promoção de saúde bucal de seus filhos (MOREIRA et al., 2004).

É importante salientar que durante a gravidez não há perda de cálcio dos dentes. Em algumas pacientes verifica-se um aumento da incidência de cáries e de perdas dentárias, o que está associado ao inadequado controle de biofilme a uma dieta de elevada frequência na ingestão de carboidratos (SÃO PAULO, 2007).

A pesquisa através de questionário desenvolvida por Bernardes et al. (2002) encontrou que há um mito de que a gestante não pode realizar o tratamento dentário, pois pode prejudicar o feto. Na pergunta “Se você precisasse tratar dos dentes durante a gravidez, você procuraria um dentista ou esperaria até o nascimento de seu filho?”, 55% das gestantes do SUS Uberlândia/MG responderam que procurariam atendimento odontológico e 45% que não procurariam. Portanto, observa-se que uma grande parcela das gestantes ainda tem receio de que o tratamento odontológico na gestação possa prejudicar o desenvolvimento de seu filho.

A procura pelo tratamento odontológico por mulheres durante a gravidez é baixo como demonstrado nas pesquisas de Sartorio e Machado (2001) e Ramos et al. (2006), respectivamente de 35% e 32%.

Portanto, a desmistificação do atendimento odontológico como causador de risco para a gestante e o bebê é o primeiro passo para melhorar a adesão, a segurança e a motivação ao pré-natal odontológico. É de extrema importância a transferência de conhecimentos básicos em saúde bucal para toda a equipe de pré-natal, uniformizando conceitos sobre o atendimento odontológico na gravidez (SILVA; MARTELLI, 2009).

2.4.3 Promoção e Prevenção

Em consonância com o Pacto em Defesa da Vida, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006 tem como uma de suas diretrizes o reconhecimento da Promoção da Saúde como uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. Essa Política Nacional propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas (BRASIL, 2006a).

Para Moysés et al. (2008): “Promover a saúde bucal implica recolocar a boca dentro do corpo. O corpo dentro da pessoa, e a pessoa dentro do seu conteúdo de vida em sociedade”.

Educação em saúde é uma das atividades fundamentais exercidas pelos profissionais da atenção básica. Ao profissional que conduz tal atividade cabe facilitar a comunicação no grupo, garantir sua integridade e conduzir os trabalhos conforme os objetivos acordados. Por isso, a atividade deverá ser organizada de forma que as discussões contemplem as diferentes opiniões, conhecimentos, experiências e proposições dos participantes de maneira que todos sejam ouvidos, de forma que suas opiniões não venham a se perder ou sejam subtilizados potenciais e o grupo possa, através de regras aceitas por todos, atuar de forma produtiva e eficaz (SÃO PAULO, 2007).

Silva e Martelli (2009) apontam que a Educação em Saúde deve ser de forma continuada e atender a necessidade de saúde bucal da gestante, considerando sempre o ambiente, fatores econômicos, sociais e culturais, tornando-se um poderoso instrumento utilizado como estratégia na Promoção de Saúde. Desse modo, a Promoção em Saúde Bucal no pré-natal deve ser considerada como parte da Saúde Integral da gestante e do bebê, minimizando a transmissão de microrganismos bucais patogênicos, visando à

transformação da gestante em agente educador, e uma atenção precoce à saúde das futuras gerações.

A gravidez é uma fase ideal para o estabelecimento de bons hábitos, pois a gestante mostra-se psicologicamente receptiva em adquirir novos conhecimentos e a mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê. (KONISHI, 1995; BERNARDES et al., 2002; MOREIRA et al., 2004).

Nos grupos operativos é importante que as gestantes sejam ouvidas sobre os problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o auto-cuidado e hábitos de vida saudável (BRASIL, 2006a; MINAS GERAIS, 2006b). Deve-se trabalhar junto com a gestante a construção de conhecimentos que venham a fortalecer as relações positivas entre gravidez e atenção em saúde bucal, explicando como o tratamento é feito, os riscos, as medidas de segurança, os cuidados para o atendimento, de modo a diminuir os anseios normais dessa fase de vida (MINAS GERAIS, 2006b).

Faz parte do trabalho educativo de conscientização das gestantes a importância de desenvolver hábitos de higiene bucal saudáveis, uma alimentação equilibrada e a necessidade do acompanhamento pelo dentista durante a gestação, fornecendo ferramentas necessárias, para que essas mulheres possam manter uma rotina que lhes propicie qualidade de vida (SILVA; MARTELLI, 2009).

Os níveis educacional e sócio-econômico influenciam significativamente nos conhecimentos e na cooperação das usuárias. Quanto maior o nível educacional das mães, mais baixa é a experiência de cáries de seus filhos, tendo em vista que mais positivamente elas influenciarão nos níveis de saúde de suas crianças. É de importância fundamental o conhecimento e a consciência do papel da mãe na construção da saúde bucal de seus filhos, tornando possível o controle e a manutenção de uma dieta e higienização saudáveis (SILVA; MARTELLI, 2009).

Para que os programas educativos-preventivos direcionados às gestantes atendam suas reais necessidades e tenham efetividade, é importante que se conheça a percepção das gestantes em relação à saúde bucal.

Bernades et al. (2002) aplicaram um questionário em 107 gestantes do SUS da cidade de Uberlândia/MG e concluíram que apesar de uma grande parcela de gestantes terem conhecimento sobre a necessidade de se manterem em condições ideais de higiene bucal, elas desconheciam que a cárie é uma doença infectocontagiosa e transmissível, sendo fundamental a conscientização das futuras mães para a realização da desinfecção bucal como medida preventiva da cárie em crianças. Das gestantes entrevistadas, 24% tinham entre 10 - 19 anos, portanto, eram adolescentes.

Ainda na pesquisa de Bernardes et al. (2002) perguntaram: “Você teve ou tem algum problema nos dentes e/ou gengivas durante a gravidez?”, 39% das grávidas do SUS Uberlândia responderam que tiveram algum problema dentário e/ou gengival e 61% responderam que não. A porcentagem de mulheres que relataram algum problema odontológico durante a gestação foi alto, 39%. Porém, esses problemas de ordem bucal podem estar relacionados a alterações odontológicas pré-existentes.

A frequência de ingestão de açúcar na dieta é um dos principais fatores para o início da cárie dental, além das bactérias cariogênicas e do fator tempo. Foi perguntado por Bernardes et al. (2002) se as gestantes ingeriam grande quantidade de açúcar e 41% responderam que sim, enquanto que 59% responderam que não. Também perguntou-se sobre o uso do fio dental e 50% das gestantes responderam que não o usavam. Na pesquisa de Ramos et al. (2006) esse resultado foi ainda pior, sendo que 66% das gestantes não utilizavam o fio dental e apenas 13% delas o utilizavam diariamente. Esses dois questionamentos mostram a necessidade de se trabalhar à promoção e prevenção com essas mulheres, pois a quantidade de ingestão de açúcar e a deficiência na higiene bucal são altas.

Segundo o Programa “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal” de São Paulo/SP (2007) ocorrem alterações nos hábitos de higiene bucal durante a gestação; o enjôo ao creme dental, que pode estar presente, compromete a escovação. Alterações na frequência da alimentação, com aumento no número de refeições, não são acompanhadas pelo aumento no número de escovações. Por outro lado, após o nascimento da criança, a mulher pode descuidar-se de seus cuidados pessoais, incluindo os cuidados para com a sua saúde bucal, não vista nesse momento como prioridade. Desta forma, deve-se enfatizar a necessidade da escovação dentária após as refeições;

orientar casos específicos em que haja sensibilidade ao creme dental (enjôo com o sabor); ressaltar a necessidade de escovação imediata após o vômito para diminuir a acidez salivar e orientar para o uso rotineiro do fio dental, prevenindo assim o surgimento de cárie dentária, gengivite ou problemas periodontais.

Ramos et al. (2006) desenvolveram uma pesquisa com 170 gestantes de centros de saúde de Aracaju/SE, em que essas respondiam um questionário e eram submetidas a um exame odontológico. Após a análise dos resultados, puderam concluir que as mulheres grávidas apresentam condições bucais precárias e hábitos de higiene oral indesejáveis, constatando-se a necessidade de programas educativos-preventivos de doenças bucais com abordagens direcionadas às futuras mães, enfatizando a importância da higienização bucal, da dieta, da prevenção da cárie e de sua transmissibilidade.

O profissional de saúde bucal pode ser um agente de transformação na questão do uso da sacarose, quando faz uma abordagem ampla, não se restringindo à cárie mas também prevenindo a obesidade e conseqüentemente doenças cardíacas, observam Moysés et al., (2008).

O sucesso de se ter crianças livres de doenças bucais irá depender do momento de iniciação da educação e promoção em saúde bucal o mais precocemente possível, juntamente com o acompanhamento odontológico da gestante durante toda a gravidez. Esse acompanhamento tem como objetivo orientar a mãe em relação a vários aspectos como: principais problemas bucais, dieta, higiene bucal, fases do desenvolvimento dos dentes do bebê na gestação, desenvolvimento do paladar do futuro bebê, como ter uma gestação tranquila do ponto de vista odontológico, orientações bucais em relação ao futuro bebê, preparo do seio para a amamentação e hábitos do futuro bebê (chupeta, mamadeira, chupar dedo, etc.) (KONISHI, 1995).

Uma outra informação importante para ser abordada nos grupos operativos é que os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intra-uterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intra-uterina. Por isto, os seguintes fatores podem acarretar problemas nos dentes dos bebês: o uso de medicamentos, a ocorrência de infecções e deficiências nutricionais, entre outros (BRASIL, 2006a).

O protocolo de Minas Gerais: Viva a Vida (2006a) defende a idéia de promoção e educação para a saúde bucal nos três trimestres de gestação. Esse documento separa as informações para serem trabalhadas com as gestantes da seguinte forma:

- 1º trimestre → Esclarecer sobre a placa bacteriana, doença cárie dental (consumo de açúcares), gengivite (sangramento gengival) e doença periodontal; explicar a importância da escovação dentária, uso de dentifrício com flúor, uso do fio dental na prevenção e tratamento da cárie e doença periodontal; enfatizar a importância dos cuidados diários que devem ser realizados em casa (escovar os dentes após cada refeição). Ensinar escovação, uso do fio dental e auto-exame da boca.
- 2º trimestre → Introduzir a educação em saúde bucal do bebê: conscientizar para importância dos dentes decíduos, remoção e controle dos fatores de risco para cárie dentária; Esclarecer sobre a transmissibilidade da doença cárie, que é contagiosa e transmissível. Esclarecer que a saúde bucal da mãe e/ou responsável pelo bebê tem relação com a saúde bucal da criança; observar os pontos de importância da amamentação em relação à saúde bucal: prepara a criança para a mastigação; é o responsável inicial no crescimento harmonioso da face e dentição e durante a amamentação aprende-se respirar corretamente pelo nariz e finalmente reforçar as instruções de higiene bucal da mãe abordadas no 1º trimestre.
- 3º trimestre → Dar continuidade à educação para saúde bucal do bebê repetindo as informações transmitidas no 2º trimestre de gestação e acrescentando: orientar sobre a contaminação do bebê não devendo usar os utensílios deste (pratos, copos, talheres, etc.), não assoprar os alimentos antes de dá-los ao bebê, não colocar na boca chupeta, bico ou brinquedo que o bebê estiver usando, evitar beijá-lo na boca; esclarecer sobre a “cárie de mamadeira”: dieta mole e adocicada aumenta o risco de cárie e, resíduos alimentares que permanecem na boca do bebê servirão de alimento para as bactérias causadoras da cárie dental; orientar para a limpeza da cavidade oral do bebê, que deve ser iniciada, o mais cedo possível, antes da erupção dentária, sendo indispensável à noite, após a última mamada e devendo ser realizada após o bebê se alimentar, ingerir xaropes

e medicamentos que sejam adoçados. A técnica para a limpeza da boca é a seguinte: enrolar a ponta da fralda ou de uma gaze em torno do dedo e molhá-lo em água filtrada ou fervida; limpar a parte interna da boca e a língua, esfregar os dentes (todas as superfícies) quando já estiverem presentes; a escova de dentes com cerdas extra-macias e cabeça bem pequena (própria para crianças) poderá ser introduzida a partir do primeiro dente. Reforçar as instruções de higiene bucal da mãe abordadas no 1º trimestre.

O Programa da cidade de São Paulo “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal” (2007) sugere uma metodologia semelhante à de Minas Gerais (2006a) em que se propõe no mínimo um ciclo de três grupos ao longo do pré-natal e puerpério (preferencialmente grupo de 1.º, 2.º e 3.º trimestre de gestação), nos quais deverão ser abordados os cuidados pessoais com relação a higienização, orientação de dieta, preparo do peito para a amamentação, aleitamento materno e crescimento e desenvolvimento orofacial, dentição decídua, transmissibilidade da cárie dentária, dentre outros temas. Os grupos de ações educativas, para serem mais efetivos, deverão ter até 12 pessoas.

Konishi (1995) relatou que o fato da mulher estar grávida não deve ser motivo para adiar um tratamento odontológico; sendo este momento bastante oportuno para se estabelecer medidas de promoção de saúde que visam a melhoria dos hábitos de higiene e dietéticos da mãe.

A dieta da gestante apresenta-se como um importante tema a ser abordado nos grupos operativos, uma vez que a alimentação e a nutrição adequadas são fundamentais para atender às necessidades da gestante e da nutriz, melhorando a saúde da mulher e do bebê. Para uma gestação tranqüila e saudável, como também para uma amamentação com sucesso é necessário que a mulher esteja com bom estado nutricional antes, durante e depois da gestação. Isso inclui ganho de peso adequado e prevenção de doenças como anemia, diabetes e hipertensão. Isto contribuirá na redução do baixo peso ao nascer e das mortalidades materna e neonatal (BRASIL, 2006a).

Durante a gestação e no período de amamentação as necessidades de energia e nutrientes aumentam devidas, principalmente, ao aumento do volume sanguíneo, ao desenvolvimento do bebê e à produção da lactação. Portanto, devemos dar atenção

especial para a boa nutrição, em especial, ao consumo de alimentos ricos em minerais como ferro e vitaminas como ácido fólico. Neste período, uma alimentação saudável poderá ser associada ao complemento desses nutrientes (BRASIL, 2006a).

A postura em relação à suplementação de flúor durante o pré-natal tem se modificado ao longo do tempo. Atualmente, a maioria dos autores não recomenda a suplementação de flúor na gestação, pois não há evidências de que ocorra qualquer benefício aos dentes do feto quando se consideram apenas os estudos metodologicamente adequados. A efetividade da suplementação com flúor durante o pré-natal foi questionada e até mesmo considerada como não recomendada, principalmente quando se leva em consideração que, no desenvolvimento da dentição das crianças, as áreas suscetíveis à cárie dentária se calcificam somente após o nascimento (LOSSO; RAMALHO, 2001; ANDRADE et al., 2000).

Portanto, não havendo evidência científica que suporte o efeito benéfico de suplementação de flúor durante a gestação, esse medicamento não deve ser prescrito às gestantes (LOSSO; RAMALHO, 2001; BRASIL, 2006a; SÃO PAULO, 2007). A Academia Americana de Odontopediatria não recomenda a suplementação de flúor na gravidez. No Brasil não existem normas em relação ao assunto (LOSSO; RAMALHO, 2001).

2.4.4 Alterações bucais associadas à gestação

As concentrações hormonais que as gestantes atingem acentuam o quadro clínico da inflamação gengival, uma vez que as alterações vasculares provocadas por esses hormônios somam-se à constante presença de placa bacteriana ao redor dos elementos dentários gerada pela maior frequência de ingestão de alimentos e por uma higiene bucal deficiente. (CAMARGO; SOIBELMAN, 2005). Sendo assim, a gestante pode ser considerada uma paciente com risco temporário, maior que o normal para desenvolver complicações periodontais. Contudo, apenas a gestação não determina o quadro de doença periodontal (SILVA; MARTINELLI, 2009).

A gravidez por si só não provoca a gengivite, mas o aumento dos níveis dos hormônios estrógeno e progesterona produzem alterações gengivais que, associadas ao estado transitório de imunodepressão, modificações na microbiota da cavidade oral, maior frequência de ingestão de alimentos e a tendência a relaxar com os cuidados de higiene, fazem com que a inflamação gengival se agrave na gestação com maior tendência ao sangramento, eritema intenso e às vezes hiperplasia. (SARTORIO; MACHADO, 2001; GAJENDRA; KUMAR, 2004; PALMER; SOORY, 2005). Portanto, a gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (BRASIL, 2006a; MINAS GERAIS, 2006b).

Uma lesão fibrogranulomatosa e pedunculada pode, às vezes, se desenvolver durante a gravidez, e denomina-se granuloma gravídico ou epúlide. Essa lesão é causada pela associação de depósitos de placa com o aumento dos hormônios gestacionais. Apresenta-se de cor vermelho brilhante, hiperêmica e edematosa, podendo sangrar quando traumatizadas. Frequentemente, as lesões ocorrem nas papilas anteriores dos dentes superiores e, em geral, não excedem dois centímetros de diâmetro. A remoção durante a gestação não está indicada, pois pode recorrer com a manutenção das causas; apenas removemos a lesão devido à estética ou dor ao se alimentar. Após o parto o tamanho da lesão pode regredir consideravelmente (GAJENDRA; KUMAR, 2004, PALMER; SOORY, 2005, MINAS GERAIS, 2006b; SÃO PAULO, 2007).

A revisão sistemática desenvolvida por Scannapieco et al., em 2003 mostrou que a doença periodontal pode ser um fator de risco para parto pré-termo e baixo peso do bebê ao nascer. Porém, são necessários mais estudos para validar essa associação (estudos longitudinais, epidemiológicos e de intervenção). Não está claro se a doença periodontal possui um papel de causa para as intercorrências gestacionais. No entanto, as evidências preliminares sugerem que a intervenção periodontal possa diminuir essas intercorrências.

Williams e Paquette (2005) fizeram uma revisão de literatura sobre os principais estudos que avaliavam a associação de parto pré-maturo e bebês de baixo peso com a doença periodontal. Encontraram que existem dados iniciais animadores que examinam a intervenção e o impacto do tratamento periodontal nas gestantes, quando se conseguiu

reduzir a infecção e a doença periodontal os resultados foram muitos benéficos. Porém, ainda há muito que se fazer para elucidar e entender a natureza exata da relação da periodontite com o risco geral de uma pessoa para uma doença sistêmica.

A diminuição da capacidade fisiológica do estômago faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com maior frequência, o que pode aumentar o risco à cárie dentária (BRASIL, 2006a; MINAS GERIAS, 2006b; GUARULHOS, 2008).

Muitas mulheres durante o primeiro trimestre da gestação tentam prevenir os enjoos e náuseas aumentando a frequência dos lanches, que acabam contendo altas taxas de açúcar. A menos que o cuidado com a higiene oral aumente, ocorrerá um aumento no risco a cáries nos dentes (GAJENDRA; KUMAR, 2004).

As náuseas e vômitos, por serem ácidas, podem causar erosões nos dentes, principalmente nas regiões palatinas dos dentes anteriores superiores. Essas erosões podem gerar como conseqüências o aumento da sensibilidade térmica dos dentes. O bochecho com solução fluoretada neutra pode ajudar a prevenir as erosões. Pede-se para evitar a escovação dos dentes logo após os vômitos, para se reduzir o risco de abrasão (GAJENDRA; KUMAR, 2004).

2.4.5 Atendimento odontológico à gestante

Segundo Gajendra e Kumar (2004) o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia indica que as mulheres devem consultar o dentista tão logo fiquem grávidas. Porém, afirmam que não há evidências científicas disponíveis que descrevam qual o procedimento odontológico pode ser executado em cada trimestre.

Todo tratamento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez, desde que realizado com precaução, dentro de uma avaliação risco/benefício e de forma multiprofissional. A assistência odontológica com segurança para gestante, feto e dentista inclui a troca de informações com o médico assistente com vistas ao melhor planejamento para execução dos procedimentos odontológicos cabíveis (MINAS GERAIS, 2006b).

O cirurgião dentista deve sempre acompanhar qualquer intercorrência clínica (hipertensão, anemia, diabete, cardiopatias, etc.) ou obstétrica (hemorragias, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, etc.) que ocorra durante a gravidez de modo a orientar-se em relação ao planejamento do atendimento, e para o controle ou prevenção de possíveis episódios de emergências médicas no consultório odontológico (MINAS GERAIS, 2006b).

São Paulo (2007) corrobora que o tratamento odontológico pode e deve ser realizado durante a gestação. A avaliação da condição bucal da gestante, sua classificação quanto ao risco às doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal e lesões dos tecidos moles), a adequação do meio bucal com a eliminação de focos dentários e realização de tratamento restaurador atraumático, raspagem e alisamento corono-radicular deverão ser realizados imediatamente, podendo-se postergar as restaurações convencionais e procedimentos eletivos.

A técnica de adequação do meio bucal e o controle de placa são boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante, e a continuidade do tratamento após a gravidez. Exodontias ou cirurgias não são contra-indicadas, mas deve-se avaliar a possibilidade de realização do procedimento após a gravidez (BRASIL, 2006a).

Minas Gerais (2006a) também afirma que as exodontias não são contra-indicadas, porém, deverão ser realizadas com devidas precauções. A remoção cirúrgica de lesões periodontais – “massas em forma de tumor”- deve ser indicada quando existir interferência com a mastigação, dor ou estética (a paciente deseja remover), seguida de raspagem e alisamento da superfície do dente.

Nenhuma droga, de preferência, deve ser administrada em gestantes no primeiro trimestre, com exceção para as urgências. Enxagüantes bucais e dentifrícios normalmente não são contra-indicados para as mulheres grávidas. A clorexidina apresenta-se segura para a gestação, estando indicada para controlar a gengivite e a cárie. Porém, deve-se evitar enxagüantes bucais com mais de 10% de álcool (GAJENDRA; KUMAR, 2004, SÃO PAULO, 2007).

Antes de prescrever um medicamento, o dentista deve verificar se ele é considerado seguro na fase gestacional em que se encontra a mulher, avaliar se a

prescrição é realmente indispensável, ou se pode ser substituída por um procedimento clínico. Para isso, há necessidade que o profissional conheça profundamente o mecanismo de ação dos medicamentos, sua ação sobre o feto, para que possa fazer uma criteriosa seleção. Quando a gestante ingere ou recebe qualquer medicamento, tanto o seu organismo quanto o do feto são afetados. Entretanto, o feto está mais sujeito aos efeitos negativos, porque não tem a mesma capacidade de metabolizar substâncias (CARMO; NITRINI, 2004).

Outra área de preocupação durante o atendimento odontológico em gestantes é a anestesia local. O Protocolo de Minas Gerais: Viva a Vida (2006a) aponta que todos os anestésicos locais atravessam a placenta, são lipossolúveis e indica o uso de lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000, no máximo 2 tubetes (3,6 ml), com aspiração prévia e injeção lenta. Aponta também, que é prudente evitar o uso da prilocaína e do vasoconstritor felipressina.

Andrade et al., (2000); Correa et al., (2003) e São Paulo (2007) defendem que as soluções anestésicas para uso em gestantes devem conter um agente vasoconstritor em sua composição para retardar a absorção do sal anestésico para a corrente sanguínea, o que diminui a sua toxicidade, e aumenta o tempo de duração da anestesia. Esses autores concluem que o anestésico local deve ser aquele que proporcione a melhor anestesia à gestante, observando as particularidades de cada substância.

Correa et al., (2003) recomendam o uso de lidocaína 2% com vasoconstritor na concentração de 1:100.000, desde que se faça aspiração prévia, injeção lenta e dosagem adequada. Consideram o vasoconstritor adrenalina mais seguro que a noradrenalina porque, devido ao seu mecanismo de ação, a noradrenalina poderá causar aumento acentuado de pressão arterial e de resistência vascular periférica, ocasionando bradicardia reflexa, efeito indesejável não apenas em gestantes mas em todos os indivíduos. Ainda segundo esses autores, dois tubetes são a dose máxima de anestésico segura para gestante. Para um adulto normal, a dose aceita é de até sete tubetes de anestésicos.

Segundo o Caderno de Atenção Básica N^o 17 deve-se observar os seguintes aspectos para o atendimento clínico em cada período da gestação (BRASIL, 2006a):

- 1º trimestre → período menos adequado para o tratamento odontológico devido estar acontecendo às principais transformações embriológicas. Evitar principalmente tomadas radiográficas;
- 2º trimestre → período mais adequado para as intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais;
- 3º trimestre → é prudente evitar o tratamento odontológico neste período devido ao risco de síncope, hipertensão e anemia. Há um maior desconforto da gestante na cadeira odontológica devido ao peso da barriga, podendo acarretar em hipotensão postural.

As urgências devem ser atendidas, observando-se os cuidados indicados em cada período da gestação. Se for necessária a realização de tomadas radiográficas, proteger a gestante com avental de chumbo e protetor de tireóide e, se possível, utilizar filmes ultrarápidos. (GAJENDRA; KUMAR, 2004; BRASIL, 2006a; GUARULHOS, 2008).

No que diz respeito a tomadas radiográficas, estudos clínicos experimentais mostram que a dose de absorção de radiação necessária para indução de defeitos congênitos macroscópicos ou retardo do crescimento fetal é de 0,1 gray. A dose de radiação absorvida numa tomada radiográfica é de 0,00077 gray. Portanto tomadas radiográficas em gestantes são perfeitamente factíveis não deixando de se observar os princípios de proteção da pessoa contra radiação odontológica. Vale lembrar que as tomadas radiográficas odontológicas são realizadas na região da face e não do abdômen o que diminui ainda mais o risco de exposição do feto (SÃO PAULO, 2007).

Gajendra e Kumar (2004) e Minas Gerais (2006a, b) apontam que as consultas odontológicas devem ser curtas e as gestantes devem mudar de posição frequentemente. Cirurgias extensas devem ser evitadas, se possível, até após o parto.

Minas Gerais (2006b) ainda complementa que a partir do 2º trimestre o feto pode promover compressão da veia cava inferior e da aorta quando a gestante permanecer em posição deitada por tempo prolongado, levando a uma diminuição do retorno venoso e possibilidade de tonteira, hipotensão e síncope. Consultas mais breves ou calço debaixo da nádega direita e quadril em aproximadamente 15º podem ajudar a evitar este problema.

O protocolo Viva Vida: Atenção ao pré-natal, parto e puerpério (2006a), do Estado de Minas Gerais, apresenta um capítulo para a atenção em saúde bucal às gestantes. Faz-se uma separação por trimestre de gestação apontando quais ações e procedimentos que deveriam ser realizados em cada período:

- 1º trimestre → primeira consulta odontológica para avaliação e elaboração do plano de tratamento para a gestante. Instituir as ações de higiene bucal, fazer a educação em saúde bucal, executar a escovação supervisionada e ensinar o auto-exame da boca.
- 2º trimestre → executar os procedimentos clínicos odontológicos: adequação do meio bucal, raspagem, alisamento e polimento e continuar com as ações de educação para a saúde bucal da mãe e do bebê.
- 3º trimestre → continuar com a educação para a saúde bucal do bebê.

Para todos os trimestres há indicação de atendimento para as urgências odontológicas e pede-se para se evitar tomadas radiográficas (MINAS GERAIS, 2006a, b). O Protocolo de Saúde Bucal de Guarulhos/SP (2008) corrobora com a distinção da atenção odontológica por trimestre apresentada por Minas Gerais (2006a).

O Protocolo de Atenção à Saúde Bucal de Florianópolis (2006) garante o agendamento para tratamento odontológico da gestante que estiver realizando o pré-natal na Unidade Local de Saúde (ULS), com orientações sobre prevenção de doenças bucais, exame clínico, tratamento curativo básico, profilaxia e adequação do meio bucal. As gestantes deverão ser agendadas para a consulta odontológica após a primeira consulta do pré-natal e o atendimento deverá ser o mais precoce possível, pois, na necessidade de retornos para intervenções subseqüentes sob anestesia, estes devem ser feitos preferencialmente no segundo trimestre de gestação. Garante-se o atendimento odontológico da puérpera e mãe até o bebê completar 1 ano. Atividades de promoção e prevenção podem ser realizadas pelo dentista, TSB ou ASB treinados, que deverão atuar junto a grupos de gestantes nas ULS, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal.

O Programa “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal” da cidade de São Paulo (2007) sugere o seguinte fluxograma para a atenção em odontologia à gestante:

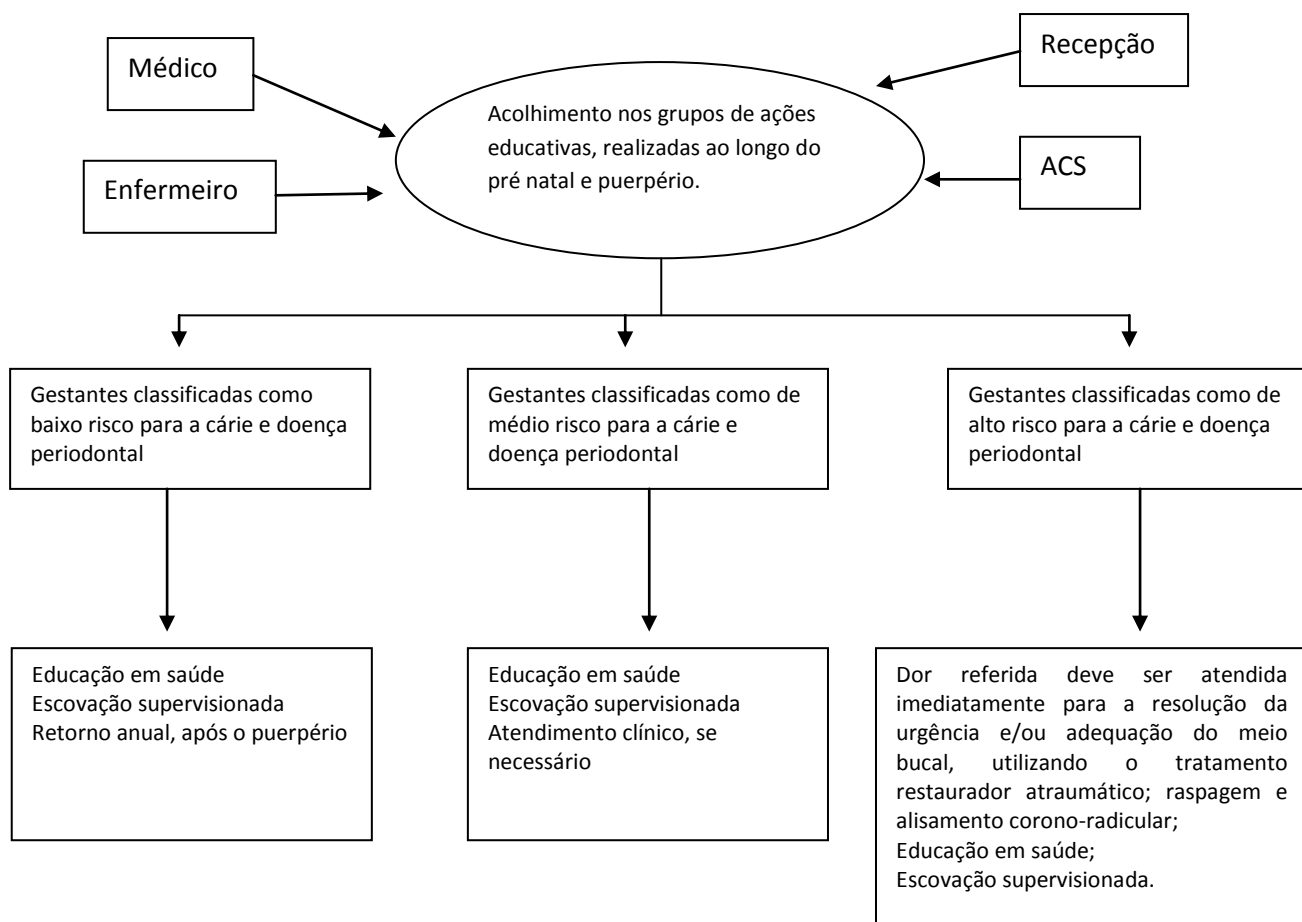


FIGURA 1 – Fluxograma para a Atenção Odontológica à gestante do Programa “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal” da cidade de São Paulo (2007).

3 DISCUSSÃO

A população adscrita na ESF RETIRO III apresenta-se dentro do preconizado pela Portaria GM/MS 648 (2006b) em que uma equipe deve conter em média três mil habitantes, pois segundo os dados levantados em junho/2009, a equipe apresentava 2307 pessoas, sendo 702 famílias.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000) solicita a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação como um dos critérios mínimos necessários para melhorar a qualidade da assistência. A ESF Retiro III apresentou em 2009 mais de 90% das gestantes iniciando o pré-natal durante o primeiro trimestre de gestação, atingindo, portanto, índices satisfatórios.

Tivemos uma porcentagem média de 13 % de gestantes adolescentes, contrapondo ao estudo de Bernardes et al. (2002) em que a taxa de gestantes adolescentes foi de 24 %. Segundo os dados de Yazlle (2006), no Brasil tem sido referido aumento da incidência da gravidez nesta faixa etária, com cifras que vão de 14 a 22%. Portanto, a ESF Retiro III está com a sua taxa de gestantes na adolescência semelhante ao que é se esperado para as adolescentes brasileiras. Há necessidade de estratégias para a prevenção devido às repercussões negativas sobre a saúde do binômio mãe-filho e principalmente, sobre as perspectivas de vida futura de ambos.

Os dados do puerpério foram retirados do Caderno Anual de Pré-Natal da EFS Retiro III, portanto até o momento da coleta dos dados, nem todas as gestantes haviam ganhado bebê; foram 10 gestantes que ainda estavam em controle com o pré-natal. Se analisarmos que nove gestantes desistiram do pré-natal na ESF Retiro III e 10 ainda não fizeram o parto, podemos concluir que apenas quatro puérperas não compareceram na unidade para a consulta de puerpério. Esse resultado corresponde a adesão de 87% das mulheres que estiveram grávidas no ano de 2009 a consulta de puerpério.

O dado de 87% de realização de consultas de puerpério, gerado quando se analisa apenas esse procedimento, está muito acima ao percentual encontrado, 19%, por

Serruya et al. (2004) no levantamento realizado nos anos de 2001 e 2002. Esse valor mostra que a ESF Retiro III valoriza o retorno da mulher a unidade e executa a busca ativa das pacientes faltosas.

Ao se analisar os indicadores de número de consultas de pré-natal do relatório PMA2 observamos que os números de consultas realizadas nos meses se mantiveram bem próximas ou, às vezes, maiores que o número de gestantes cadastradas no próprio mês. Concluímos com esse dado, que a adesão das gestantes ao pré-natal apresenta-se satisfatória.

O indicador de recém-nascido com baixo-peso (< 2.500kg) da EFS Retiro III mostra que a unidade teve poucos casos de baixo-peso no decorrer do ano, a média desses índices foi de 6%.

A II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e DF (PPAM), realizada pelo MS no ano de 2008 encontrou que o índice nacional do Aleitamento Materno Exclusivo em menores de quatro meses de vida é de 51,2% e em Belo Horizonte/MG é de 50,1%. No Aleitamento Materno Exclusivo (AME) a criança recebe somente leite materno, sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, exceto medicamentos (BRASIL, 2009). Na ESF Retiro III o aleitamento exclusivo até os quatro meses de vida do bebê foi alcançado por 75% das mães adscritas. Esse indicador está bem acima da média nacional, fato que pode ser observado de maneira positiva, pois as altas taxas de aleitamento materno influenciam diretamente no declínio da mortalidade infantil no Brasil.

Em relação à Atenção Odontológica na equipe, como mencionado anteriormente por Costa et al. (2006), há um limitante, pois o cirurgião dentista apresenta-se responsável por duas equipes de ESF. Este fato impõe um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos, comprometendo as ações de promoção de saúde. Essas ações ficam ainda mais comprometidas na equipe que está afastada geograficamente do profissional, fato este que gera uma priorização da outra equipe, que no caso é o Retiro III.

Uma vez que o volume de gestantes na equipe Retiro III apresenta-se pequeno, em média 50 por ano, a odontologia consegue absorver toda essa demanda de forma programada, para as ações de promoção, prevenção e assistência clínica.

3.1 Plano de ação

Como foi observado anteriormente, o grupo de gestantes da ESF Retiro III apresenta bons índices, demonstrando um bom acompanhamento ao pré-natal. Porém, falta, ainda, a inserção da atenção odontológica de forma sistemática, para se oferecer uma abordagem mais ampla ao cuidado dessas gestantes. A seguir, será sugerido o plano de ação para a odontologia se integrar ao cuidado das gestantes da unidade.

A atenção em saúde bucal envolverá duas estratégias básicas, para o acompanhamento ao pré-natal da ESF Retiro III:

- Promoção da saúde por meio de ações coletivas na comunidade e em grupos na unidade de saúde (ações de educação em saúde e prevenção), executadas por equipe multiprofissional;
- Ações individuais – prevenção e tratamento odontológico.

A gestante será agendada para a consulta odontológica assim que iniciar o pré-natal na unidade. Toda gestante terá direito a esse agendamento, como defende o Protocolo de Atenção a Saúde Bucal de Florianópolis (2006). Após a consulta médica-enfermagem, esses profissionais a encaminharão para a cirurgiã-dentista. O trabalho de desmistificação do atendimento odontológico começará desde esse primeiro momento.

Na primeira consulta odontológica, executada, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, a gestante será classificada quanto ao risco de desenvolver cárie e doença periodontal, como sugere o Programa “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal” da cidade de São Paulo (2007). Todas as gestantes receberão informações de

educação em saúde e terão sessões individuais de escovação supervisionada com o TSB (de apoio, profissional 20 horas):

- Gestantes classificadas como baixo risco → receberão uma profilaxia (para motivação) e terão o seu retorno agendado após um ano para acompanhamento odontológico;
- Gestantes classificadas como médio risco → receberão uma profilaxia com aplicação tópica de flúor e terão o atendimento clínico caso necessário;
- Gestantes classificadas como alto risco → dor referida deve ser atendida imediatamente para a resolução da urgência. Nos demais casos, agenda-se a gestante para o seu segundo trimestre de gestação para a adequação do meio bucal, utilizando o tratamento restaurador atraumático; raspagem e alisamento corono-radicular. As restaurações convencionais e os procedimentos eletivos podem ser postergados para após o parto.

O atendimento odontológico seguirá as ponderações realizadas nos Protocolos de Minas Gerais (2006a, b), no Caderno de Atenção Básica N° 17 (2006), no Programa “Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal” da cidade de São Paulo (2007) citados anteriormente na revisão da literatura.

As atividades de Promoção da Saúde acontecerão de forma coletiva, numa roda de discussão, de forma interdisciplinar. As orientações de saúde bucal abordadas serão as mesmas sugeridas, por trimestre, pelo Protocolo de Minas Gerais: Viva a Vida (2006a) e os grupos terão no máximo 12 pessoas, que se reunirão no mínimo por três vezes, em cada trimestre de gestação (SÃO PAULO, 2007).

Avaliação e monitoramento

A atenção odontológica será monitorada mediante a utilização dos indicadores de efetividade e eficiência, como:

- percentual de gestantes que iniciaram e concluíram o tratamento odontológico;
- cobertura das gestantes que tiveram acesso à primeira consulta odontológica programada em relação às que realizaram o pré-natal;

- número de grupos realizados, por tipo de grupo e a adesão das gestantes nos mesmos;
- número de espaços sociais incluídos em procedimentos coletivos;
- percentual de gestantes com tratamento concluído em relação às identificadas como alto risco de cárie dentária;
- percentual de mulheres que retornaram, após um ano, para a consulta de manutenção.

A avaliação da atenção odontológica se dará através do índice de placa corada após as sessões de escovação supervisionada e o índice CPO-D medido na reavaliação dessas mulheres após o parto (durante a consulta de manutenção).

A frequência da avaliação e monitoramento desse plano de ação será realizada anualmente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestante requer atenção odontológica especial devido às alterações que ocorrem no período gravídico. Contudo, os protocolos apresentados na revisão de literatura mostram que essas usuárias podem e devem receber atendimento odontológico, desde que realizado com precaução, dentro de uma avaliação risco/benefício e de forma multiprofissional.

Todos os membros da equipe de saúde da ESF são importantes agentes em educação em saúde e, desta forma, contribuem para desmistificar medos e mitos relacionados à atenção odontológica durante o pré-natal e também a alterações buco-dentais atribuídas ao fato de se estar grávida. Espera-se que todos os profissionais da ESF Retiro III entendam a importância da atenção odontológica durante o pré-natal e que trabalhem para inserir as ações de saúde bucal nas atividades prestadas pela equipe durante esse acompanhamento.

Das futuras mães, espera-se que, entendam a importância da manutenção da saúde bucal, interessando-se pelo acompanhamento odontológico, retornando a unidade para as suas consultas de controle e inserção de suas crianças no acompanhamento da saúde bucal realizado na puericultura.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ALMEIDA Gilmara Celli Maia de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p. 2131-2140, set. 2008.
2. ANDRADE, Eduardo Dias de; RANALDI, José; VOLPATO, Maria Cristina. Pacientes que Requerem Cuidados Especiais. In: ANDRADE, Eduardo Dias de. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda., 2000.
3. BERNARDES, Renata Prata Cunha et al. Avaliação dos conhecimentos de saúde bucal de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Uberlândia/MG. 2002. Disponível em: <<http://www.propp.ufu.br/revistaelectronica/edicao2002/4/avaliacao%20.pdf>>. Acesso em: set./2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministro da Saúde: mulheres estão amamentando por mais tempo. Site: Aleitamento.com. agosto/2009. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=2067&id_subcategoria=1>. Acesso em: maio/2010.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N^o 1.444, de 28 de dezembro de 2000b.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N^o 569 de 01 de junho de 2000a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em: março/2010.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N^o 648 de 28 de março de 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em : abril/2010.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 673 de 03 de junho de 2003. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0673_03_06_2003.html>. Acesso em: abril/2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS N° 154, de 15 de maio de 2009. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0154_15_05_2009.html>. Acesso em: abril/2010.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1997. 36 p.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. A Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: abril/2010.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92p.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, 2007. 68p.
14. CAMARGO, Elaine Catarina de; SOIBELMAN, Mauro Prevalência da doença periodontal na gravidez e sua influência na saúde do recém-nascido. Revista AMRIGS, Porto Alegre, n.49, v. 1, p. 11-15, jan.-mar. 2005. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/49-01/ao01.pdf>>. Acesso em: março/2010.
15. CARMO, Thais Adriana; NITRINI, Sandra Maria O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1004-1013, jul./ago. 2004.

16. CODATO, Lucimar Aparecida Britto. Pré-Natal Odontológico e Saúde Bucal: Percepções e Representações de Gestantes. 2005. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.
17. CONASS, Conselho Nacional de Secretários. Atenção Primária, seminário para a estruturação de consensos. Série CONASS documenta, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/sus20anosfinal.pdf>> Acesso em: maio/2010.
18. CORREA, E. M. C.; ANDRADE, E. D.; VOLPATO, M. C. Tratamento odontológico em gestantes: escolha da solução anestésica local. Rev. ABO Nac., São Paulo, v. 11, n. 2, p. 107-111, abr./maio 2003.
19. COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE Rosa Maria (orgs.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67p.
20. ELIAS, Wagner Fulgêncio; SHIMAZAKI, Maria Emi. O Conceito de Família, a Abordagem Familiar e os Instrumentos de Abordagem Familiar. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária – Oficina VI – Abordagem Familiar, Guia do Tutor/Facilitador, Belo Horizonte, 2010.
21. FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde Bucal. Florianópolis, jul., 2006. 46 p.
22. GAJENDRA, Sangeeta; KUMAR, Jayanth. Oral Health and Pregnancy: a review. New York State Dental Journal. New York, v. 70, n.1, p. 40-44, Jan., 2004.
23. GUARULHOS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Saúde Bucal. Guarulhos. 2008. 54p.
24. KONISHI, Flávia. Odontologia intra-uterina. Rev. Assoc. Paul. Cir Dent., São Paulo, v.49, mar./abr., p. 135-136, 1995.

25. LOSSO, Estela M.; RAMALHO, Georgiana M. Avaliação de Prescrição de Suplementos de Flúor Pré-Natal em Curitiba e Região Metropolitana. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. Rio de Janeiro, v.23, n.6, julho, 2001.
26. MENDES, Eugênio Vilaça. A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Julho, 2007.
27. MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte – Oficina I – Análise da Atenção Primária à Saúde, Guia do Gerente de Projetos (Tutor)/Facilitador. Belo Horizonte, 2009.
28. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006a. 84 p.
29. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção em Saúde Bucal. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006b. 290 p.
30. MOREIRA, Patrícia Vasconcelos Leitão; CHAVES, Ana Maria Barros; NÓBREGA, Maria do Socorro Gadêlha. Uma Atuação Multidisciplinar Relacionada à Promoção de Saúde Oral Materno-Infantil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 259-264, set./dez. 2004.
31. MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (orgs.). Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo; Editora Artes Médicas; 2008. 308 p.
32. PALMER, Richard; SOORY, Mena. Fatores Modificadores: Diabetes, Puberdade, Gravidez e Menopausa e Tabagismo. In: LINDHE, Jan; KARRING, Thorkild; LANG, NIKLAUS P. Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005. cap. 6, p.176-193.
33. RAMOS, Thaysa Monteiro; et al. Condições bucais e hábitos de higiene oral em gestantes de baixo nível sócio-econômico de Aracaju- SE. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 6, n. 3, p. 229-235, set./dez. 2006.
34. SANTANA, José Paranaguá de (org.). Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa para a atuação da Equipe de Saúde da Família.

- Colaboração do Ministério da Saúde e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG: NESCON – Faculdade de Medicina e Escola de enfermagem – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000. 80 p.
35. SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNAN, Maria Isabel. Programa de Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saude e Sociedade., São Paulo, v.10, n.1, p. 33-53, jan./jul. 2001.
36. SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. Área Técnica de Saúde Bucal. Nascendo e Crescendo Com Saúde Bucal: Atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). São Paulo, abril, 2007. 43 p. Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/bucal/0007>>. Acesso em: abril/2010.
37. SARTORIO, M. L.; MACHADO, W. A. S. A doença periodontal na gravidez. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, v. 58, n. 5, p. 306-8, set./out. 2001.
38. SCANNAPIECO, Frank A.; BUSH, Renee B., PAJU, Susanna. Periodontal Disease as a Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcomes: a systematic review. Annals of Periodontology, Chicago, v. 8, n.1, p. 70-78, Dec., 2003.
39. SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, Rio de Janeiro, set./out., 2004.
40. SHIMAZAKI, Maria Emi. A Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor da Atenção Primária – Oficina I e II – Redes de Atenção à Saúde e A Atenção Primária à Saúde, Guia do Tutor/Facilitador, Belo Horizonte, 2009.

41. SILVA, Mônica Vasconcelos; MARTELLI, Petrônio J. L. Promoção em Saúde Bucal para Gestantes: revisão de literatura. *Odontologia. Clín. -Científ.*, Recife, n.8, v.3, p. 219-224, jul/set., 2009. Disponível em: <<http://www.crope.org.br/revista/v8n3/4.pdf>>. Acesso em: março/2010.
42. STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
43. WILLIAMS, Ray C.; PAQUETTE, David. Periodontite como Fator de Risco para Doença Sistêmica. In: LINDHE, Jan; KARRING, Thorkild; LANG, NIKLAUS P. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005. cap. 16, p.356-375.
44. YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes. Gravidez na adolescência. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, v.28, n.8, p. 443-445, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/01.pdf>>. Acesso em: maio/2010.