

A PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO DA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO

Elizandra de Queiroz Venancio*
Elza Maria de Queiroz Venancio de Paula**
Sandra Regina Imada***
Cássia Barbosa Reis****

RESUMO

O presente trabalho é um estudo da percepção de enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre significados e sentidos que permeiam o saber e o fazer da atenção em saúde bucal e organização da atenção a saúde bucal durante o pré-natal realizado na atenção básica. A pesquisa é descritiva de abordagem qualitativa através do discurso do sujeito coletivo. A população alvo foi de 37 enfermeiros da estratégia de saúde da família do município de Dourados, Mato Grosso do Sul. A coleta de dados, a partir de entrevista semi-estruturada, foi realizada entre abril e junho de 2010, com amostra de conveniência, composta por 10 entrevistas, delimitadas pela saturação das respostas e análise temática. Os enfermeiros demonstram conhecimentos incertos em relação à atenção a saúde bucal na gestação, inclusive da necessidade de registro do exame bucal no cartão da gestante. Vêm a educação permanente como saída para sanar o desconhecimento sobre o assunto e acreditam que a sobrecarga com a administração da unidade de saúde interfere na atenção da enfermagem e interação com a equipe.

Palavras-chave: Saúde da Família. Gestante. Enfermagem. Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

O programa de saúde da família (PSF) surgiu em 1998, como uma estratégia para implementar ações de saúde coletivas no contexto social, a partir de experiência bem sucedida de agentes comunitários no estado do Ceará no final da década de 80⁽¹⁾. Para a operacionalização do PSF, foi necessária a criação de uma equipe multiprofissional que atuasse numa área delimitada, com uma prática que envolvesse a comunidade em seu habitat local permitindo o contato com a realidade daquela comunidade e o estabelecimento de prioridades de trabalho em curto, médio e longo prazo^(1,2).

A reorganização da atenção básica desencadeou um processo de adequação do trabalho ao modelo de atenção que se propunha, buscando ativamente a interdisciplinaridade e integralidade da atenção^(1,2). A interdisciplinaridade, intrínseca ao trabalho em equipe multiprofissional, faz com que os profissionais envolvidos no processo de trabalho

sigam além do campo biológico e trabalho técnico, interagindo para ampliar seus conhecimentos, por meio da troca de saberes e fortalecimento do respeito mútuo às diferentes percepções. Propiciando a integralidade da atenção, a equipe deve ser capaz de oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo⁽²⁾.

Concomitante a este processo, em 1996 o Ministério da saúde realizou levantamento epidemiológico da saúde bucal, em todo território brasileiro, que mostrou um quadro dramático da condição bucal da população brasileira, despertando para a urgente necessidade de ampliação da cobertura da atenção em saúde bucal. Diante da necessidade de ampliação da atenção à saúde bucal da população brasileira, em 2000, o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 1.444 que estabelece incentivo financeiro anual para a equipe de saúde bucal (ESB) implantada, destinado a reorganização da atenção e qualificação das ações de saúde bucal prestada nos municípios

1 Artigo originada Pesquisa: "Percepção de enfermeiros da estratégia da saúde da família sobre atenção odontológica na gestação". Centro Universitário da Grande Dourados (MS).

* Cirurgiã dentista. Mestre. E-mail: elizandra_venancio@hotmail.com

** Cirurgiã dentista. E-mail: elzamaría67@hotmail.com

*** Cirurgiã dentista. E-mail: sandrarimada@yahoo.com.br

**** Enfermeira. Mestre. E-mail: cassiareis@hotmail.com

assim como para a contratação da equipe.

Na tentativa de superar barreiras sócio-econômicas, humanizar o atendimento e aumentar o acesso da população à saúde bucal em todos os níveis de atenção no SUS, em 2004, foi proposta a reorganização da política de saúde bucal, através de duas formas de inserção da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde. Uma na linha de cuidado, que reconhece as especificidades próprias dos ciclos de vida, e outra na condição de vida, que inclui entre outros a saúde da mulher com a implantação de programas de prevenção e promoção de saúde bucal durante a gestação⁽²⁾. Em oposição ao modelo tradicional biomédico, centrado na doença e no hospital, a atenção da estratégia de saúde da família (ESF), está na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, permitindo às equipes de saúde da família a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas⁽¹⁾.

O Pacto pela Saúde, em 2006, definiu como áreas estratégicas na 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. Desde 1998, o Ministério da saúde orienta que o momento da gestação é ideal para o trabalho de educação em saúde, pois estas mulheres se mostram abertas a novos conhecimentos e cuidados, pois estão preocupadas com o bem estar do bebê. Mas para que o processo de aprendizagem se realize é fundamental o acompanhamento de um profissional de saúde junto ao grupo para organizar discussões e esclarecer dúvidas. Neste contexto, por ocasião do primeiro atendimento do pré-natal as gestantes devem ser agendadas para consulta odontológica de rotina nas unidades de saúde que dispõem de serviço odontológico⁽³⁾.

Em 2005, o Ministério Saúde edita o manual técnico de pré-natal e puerpério com o objetivo de guiar os profissionais responsáveis pelo pré-natal para a captação desta mulher e acompanhamento nestas fases. Entretanto, em relação à atenção odontológica, se limita a

orientar sobre possibilidade de referência à consulta odontológica em caso de sangramento gengival ou quando necessário⁽⁴⁾.

Ao longo do tempo, a odontologia transitou de uma filosofia fortemente centrada em procedimentos mecânicos e artesanais para uma forma de atenção referenciada em bases científicas que deram suporte a métodos de prevenção, diagnóstico, tratamento específico e controle das principais doenças bucais⁽⁵⁻⁷⁾. Estas deixaram de ser vistas de forma isolada e simplista, sendo enquadradas dentro do processo saúde/doença, onde saúde e doença apresentam-se como componentes interativos e dependentes por toda a vida dos indivíduos e as doenças bucais passaram a ser consideradas como fatores que podem gerar repercussões na saúde geral dos indivíduos^(5,8).

Evidências científicas mostram que as mudanças fisiológicas geradas pela gestação podem repercutir na homeostase da cavidade bucal devido, principalmente, a variações hormonais que produzem alterações na resposta imunológica da gestante⁽⁶⁾.

Estudos indicam que inflamação crônica dos tecidos de sustentação dos dentes, focos de infecção, dor e possibilidade de septicemia, durante a gestação, possam ser fatores de risco à parto prematuro, recém-nascido com baixo peso, pré-eclampsia e aborto^(7,9).

O objetivo deste estudo foi conhecer as percepções do enfermeiro que atua na estratégia de saúde da família sobre a organização da atenção a saúde bucal prestada à mulher gestante.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é descritiva com enfoque qualitativo. A pesquisa qualitativa trabalha com conceitos pessoais, valores, mitos, representações, modo de vida e costumes de forma a abranger e compreender determinado grupo. Logo não pode pretender o alcance da verdade, com o que é certo ou errado⁽¹⁰⁾.

O estudo foi realizado no Município de Dourados, Estado do Mato Grosso do Sul, pólo referencial em saúde para 38 cidades da região.

A população do estudo foi formada por 37 enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família, amostra por conveniência, composta por

10 entrevistas, delimitada pela saturação das respostas. Esse processo é operacionalmente definido com a suspensão de inclusão de novos participantes quando as respostas obtidas passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, no local de trabalho e ambiente que favorecesse privacidade e sigilo das informações. As entrevistas foram agendadas por contato telefônico de acordo com a disponibilidade dos participantes. Ao início da entrevista foram apresentados ao entrevistado o objetivo e o termo de consentimento livre e esclarecido da pesquisa, que depois de lido foi assinado. As entrevistas foram gravadas e transcritas no período de abril a junho de 2010.

Para análise dos dados utilizou-se a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), que tabula e organiza dados qualitativos, elaborando discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular, contendo os mais significativos extratos de depoimentos de sentido semelhante⁽¹¹⁾. São empregadas as figuras metodológicas: expressão-chave (E-Ch), idéia central (IC) e discurso do sujeito coletivo (DSC).

Os resultados obtidos foram divididos em eixos temáticos, a partir dos quais foram construídos os DSC. O presente estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário da Grande Dourados sob o protocolo 333/09, em 31 de março de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas quatro idéias centrais no discurso do sujeito coletivo de enfermeiro sobre a organização da atenção a saúde bucal as gestantes no pré-natal.

IC 1 - Atenção em saúde bucal

DSC:

A minha experiência de saúde bucal na gravidez ainda é pequena! Na unidade nós não fazemos, não conseguimos ter trabalho em conjunto, equipe. Tem pré-natal, a primeira consulta é comigo, pro cadastro. Aqui gestante não tem avaliação do dentista e ele não participa de palestra. Então, o que poderia estar assim.

Funcionando certinho, trabalhando por ciclo de vida! A gente não consegue atender! Por exemplo, no dia de consulta da gestante, já poderia sair do consultório e ir direto para o dentista. E o odontólogo sabe isso! Quando a gente percebe que elas têm dúvidas, quando tem algo muito grotesco, encaminho! Só que eu não agendo nem deixo agendado, deixo ela fazer do jeito que quiser. Mas depende muito da mulher. Não adianta a gente oferecer, se ela acha que não tem nada não vai procurar. Quando está um tumulto, eu falo: vai no dentista para dar uma olhada, é só bater na porta! Depois pergunto se ela passou pelo dentista e sempre respondem que não foram. Você acha que vem outro dia para marcar? Não! Às vezes pego o prontuário e levo lá. Tipo... obrigado! Aqui é uma área carente! Sempre vai ter alguma coisa! Mas a maioria acaba não passando pelo dentista. Então você consegue resolver um problema que ela já tinha antes e que pode se agravar durante a gravidez! Eu acho que o dentista na parte de saúde bucal poderia atender mais, um atendimento mais específico, participar com orientação e palestras para o grupo de gestante! Pelo menos explicar rapidinho! Nada profundo, mas falar alguma coisa.

Os entrevistados explicitam ao longo do discurso incerteza e inexperiência em relação à prática de atenção em saúde bucal à mulher gestante na saúde da família, apesar de perceberem a necessidade e a importância deste tipo de trabalho nos ciclos de vida. Acreditam que a falta de envolvimento e de interação do dentista é uma barreira ao desenvolvimento das ações. Dúvidas e situações gritantes de precariedade da condição bucal de algumas gestantes chamam atenção dos enfermeiros para a cavidade bucal que, quando lembra, orienta para passar pelo dentista. É possível perceber que os próprios enfermeiros acabam tendendo para uma atenção curativa, associando a busca pelo dentista à solução de problemas existentes. Isto dificulta a interdisciplinaridade, pois cada profissional desenvolve seu trabalho isoladamente, em consequência das velhas práticas curativistas e tecnicistas da divisão do ser humano em membros ou partes.

O enfermeiro pode assessorar o trabalho do dentista no sentido de incentivar a gestante a aceitar passar por consulta odontológica, por meio de orientações básicas que auxiliem na superação de medos e crenças. Concomitante a isso, o dentista deve se apropriar do seu lugar

dentro da equipe de saúde da família com o intuito de desenvolver as ações de educação em saúde no sentido de aconselhar, esclarecer dúvidas e desmistificar equívocos em relação à saúde bucal na gestação, desencadeando a consciência da prevenção de doenças bucais e possibilitando o tratamento destas quando existirem. As barreiras que dificultam o atendimento odontológico na gestação são construídas com base em crenças e tabus e também sobre a relação com o dentista e organização dos serviços de saúde⁽¹²⁾. Torna-se imprescindível desfazer o mito de que o tratamento odontológico não é indicado para mulheres grávidas e também desmistificar a crença de que para cada gestação é natural perder-se um dente^(3,13). A gravidez é uma fase em que a mulher está emocionalmente sensível e susceptível a novos conhecimentos⁽¹⁴⁾, entretanto, este momento não é aproveitado pela equipe, como mostra estudo realizado com puérperas⁽¹³⁾.

A mãe tem papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância. Ações educativo-preventivas, individuais e coletivas, na gestação qualificam a saúde destas mulheres tornando-as agentes multiplicadores de saúde pelo seu potencial influenciador e introdutor de bons hábitos em seu núcleo familiar^(3,14,15). A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais da saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada^(3,16,13). Os profissionais da saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito ao atendimento da gestante^(1,12,16).

A gravidez por si só não determina quadro de doenças bucais. Alterações na composição da placa sub-gengival, resposta imune da gestante e a concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam a resposta da cavidade bucal. Assim a gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle da higienização bucal e da alimentação^(14,17). 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⁽⁹⁾. O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê^(3,13,18). Nem sempre as doenças bucais apresentam sinais e sintomas evidentes ao paciente ou a pessoas de seu convívio, sendo estas chamadas de doenças silenciosas. Assim, o acompanhamento preventivo é necessário para diagnóstico e intervenções precoces.

IC 2 - Registro do exame bucal no cartão da gestante

DSC:

A gente fica tão bitolado nos passos de seguir o pré-natal que acaba esquecendo a parte odontológica! Eu pergunto sobre preventivo, exame de mama. Mas tem hora que a gente esquece de dizer para ir no dentista! Eu confesso! Eu nem lembro desse item exame odontológico. Na minha carteirinha isso não fica preenchido, não olho! Eu só respondo o que eu examinei, entende? Até porque isso deveria ser na consulta odontológica. A gente orienta para tá indo no dentista! Tudo bem que eu posso entender um pouquinho. Mas ele é o profissional capacitado, entende mais do que eu! O exame da mama, exame pélvico, exame citológico, isso aí a gente preenche! Porque a gente acaba fazendo, mas quando chega na boca! Aí paciente não tem boca! Você nem encaminha e nem faz nada! Tento encaminhar e passar as gestantes para o dentista avaliar. Ele não avalia todas, só as que eu acho que é necessário. E deixo para o dentista tá marcando, mas fica em branco. Na verdade, tinha que pegar o cartão da gestante, marcar uma consulta para o odontólogo fazer a avaliação. Porque de repente tem gente que faz e não marca. E a gente não pode deixar, na carteirinha principalmente! Porque vai pro hospital da mulher e o pessoal mete a boca na gente. É um problema pequeno, mas é um problema!

O DSC sobre o registro da condição de saúde bucal no cartão da gestante revela uma percepção conflitante do enfermeiro, que fica concentrado apenas na gestação. Demonstra decepção e preocupação com a interdisciplinaridade dentro da equipe, pois o campo exame odontológico fica em branco uma vez que a gestante não passa por consulta com cirurgião dentista.

É importante salientar que os profissionais de enfermagem recebem na graduação noções

elementares sobre saúde bucal, com objetivo de desencadear a reflexão sobre saúde em sua totalidade, assim como servir de apoio no processo de educação em saúde e sensibilização do paciente, jamais com intuito de fazer avaliações, diagnósticos ou tratamento da cavidade bucal uma vez que isto é de competência do dentista.

A ausência de interação entre dentista e enfermeiro, mencionada no discurso, aqui é visto como um problema menor, porém para que a gravidez transcorra com segurança são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. Para isso é necessário o despertar do enfermeiro, médico e dentista da equipe de saúde da família para a relevância do trabalho interdisciplinar com foco na integralidade com meio para superar o modelo biomédico de atenção à doença e da observação da suscetibilidade das mulheres no período gestacional em decorrência das mudanças fisiológicas^(1,13-15).

Os manuais técnicos do Ministério da Saúde sobre acompanhamento do pré-natal e puerpério trazem breve comentário sobre consulta odontológica. Encontramos ainda, nas diretrizes da política nacional de saúde bucal, orientações sobre a necessidade de ampliação do acesso a saúde bucal com objetivo de superar o modelo de atenção que focava a doença e não a prevenção. Este objetivo visa dar garantia de atendimento individual às gestantes utilizando ações educativo-preventivas com intuito de “empoderar” estas mulheres quanto a sua saúde, transformando-as em agentes multiplicadores de saber em saúde e atores fundamentais para a transformação das suas condições de saúde^(2,16,18). Entretanto, tais documentos não trazem orientações que designem o papel de cada membro da equipe de saúde na organização do atendimento integrado à gestante, fazendo com que suas atividades sejam desarticuladas sem um benefício direto a este público.

IC 3 - Educação permanente

DSC:

Eu acho que ainda tá muito deficiente na educação permanente. Para melhorar tinha que ter curso, capacitação, sensibilização! Pela minha ignorância, para ter um norte e saber que

saúde bucal não é só saúde bucal! Às vezes a pessoa vem com um problema e não é problema que médico ou enfermeiro pode resolver. A gente encaminha ou fala e não sabe dizer por que! Porque a gente não teve isso! Nós observamos tudo menos a boca! Para os profissionais aprenderem a trabalhar em equipe! Tanto o dentista saber a importância dele estar dentro do pré-natal e para os médicos e enfermeiros saberem a importância da saúde bucal. E um trabalho de conscientização com o profissional que trabalha no pré-natal para encaminhar. Particularmente, acho que a especialização em saúde pública tinha que ser para todos os funcionários que trabalham com isso, principalmente de nível superior! Acho que tem que falar a mesma linguagem... Porque a gente não tem uma porta com a saúde bucal, é separado. Mas se você marcar o dia pra gestante, com rotina... Você vai adaptar, estudar, ver as fichas da gestante, comparar, fazer um estudo... A responsabilidade é da equipe! Não é só enfermeiro ou médico, dentista. Eu tô fazendo especialização! Vejo que melhorei muito, o que faço do ano passado para esse! O pessoal fala em especialização, mas médico vai fazer dermatologia e dentista, odontopediatria. E acaba não fazendo saúde pública! Acho que a especialização de Saúde Pública sensibiliza!

O DSC mostra a necessidade da educação permanente para os profissionais da equipe de saúde da família. Os enfermeiros se mostram abertos a ampliar seus conhecimentos, inclusive sobre saúde bucal, pois se sentem despreparados para lidar com situações cotidianas ligadas a bucalidade. A troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais de saúde que lidam com pacientes especiais, como a gestantes, é importante para que se consiga ofertar a este grupo atendimento humanizado, integral e de qualidade^(1,2). Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde que podem acompanhar o atendimento pré-natal não recebe adequadamente, em sua formação, orientações sobre a relevância dos cuidados com saúde bucal e seus reflexos na saúde geral, inclusive na gestação. Logo não se sentem aptos para esclarecer dúvidas ou encaminhar as pacientes, por vezes negligenciando as necessidades das gestantes. Mesmo os dentistas, muitas vezes, não sabem trabalhar com a saúde bucal na gravidez^(12,15).

Os entrevistados vêem a educação permanente como um instrumento que pode

sensibilizar os trabalhadores de saúde como forma de superar barreiras na busca da interdisciplinaridade e da integralidade. Estas questões apontam para a necessidade de se avaliar e adaptar os currículos dos cursos de saúde e possibilitar educação permanente ao profissional já atuante acerca dos pressupostos educativos da prática de saúde bucal. A mudança dos currículos deve possibilitar um processo reflexivo dos membros da equipe de pré-natal acerca do atendimento do indivíduo como um todo e a importância da assistência na perspectiva interdisciplinaridade na prática de saúde^(13,15).

IC 4 - Administração da unidade e equipe DSC:

Nós, como coordenadores do PSF ficamos sobrecarregados. Eu acho que a gente tá muito perdido e precisando de apoio. O enfermeiro acaba tendo uma dificuldade, muito grande, na administração. Também temos um monte de meta pra cumprir, um monte de coisa pra fazer e na hora H focaliza só gravidez! Não dá tempo para fazer discussão diária, justamente pela carga horária, porque tanto o médico ou o dentista eles acabam saindo mais cedo porque tem consultório particular. Nós tínhamos que fazer só nosso serviço, ter nossa produtividade voltada para atenção básica e não precisar sair no meio do expediente para ir ao almoxarifado, secretaria ou RH resolver um problema ou buscar alguma coisa. Quando você começa a deslanchar um trabalho, acontece alguma coisa e você é obrigado a parar porque você tem que obedecer. A decisão tinha que ser de baixo para cima, mas a coisa é sempre de cima para baixo. Impõem! Então, às vezes fica um pouco de lado a prevenção e promoção. Por isso não estamos conseguindo fazer o dia de gestante. A gente bolou o negócio do aleitamento materno com a visita domiciliar a gestante! Não temos um espaço adequado, a estrutura física não é boa! Temos mais de uma equipe e as macas ginecológicas, cadeiras de dentista e salas não são suficientes e o profissional não atende aqui todos os dias. O profissional não trabalha tanto quanto poderia porque não tem como atender.

Os enfermeiros acreditam que as atividades administrativas e a grande quantidade de metas a serem cumpridas favorecem uma atenção a gestante focada na barriga deixando a integralidade em segundo plano. Na visão do

enfermeiro, outro fator que interfere na atenção integral à gestante é o não cumprimento da carga horária de trabalho por médicos e dentistas que não se envolvem ou se comprometem com o pré-natal.

As responsabilidades administrativas da unidade de atenção básica assumidas pelo enfermeiro acabam por desviá-lo de suas funções clínicas. A falta de planejamento e verticalização das decisões por parte da gestão de saúde, assim como falta de apoio, prejudica o andamento de programas, tais como o dia da gestante. Estas situações também são relatadas por Pedrosa e Teles⁽¹⁹⁾ que mostram que médicos e enfermeiros acreditam que atividades concernentes à gerência da unidade básica de saúde representaram acúmulo de trabalho, prejudicam a comunidade em virtude do tempo dispendido em atividades burocráticas e, ainda que possam ser vistas como uma forma de controle, inexistente o apoio de setores do governo municipal.

O DSC mostra que a estrutura física é precária sendo entendida como um fator desagregador da equipe de saúde e barreira à prática da interdisciplinaridade entre enfermeiro e dentista, pois não têm tanto contato quanto gostariam ou deveriam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados deste estudo, identificou-se que o enfermeiro necessita ser mais bem preparado quanto a atenção à saúde bucal da gestante. Para que isso ocorra é importante que ainda na graduação de enfermagem os alunos tenham noções sobre saúde bucal e suas implicações no período gestacional. Já na atenção básica é necessário investir em capacitações que ampliem o conhecimento, não apenas do enfermeiro, mas de todos os membros da equipe de saúde da família, sensibilizando-os para a interdisciplinaridade, fortalecimento do vínculo e superação de barreiras no acompanhamento odontológico na gestação. Tais condições se tornam facilitadoras no processo de educação em saúde, ampliam o acesso ao serviço de saúde bucal vislumbrando a integralidade da gestante, possibilitando reflexos na transformação da realidade destas mulheres e de suas

comunidades. É necessário rever os papéis desempenhados pelo enfermeiro dentro da equipe de saúde, de maneira que as responsabilidades administrativas da unidade de saúde não interfiram na assistência da enfermagem e interação com a equipe. Por fim, observa-se a necessidade de mais diálogo entre

gestores e atenção básica para que decisões verticalizadas não atrapalhem ou dificultem o desenvolvimento das atividades nas unidades, uma vez que as necessidades destas estão diretamente relacionadas às características da área de adstrição.

ORAL HEALTH CARE IN PREGNANCY AND THE PERCEPTION OF FAMILY HEALTH NURSE

ABSTRACT

This work is a study of nurses' perceptions of the health strategy of the family of meanings and feelings that underlie the knowledge and attention to oral health care organization and oral health during prenatal care conducted in primary care. The research is descriptive qualitative approach using the collective subject discourse. The target population of 37 nurses in family health strategy of the Dourados, Mato Grosso do Sul. Collection of data from semi-structured interview was conducted between April and June 2010, with a convenience sample, composed for 10 interviews, bounded by the saturation of responses and thematic analysis. Nurses demonstrate uncertain knowledge about oral health care during pregnancy, including the need to record the oral examination of the pregnant woman on the card. See lifelong learning as a solution to remedy the ignorance about it and believe that the burden of administration interferes with the health unit nursing care and interaction with the team.

Keywords: Family Health. Pregnant. Nursing. Oral Health.

CUIDADO DE LA SALUD ORAL EN EL EMBARAZO Y LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA DE SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN

Este trabajo es un estudio de las enfermeras las percepciones de la estrategia de salud de la familia de los significados y sentimientos que subyacen en el conocimiento y la atención a la organización de salud bucal y la salud bucal durante la atención prenatal realizado en atención primaria. La investigación es el enfoque cualitativo descriptivo con el discurso del sujeto colectivo. La población objetivo de 37 enfermeras en la estrategia de salud de la familia de la Dourados, Mato Grosso do Sul de recogida de datos de entrevista semi estructurada se realizó entre abril y junio de 2010, con una muestra, compuesta de 10 entrevistas, limitada por la saturación de las respuestas y el análisis temático. Enfermeras demostrar un conocimiento seguro sobre la salud bucal durante el embarazo, incluyendo la necesidad de registrar el examen oral de la mujer embarazada en la tarjeta. Ver el aprendizaje permanente como una solución para remediar la ignorancia al respecto y creo que la carga de la administración interfiere con el cuidado de la salud de enfermería unidad y la interacción con el equipo

Palabras clave: Salud de la Familia. Embarazo. Enfermería. Salud Oral.

REFERÊNCIAS

1. Palacin JAS. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do terceiro milênio. In: Fernandes AS, Palacin JAS (Orgs). Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: o caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2004, p. 15-30.
2. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM (Orgs). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
3. Konishi F, Konishi R. Odontologia intra-uterina: um novo modelo de construção de saúde bucal. In: Cardoso AJR. Odontopediatria: Prevenção. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.155-65.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. 3ª. Ed. Rev. Brasília (DF), 2006.
5. Amar S, Han X. The impact of periodontal infection on systemic Diseases. Med Sci Monit 2003;12 (9): 291-99.
6. Honkala S, Al-Ansari J. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. J Clin Periodontol 2005; 32:809-14.
7. Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. Cien Saúde Colet 2008; 11(3): 1075-80.
8. Groisman S, Moraes MN, Chagas LD. A evolução da atenção a saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. Cadernos Aboprev II. 2005. Disponível em <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5517.pdf>> Acesso em 03 mar 2012.
9. Habashench R, Guthmiller JM, Levy S, Jonhsob GK, Squier C, Dawson DV. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. J Clin Periodontol 2005; 32: 815-21.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. Hucitec, São Paulo, 2008.
11. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber; 2005.

12. Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3):789-96.
13. Fancisquini AR, Higaraschi IH, Serafim D, Bercini L. O. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9 (4):743-51.
14. Menino RTM, Bijella VT. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. *J Appl Oral Sci* 1995; 3 (1/4):5-16.
15. Costa ICC, Marcelino G, Berti GM, Saliba NA. A gestante como agente multiplicador de saúde. *Rev Pos Graduação* 1998; 5(2): 87-92.
16. Chistensen LB, Jeppe-Jensen D, Petersen PE. Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. *J Clin Periodontol* 2003; 30: 949-53.
17. Noack B, Klingenberg J, Weigelt J, Hoffmann T. Periodontal status and preterm low birth weight: a case control study. *J Clin Periodontol* 2005; 40:339-45.
18. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Cien Saúde Colet* 2010; 15(1): 269-76.
19. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(3); 303-11.

Endereço para correspondência: Cássia Barbosa Reis. Rua Bertoldo Miranda de Barros, nº 1113, Jardim Florida II, CEP 79.822-110, Dourados, Mato Grosso do Sul.

Data de recebimento: 14/08/2011

Data de aprovação: 01/12/2012