

Especialização Multiprofissional em
Saúde da Família



Eixo III - A Assistência na Atenção Básica
Atenção Integral à Saúde da Mulher
Odontologia
2ª edição



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

AUTORES 1ª EDIÇÃO

Daniela Lemos Carcereri

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Heitor Tognoli

Maria Conceição de Oliveira

Carla Miranda

2ª EDIÇÃO ADAPTADA

Daniela Lemos Carcereri

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Heitor Tognoli

Maria Conceição de Oliveira

Carla Miranda

Tanise Gonçalves Freitas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde da Mulher

Odontologia

2ª edição

Eixo III

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2012

© 2012 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Atenção Integral à saúde da mulher: odontologia [Recurso eletrônico] /
Universidade Federal de Santa Catarina; Daniela Lemos Carcereri; Evangelia
Kotzias Atherino dos Santos; Heitor Tognoli. 2. ed. – Florianópolis: Universidade
Federal de Santa Catarina, 2012.

61 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Atenção Integral a Saúde Bucal da Mulher. – Atenção
a Saúde Bucal da Mulher no Período Pré-natal, no Puerpério, no Climatério
e na Menopausa. – Experiências Exitosas no Trabalho Interdisciplinar na
Atenção Básica – Saúde da Mulher.

ISBN: 978-85-61682-91-0

1. Saúde da mulher. 2. Saúde bucal. 3. Atenção primária à saúde. 4.
Odontologia preventiva. I. UFSC. II. Carcereri, Daniela Lemos. III. Santos,
Evangelia Kotzias Atherino dos. IV. Tognoli, Heitor. V. Título. VI. Série.

CDU: 618.3

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Marcelo Capillé

Revisão Textual: Maria Geralda Soprana Dias, Flávia Goulart

Design Gráfico: Maraysa Alves

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Maraysa Alves

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO	11
REFERÊNCIAS	15
UNIDADE 2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL DA MULHER	17
2.1 Cuidados nas principais queixas e agravos da saúde da mulher	17
2.1.1 Principais agravos à saúde bucal da mulher	18
2.1.2 Inter-relação entre saúde bucal e violência contra a mulher	20
2.2 Atenção integral à saúde bucal na gestação	21
2.2.1 Atividades educativas e de apoio às gestantes e seus familiares	22
2.3 Fatores de risco na gestação: riscos clínicos e sociais	25
REFERÊNCIAS	27
UNIDADE 3 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA MULHER NO PERÍODO PRÉ-NATAL, NO PUERPÉRIO, NO CLIMATÉRIO E NA MENOPAUSA	31
3.1 Cuidados do período pré-natal	31
3.1.1 Consulta pré-natal	31
3.1.2 Consultas odontológicas da gestante	34
3.2 Atenção integral à saúde bucal no puerpério	38
3.2.1 Aleitamento materno	40
3.2.2 Consulta odontológica puerperal	43
3.3 Atenção integral à saúde da mulher no climatério e na menopausa	44
3.3.1 Alterações na saúde bucal	45
REFERÊNCIAS	47
UNIDADE 4 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA MULHER	51
4.1 A educação popular na Atenção Básica e a saúde da mulher	51
4.2 Violência contra a mulher e as práticas da Atenção Básica	55
4.3 Atenção integral à saúde da mulher na Atenção Básica	56
REFERÊNCIAS	58
SÍNTESE DO MÓDULO	59
AUTORES	60

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Seja bem-vindo(a)!

O presente módulo tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento de competências profissionais acerca da atenção integral à saúde da mulher a partir do conceito ampliado de saúde, que inclui os diferentes olhares e saberes da equipe e da comunidade sobre questões de saúde da população feminina, na perspectiva da integralidade do cuidado. Para isso, os conteúdos aqui apresentados estão estruturados de modo a facilitar a compreensão e atingir seus objetivos didático-pedagógicos. Com essa afirmação, reforçamos que a atenção integral à saúde da mulher possui caráter mais abrangente, e por esse motivo não deve ser compreendida como ações pontuais, direcionadas apenas as doenças, agravos ou atendimentos isolados por ciclos de vida. A atenção a esta população deve ser desenvolvida conforme as necessidades apresentadas, considerando todo o processo saúde-doença, seus aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos.

Outro aspecto relevante a ser destacado neste módulo é a apresentação de exemplos práticos e relatos de experiências na atenção básica sobre possibilidades de interlocução entre a Equipe de Saúde da Família – ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Busca-se com isto, reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar. Com a crescente ampliação e qualificação da rede de atenção básica, cada vez mais o profissional da ESF pode contar com os outros profissionais que integram os demais serviços de atenção à saúde, seja na assistência, seja na educação permanente.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos sobre Saúde da Mulher, na expectativa de reforçar cada vez mais a integralidade do cuidado e a humanização da assistência nos serviços de saúde, fortalecendo e qualificando a atenção básica, a Estratégia Saúde da Família e o SUS.

Ementa

Abordagem integral à saúde da mulher; humanização da assistência; trabalho interdisciplinar em equipe; atenção integral à saúde bucal da mulher; ações da clínica e do cuidado nas principais queixas e agravos; atenção integral ao ciclo gravídico-puerperal, ao climatério e menopausa.

Objetivo geral

Compreender a atenção integral à saúde da mulher de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas à saúde da mulher na perspectiva do cuidado integral à saúde.

Objetivos específicos

- Contextualizar a Saúde da Mulher no cenário brasileiro e conhecer as questões históricas envolvidas na elaboração da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher no país.
- Identificar as ações clínicas recomendadas para uma atenção integral à saúde da mulher, compreendendo as principais queixas e agravos na saúde bucal da mulher; a atenção integral à saúde bucal da mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal e no climatério e na menopausa.
- Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na atenção básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado.

Carga horária: 30h

Unidades de conteúdo

Unidade 1: Introdução

Unidade 2: Atenção integral à saúde bucal da mulher

Unidade 3: Atenção à saúde bucal da mulher no período pré-natal, no puerpério, no climatério e na menopausa

Unidade 4: Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica
– Saúde da Mulher

PALAVRA DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo a este módulo!

Caro aluno, agora você está sendo convidado a revisitar alguns conteúdos relacionados à Atenção Integral à Saúde da Mulher, bem como a entrar em contato com novos conhecimentos nesta área. Esperamos que você o faça de modo crítico-reflexivo, articulando-os com suas práticas profissionais cotidianas. Não temos a pretensão de esgotar o tema, mas comprometemo-nos em trazer à tona elementos da atualidade embasados em evidências científicas que possam ser úteis para a reflexão e atuação dos profissionais de atenção básica no que concerne a essa população específica.

A atenção integral à saúde da mulher é compreendida a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, mas também considerando sua singularidade e suas condições como sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

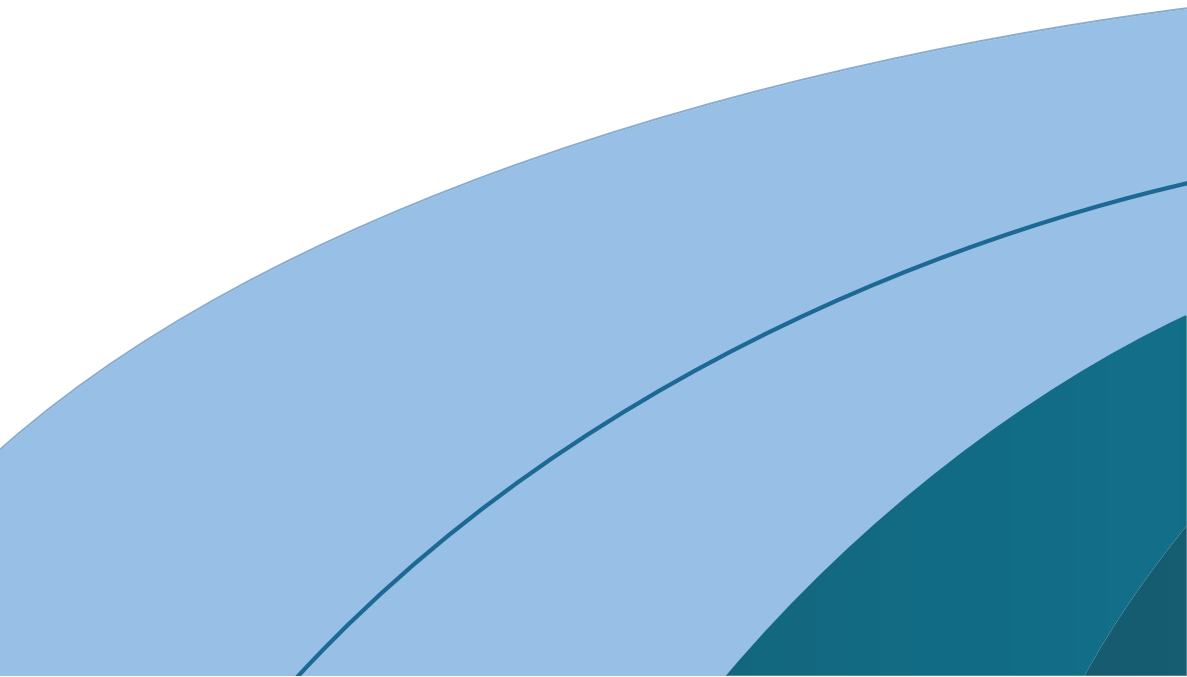
É sob essa perspectiva que estaremos abordando a Saúde da Mulher e seus determinantes sociais de saúde.

Bons estudos!

Daniela Lemos Carcereri
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Heitor Tognoli
Maria Conceição de Oliveira
Carla Miranda
Tanise Gonçalves Freitas

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Odontologia

Unidade 1



1 INTRODUÇÃO

Antes de darmos início aos estudos deste módulo, que tem como foco a atenção integral à saúde da mulher, é importante que nos aproximemos um pouco mais de questões essenciais que envolvem esta temática, considerando os diferentes cenários sociais, políticos, culturais e econômicos em que a mulher se insere na atual sociedade brasileira. Portanto, faz-se necessário aprofundar o entendimento acerca da representação social da mulher em nosso país, ou seja, que percepções estão envolvidas com o ser mulher, ou sentir-se mulher, e quais são os papéis associados à figura feminina no Brasil. Todos esses questionamentos são fundamentais quando desejamos trabalhar saúde sob a perspectiva da integralidade, compreendendo que as questões de vida e as singularidades interferem diretamente na produção social da saúde.

A fim de contextualizar o cenário nacional, apresentamos os dados oficiais do último censo do país, realizado em 2010, que aponta para a maioria feminina na população brasileira. Segundo o IBGE (2010), o Brasil está mais feminino: são 97.342.162 mulheres e 93.390.532 homens, existem quase 3,9 milhões de mulheres a mais que homens, seguindo a relação de 95,9 homens para cada 100 mulheres (IBGE, 2010). Em 1980, havia 98,7 homens para cada cem mulheres, proporção que decresceu para 97% em 2000, e a perspectiva para 2050 será 95%. Em números absolutos, o excedente feminino, que era de 2,5 milhões em 2000, chegará a seis milhões em 2050 (IBGE, 2012).

As mulheres ainda possuem uma expectativa de vida maior que a dos homens, muito embora este quadro venha se transformando no decorrer dos anos. Segundo o IBGE (2010), a expectativa de vida de ambos os sexos vem aumentando, mas o ritmo de crescimento deste índice está mais acelerado entre a população masculina. A diferença entre a esperança de vida de homens e mulheres já atingiu 7,6 anos no ano 2000. Este número vem diminuindo progressivamente (BRASIL, 2012), de modo que os pesquisadores do Escritório Nacional de Estatísticas Nacionais da Grã-Bretanha apontam como padrão global, sua total equivalência até 2030 (GLOBO, 2012).

Diante desse panorama, a Saúde da Mulher é entendida como prioritária para as políticas públicas, tanto no cenário mundial como no contexto brasileiro. Em nosso país, é expressa por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no âmbito da gestão federal do SUS e é reafirmada por diferentes pactos assumidos pelos gestores das três esferas governamentais: Pacto pela Saúde, pela Vida e de Gestão do SUS, e, mais recentemente, através das Redes de Atenção à Saúde, entre as quais destacamos a Rede Cegonha. Tal política visa fundamentalmente à implementação dos princípios norteadores do SUS, com ênfase na promoção da saúde e na integralidade da atenção, ampliando o escopo de atuação das equipes de saúde diante das ações propostas para a saúde da mulher.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), a Saúde da Mulher constitui-se em uma das áreas estratégicas nacionais para atuação no âmbito da Atenção Básica em saúde. Aliada a isso, a constituição da Secretaria de Políticas para as Mulheres contribui para a discussão e inclusão desta temática no contexto das políticas públicas gerais.

Historicamente, a priorização da mulher nas políticas públicas passa a ganhar maior visibilidade apenas em 1984. Nesse ano, a equipe da Divisão de Saúde Materno-Infantil (DISAMI) do Ministério da Saúde brasileiro, formada por integrantes do movimento sanitarista, com a participação de um grupo de feministas, formula uma proposta designada Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo com o modelo conceitual e com os princípios norteadores das políticas de saúde das mulheres vigentes até então.

A visão restritiva da saúde da mulher, atrelada ao ciclo gravídico-puerperal, que vigorava desde a década de 1930 até então, cede lugar a outra, mais abrangente, contemplando a mulher em todas as fases do seu ciclo biológico vital.

Os moldes atuais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes começaram a ser desenhados em 2003. A política foi instituída em 2004, a partir de um diagnóstico epidemiológico realizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde acerca da situação da saúde da mulher no Brasil. Em sua construção, foram incorporadas as contribuições de diferentes setores governamentais e dos movimentos sociais de mulheres, tais como: movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, formuladores de política e gestores do SUS e agências de cooperação internacional.

Ressalta-se aqui a importância do movimento organizado de mulheres, que vem atuando de modo incisivo no campo da saúde. Tal organização ocupa uma posição de destaque por introduzir na agenda política brasileira temas até então não considerados na esfera pública, uma vez que eram compreendidos como circunscritos às relações privadas. Esses movimentos denunciam as desigualdades existentes nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, assim como apontam os problemas e dificuldades associados à sexualidade, saúde reprodutiva, anticoncepção, prevenção de doenças transmissíveis e sobrecarga de trabalho das mulheres.

As desigualdades existentes nas relações sociais entre homens e mulheres são traduzidas pelos movimentos de mulheres como causadoras de problemas de saúde, que acometem de modo particular a população feminina. Diante desse quadro, emerge a necessidade de criticar os programas, identificando lacunas e apontando soluções de modo a promover mudanças na sociedade e na qualidade de vida da população. A condição reivindicada pela organização social das mulheres é a de sujeitos de direitos com demandas que transcendam os

processos de gestação e parto, ou seja, que levem em conta as especificidades dos diversos grupos populacionais, as condições socioeconômicas, culturais e afetivas. Tal política é direcionada para as mulheres em todos os períodos do ciclo biológico vital, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, quais sejam: mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, incluindo as lésbicas e bissexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras. Essa política “[...] reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2009, p. 5).

Esta inovação, que incorpora o enfoque de gênero às políticas públicas, fundamenta-se pelos princípios norteadores da integralidade e da humanização da atenção à saúde. Traduz-se, sobretudo, como verdadeiro avanço no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, merecendo destaque a qualificação da atenção obstétrica, a Rede Cegonha, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro, o combate à violência sexual ou doméstica e o reconhecimento da população lésbica e bissexual como sujeitos de direitos a cuidados diferenciados em saúde. Esta nova forma de produzir saúde estimula, mundialmente, a busca pelas particularidades no atendimento das necessidades de atenção à saúde dessas mulheres.

Nesse particular, o Ministério da Saúde brasileiro, partindo do entendimento de que muitas pessoas se afastam do serviço de saúde em função da discriminação durante o atendimento e do despreparo de alguns profissionais de saúde diante da sexualidade das mulheres, passa a considerar a livre orientação sexual como pauta de políticas públicas de saúde. Deste modo, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, publica em 2006 o livreto “Chegou a hora de cuidar da saúde”, fornecendo informações básicas voltadas para esse público.

No entanto, embora muitos avanços tenham ocorrido nos últimos trinta anos em relação às políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, tanto no âmbito mundial como nacional, muito ainda precisa ser feito, especialmente nas ações referentes à redução da mortalidade materna, ao planejamento reprodutivo, incluindo ações vinculadas ao aborto inseguro, humanização, qualificação da atenção obstétrica e ginecológica, prevenção do câncer ginecológico, entre outras.

A atenção à saúde da mulher encontra-se hoje municipalizada, partindo das três esferas de governo, de acordo com as pactuações de acesso aos serviços nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Entretanto, é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, acolhendo a mulher e suas demandas de saúde e doença no seu território, além de acompanhar os passos percorridos pelas usuárias em toda a rede de atenção.

Assim, reforçamos a importância do fortalecimento da Atenção Básica, não apenas do ponto de vista assistencial, mas também voltado para a manutenção e garantia dos direitos sociais já conquistados e para a promoção de discussões de tantos outros, de modo a atender às demandas reais da sociedade brasileira.

Esse **pensar-agir** no campo da saúde é fundamental para que se estabeleçam relações solidárias em um processo dinâmico de produção de saúde que se pautem pela participação cidadã e por princípios de equidade, integralidade e universalidade, na perspectiva de uma saúde verdadeiramente coletiva no SUS.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade você foi apresentado ao cenário histórico envolvido no processo de formulação das políticas públicas direcionadas para a mulher no Brasil. Foram discutidas as questões que nortearam gestores, profissionais de saúde e as mulheres pertencentes aos movimentos sociais na discussão de uma política de saúde que entendesse a mulher para além do ciclo gravídico-puerperal. Destacou-se, ainda, a importância de um olhar ampliado em saúde, em que os profissionais sejam capazes de perceber a mulher em toda a sua integralidade, não restringindo seu campo de atuação aos fatores biológicos da saúde da mulher.

Refleta: Como a mulher é percebida pelos profissionais de saúde que trabalham com você? Você acredita que a mulher ainda é discriminada nos serviços de saúde? E na sua prática profissional, você acredita que a mulher que procura a sua unidade de saúde é percebida em sua integralidade? Pense nas possíveis maneiras de praticar a Atenção Integral à Saúde da Mulher no cotidiano de seu trabalho!

REFERÊNCIAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico de 2010:** primeiros resultados População e Domicílios recenseados. 2010. Slide. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000237.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Brasil já tem mais de 180 milhões de habitantes.** 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>. Acesso em: 17 maio 2012.

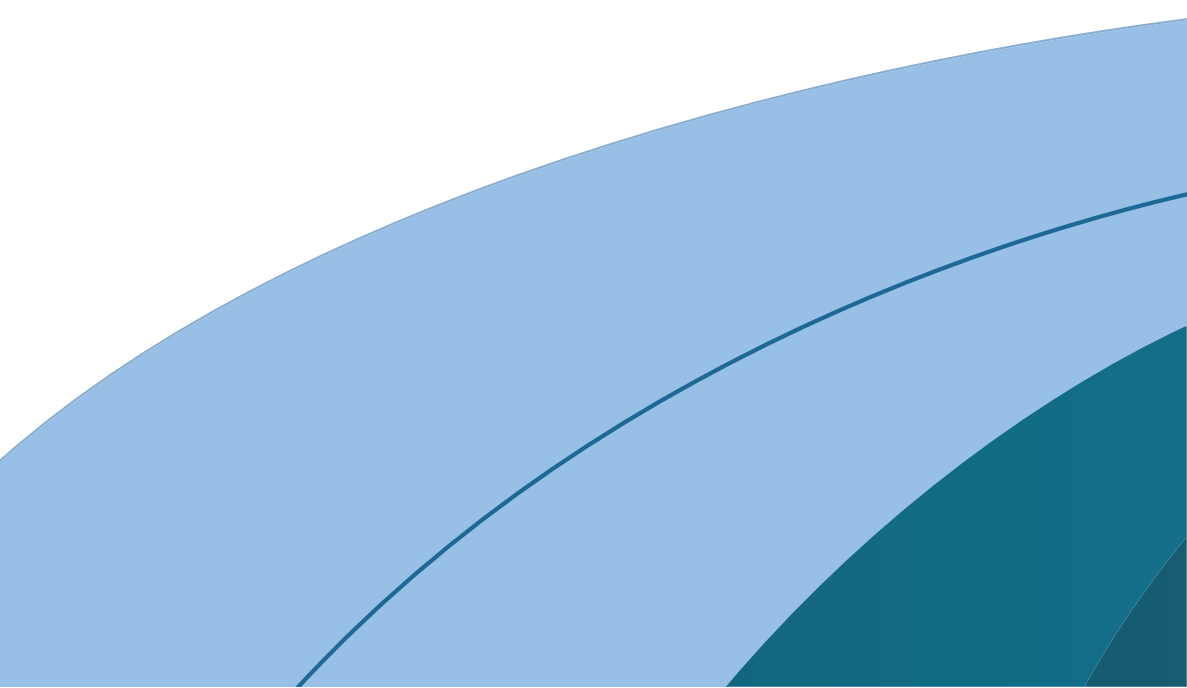
GLOBO. **Expectativa de vida de homens pode alcançar a de mulheres até 2030.** [s.l.]: Globo Comunicação e Participações S.A. 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2012/04/expectativa-de-vida-de-homens-pode-alcancar-a-de-mulheres-ate-2030.html>>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/Publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 maio 2012.

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Odontologia

Unidade 2



2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE BUCAL DA MULHER

A atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da Atenção Básica tem por objetivo desenvolver um cuidado integral de forma a perceber o indivíduo como um todo. A saúde bucal é parte essencial desse cuidado, afinal, o próprio ditado popular já diz que: “A saúde começa pela boca”.

Desta forma, o profissional dentista que atua na equipe de saúde da Atenção Básica é convidado a compor um trabalho de equipe em que as ações de saúde bucal devem estar incluídas nas ações da equipe de saúde com vistas a atender as necessidades da comunidade.

Nesse contexto, as ações de saúde bucal têm sido organizadas nos serviços da Atenção Básica dirigida a determinados grupos prioritários, como: crianças e adolescentes; adultos e idosos.

Apesar da mulher ser enquadrada no grupo dos adultos em relação às questões técnicas odontológicas, há necessidade de uma reflexão a respeito de sua saúde e suas especificidades.

2.1 Cuidados nas principais queixas e agravos da saúde da mulher

A atenção à saúde da mulher deve ser ampliada para além das questões biológicas diagnosticadas nos problemas e agravos encontrados em consultas realizadas. A avaliação do estado de saúde deve procurar identificar esses problemas e agravos em esferas mais amplas e abrangentes.

É essencial que a equipe de saúde reconheça que os cuidados à saúde da mulher constituem-se como oportunidade para a promoção, prevenção, diagnóstico, investigação e tratamento amplo e contínuo, contemplando todos os aspectos que possibilitem uma melhoria a sua saúde.

A saúde bucal é parte integrante de tais ações e demanda, por parte da equipe, uma atenção especial no sentido de criar estratégias que promovam esse cuidado à luz da integralidade em saúde.

2.1.1 Principais agravos à saúde bucal da mulher

O dentista que trabalha na Atenção Básica está habituado a atender mulheres em sua prática cotidiana. Contudo, nem sempre está atento às especificidades presentes nesse atendimento. Isso ocorre porque as questões de gênero ainda são pouco discutidas no âmbito da odontologia.

Em uma pesquisa realizada por Silva (2001), os resultados evidenciaram que praticamente inexistente, na saúde bucal, uma atenção diferenciada para as mulheres, mas destacam a atenção priorizada quando a mulher se encontra no período de gestação; posteriormente, o foco principal da atenção volta-se à prevenção de doenças bucais no bebê.

Atualmente, como você tem visto neste módulo, a atenção à saúde da mulher vem, ao longo do tempo, ampliando seu foco de cuidado. Todavia, ainda são priorizados os temas relativos às questões contraceptivas, reprodutivas e do climatério. As discussões de gênero têm sido capitaneadas por autores envolvidos com a temática da violência contra a mulher (COELHO; CALVO; COELHO, 2006; COELHO, 1999).

De modo geral, fica evidente que a saúde da mulher e a odontologia não fogem à regra, uma vez que priorizam a dimensão biológica em detrimento das dimensões socioeconômicas e culturais. Faz-se necessário aprofundar os estudos na perspectiva da saúde coletiva, procurando mostrar as implicações que as diferenças de gênero acarretam para a saúde das mulheres e sua qualidade de vida (SILVA, 2001).

Para Silva (2001), a mudança na atenção à saúde da mulher passa inicialmente pela compreensão das relações sociais entre homens e mulheres, que estipulam dentro da sociedade papéis diferentes para um e para outro. Sabe-se que à mulher são atribuídos os cuidados com os demais membros da família, especialmente no que tange aos seus próprios aspectos de saúde. A mulher, desde a sua infância, é socialmente moldada para os cuidados com a maternidade, com o lar e com o companheiro.

A sociedade valoriza muito mais as atividades atribuídas aos homens, com seu trabalho, do que os cuidados que as mulheres têm para com suas atividades domésticas, filhos e companheiros. Ao longo da história, a Igreja, o sistema educacional e a medicina acabaram consolidando essa visão.

Ao comemorar o Dia Internacional da Mulher, o Jornal da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) destaca que, apesar da emancipação feminina vivenciada nos dias de hoje, a mulher brasileira ainda se responsabiliza por quase todo o trabalho doméstico. O artigo menciona uma pesquisa do IBGE na qual 50,5% dos homens ocupados afirmam cuidar dos afazeres domésticos, contra 89,6% das mulheres ocupadas. Acumulando funções no lar e fora dele, a mulher se divide entre os cuidados com sua saúde e de sua família, e por vezes acaba negligenciando a sua própria saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA, 2009).

Todas essas questões de gênero devem ser levadas em consideração durante o atendimento odontológico da mulher, somando-se às diferenças e especificidades evidenciadas no plano biológico. Tais especificidades já foram discutidas ao longo deste módulo, mas, neste momento, queremos salientar os seguintes tópicos deste quadro.

ERUPÇÃO DENTÁRIA	Nas meninas, ocorre mais precoce em relação aos meninos.
CÁRIE DENTÁRIA	As mulheres possuem prevalência de cárie maior que a dos homens. Uma das explicações para esse fato é o maior tempo de exposição dos dentes aos desafios cariogênicos.
DOENÇA PERIODONTAL	Em função das alterações hormonais que sofre ao longo da vida, seja pela menstruação e, mais tarde, no climatério, ou no caso de se tornar gestante, a mulher está mais suscetível a alterações no periodonto, sobretudo aos sangramentos gengivais.
DISFUNÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES	Segundo a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), de maneira geral, o risco de desenvolver dor é maior em mulheres do que em homens na idade adulta mediana. Esta tendência é registrada para os casos de DTM. Os fatores influenciadores são de ordem fisiológica, perceptiva, social, comportamental, com destaque para diferenças hormonais.
ARDÊNCIA BUCAL	Esta síndrome é caracterizada por sensação de ardor bucal sem sinais clínicos visíveis. É uma condição crônica mais prevalente em mulheres após a menopausa.
HIGIENE BUCAL	As mulheres possuem hábitos mais saudáveis do ponto de vista da higiene bucal (ABEGG, 1997). A autora associou seus achados ao maior cuidado da mulher com sua aparência.

Quadro 1 – Especificidades na atenção à saúde bucal da mulher
Fonte: UFSC, 2012.

Portanto, os aspectos aqui abordados precisam ser analisados para possibilitar uma nova maneira de se promover a atenção integral à saúde da mulher. Cabe ao dentista e demais membros da equipe de saúde estimularem as mulheres às consultas de rotina nas unidades de saúde.



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual:** a saúde bucal faz parte da saúde da família?
Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf2.pdf>.

2.1.2 Inter-relação entre saúde bucal e violência contra a mulher

Nosso principal objetivo aqui é ressaltar os agravos bucofaciais decorrentes das situações de violência contra a mulher.

Muitas vezes, é durante a consulta odontológica que determinados casos de violência contra a mulher são diagnosticados. Por esta razão, é importante que o dentista fique atento aos seguintes sinais e sintomas:

Manifestações bucais agudas: lacerações e hemorragias ocorridas na boca e dentes, com traumatismos dentários, com lesões de articulação têmporo-mandibular (ATM) e com hematomas e fraturas na face.

Doenças sexualmente transmissíveis: em geral, manifestam-se tardiamente na boca e podem estar relacionadas com episódios anteriores de violência relatados ou não; incluindo as investigações de infecções oportunistas fúngicas, como candidíases de várias formas, infecções bacterianas como eritemas e gengivites ou periodontites ulcerativas necrosantes, infecções virais como herpes simples, HPV, leucoplasias e até neoplasias, que são comuns em indivíduos portadores do HIV.

Além da consulta com um exame clínico minucioso e escuta qualificada, é relevante garantir o acompanhamento do caso com os retornos à unidade de saúde e o referenciamento a especialidades, caso necessário. Tais informações estão disponíveis de forma mais detalhada na publicação que trata da atenção à mulher em situação de violência.



Leitura Complementar

Consulte o **Protocolo Mulher de Verdade**:

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção à mulher em situação de violência. Curitiba, 2008. (Programa Mulher de Verdade).

Disponível em: <www.fas.curitiba.pr.gov.br/baixarMultimedia.aspx?id=616>.

Agora, procure refletir o modo como você trabalha cotidianamente as especificidades de saúde bucal da mulher no seu território. De que forma a saúde bucal está retratada nos guias recomendados para leitura e na literatura odontológica em geral?

2.2 Atenção integral à saúde bucal na gestação

As complexidades que envolvem a mulher e a gestação, o parto, o puerpério e o climatério apontam para um novo paradigma na atenção à saúde, pautado na humanização, promoção da saúde, prevenção de doenças, autonomia da população e adoção de atitude ética nas relações intersubjetivas existentes entre os diversos sujeitos envolvidos na produção em saúde – profissionais de saúde, usuários e gestores.

Uma atenção pré-concepcional, pré-natal e puerperal humanizada e de qualidade implica na compreensão do processo saúde-doença sob uma nova ótica, capaz de compreender a pessoa na sua integralidade, singularidade e multidimensionalidade; implica também em considerar o ambiente no qual está inserida; em valorizar as diferenças, identidades, crenças e demandas, entendendo a mulher como sujeito de direitos; e em proporcionar uma atenção pautada em acolhimento, interesse, privacidade e compreensão.

Neste modelo, o cuidado deve centrar-se no ser humano: gestante, parturiente, puérpera, lactante e familiar; na comunicação autêntica; no respeito à integridade e dignidade do outro, e devem ser estimuladas redes de cooperação entre os serviços de saúde e destes com outros setores da sociedade (ZAMPIERI, 2006).

Para esta mesma autora, o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento com qualidade. É condição indispensável para a prevenção de agravos, diminuição da morbimortalidade materna e fetal, fortalecimento dos potenciais da gestante, preparação para a maternidade e paternidade, fortalecimento da autonomia e do protagonismo, tranquilidade e segurança na vivência do processo de nascimento. O cuidado humanizado pressupõe um trabalho em equipe de forma interdisciplinar nos diferentes níveis de atenção, confluindo os diversos saberes na direção da integralidade. Tal organização é condição necessária para o fortalecimento das potencialidades da mulher e da família, preparando-os para a sua nova configuração familiar.

Você já refletiu sobre o seu papel na atenção à gestante, à puérpera e à mulher no climatério e menopausa? Como tem sido o atendimento prestado por você e pela equipe de saúde? O atendimento se restringe às consultas, sendo apenas algo rotineiro e técnico? Você respeita as crenças e os valores da mulher?

No que se refere à saúde bucal, é importante inseri-la no cuidado pré-natal para que mais e mais gestantes acessem o serviço odontológico, e para que o tal ditado “a cada gestação um dente perdido” transforme-se em lenda de passado distante.

Esperamos que o conteúdo aqui disponibilizado contribua para que você e sua equipe desenvolvam melhores práticas no que concerne à atenção integral à saúde da mulher nesses períodos de sua vida.

Resultados de estudos epidemiológicos e de observação evidenciam que mulheres que recebem assistência pré-natal no início da gravidez e que comparecem a mais consultas pré-natais apresentam menores níveis de mortalidade materna e perinatal e melhores resultados no ciclo gestacional (ENKIN et al., 2004).

2.2.1 Atividades educativas e de apoio às gestantes e seus familiares

A atenção à saúde da mulher nos períodos pré-gestacional e gestacional deve incluir a consulta pré-natal, estendendo-se aos grupos educativos e de apoio à mulher e seus familiares, aos atendimentos em sala de espera e às visitas domiciliares (ZAMPIERI, 2007).

Na gestação, especificamente durante o período de atendimento, o profissional de saúde deve avaliar além do processo fisiológico, também o modo como a mulher está se adaptando a essa situação, os suportes e recursos de que dispõe, o tipo de vida que leva e o sistema de crenças e valores, tanto seu como de sua família. Para tanto, é fundamental que conheçamos a realidade na qual as mulheres gestantes vivem. Atenção especial deve ser dispensada à escuta e compreensão dos principais mitos que impedem ou dificultam o atendimento odontológico à gestante em sua unidade de saúde. É possível que tais mitos estejam presentes até mesmo entre os profissionais de saúde, por isso é importante abrir um espaço para discuti-los e compreendê-los (AUMANN; BAIRD, 1996).

Um desses mitos é “um dente perdido a cada novo bebê”. No entanto, o profissional da saúde dispõe de elementos para evitar que a mulher perca dentes durante o período gestacional. Um dos fatores que contribui para a perda dentária na gestação é o medo de que o atendimento odontológico possa oferecer riscos à saúde do feto. Esse medo evidencia um aspecto que é socialmente considerado natural em virtude das condições que cercam a vida da mulher, fazendo com que ela coloque, de maneira errônea, a sua própria saúde em segundo plano, inclusive a saúde bucal, em benefício da garantia da saúde de seu futuro filho.

Outro motivo para não ir ao dentista é a alegada falta de tempo, devido à sobrecarga de atividades no lar, que a ocupam em demasia e a impedem de poder cuidar de si mesma e da sua própria saúde.

Percebe-se que a falta de informações corretas acaba desequilibrando o processo saúde-doença bucal, condição geradora de mais doença nessas mulheres. Um ponto extremamente importante é a integração do dentista com outros profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros que constantemente

têm contato com a gestante, no intuito de mudar tais concepções da saúde bucal entre as mulheres, de modo especial durante a gestação.

No que toca especificamente à mulher gestante, é preciso que os serviços de saúde potencializem a atenção à sua saúde bucal, pois, sem cuidados especiais, a informação e a conscientização, as crenças, mitos e medos existentes continuarão firmes e enraizados. Desta forma, é interessante que se conheça a cultura do lugar em relação à importância e valorização sobre o atendimento odontológico à mulher durante a gestação e que se possa, em conjunto com a comunidade, reconstruir esses paradigmas.

Uma forma de propagar informações à mulher gestante, puérpera ou no climatério, é a utilização de folhetos educativos a serem distribuídos na unidade de saúde e comunidade. A equipe de saúde poderá providenciar material instrucional sobre essa temática. Solicite apoio do NASF para a obtenção do material. Nesse material, podem ser abordados temas como transmissibilidade da flora bacteriana, dieta, relação saúde bucal da mãe e do bebê, consultas de acompanhamento, tratamento odontológico no período gestacional, higiene bucal, prevenção na dentição da criança, e outros que se façam necessários. Mas algumas preocupações devem ser consideradas em relação ao material: cuide para que a escrita seja realizada em uma linguagem acessível e utilizando-se de uma mínima quantidade de termos técnicos; e para que o texto esteja embasado em elementos culturais da própria comunidade na qual se trabalha; preferencialmente, essas informações devem ser pesquisadas em conjunto com as mulheres do bairro.

Outra forma de se trabalhar com as mulheres nessas fases de vida são as atividades de grupo. Quanto às gestantes, o encontro com elas e casais grávidos consiste em um espaço de socialização de conhecimentos e experiências sobre o ciclo grávido-puerperal. Visa a fortalecer os potenciais da gestante e de seus familiares para que eles possam ter uma participação mais ativa no processo de nascimento e uma vivência mais tranquila, prazerosa e plena dessa etapa de suas vidas. É uma atividade interdisciplinar que propicia às gestantes e aos seus acompanhantes desmistificar tabus relativos à gestação, parto e puerpério; realizar atividades físicas e exercícios respiratórios; compartilhar conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos, medos e dúvidas; criar novos laços de amizade, conhecer e interagir com pessoas que estão vivenciando o mesmo processo; além de conhecer a maternidade, familiarizando-os com o ambiente em que o parto poderá acontecer.

Os temas abordados no grupo devem ser escolhidos pelos participantes, e as estratégias utilizadas para conduzir as atividades devem ser avaliadas a cada encontro, e, se possível, combinadas como os envolvidos (ZAMPIERI, 2007). Os conhecimentos das gestantes, suas realidades, seus saberes e suas experiências prévias precisam ser valorizados nesses encontros.

Outra forma de abordagem são as atividades educativas realizadas na sala de espera. Ali, também são trabalhadas as dúvidas e os medos que surgem no cotidiano em relação ao processo de gestar, parir e amamentar. O mencionado espaço, além de oportunizar a troca de conhecimentos e a aquisição de novos saberes, permite que novos laços de amizade sejam estabelecidos, que sentimentos e dúvidas sejam expressos, diminui a ociosidade e a ansiedade oriundas do tempo de espera, assim como possibilita uma relação mais íntima com os membros da equipe de saúde (ZAMPIERI, 2007).

Nas atividades educativas, o profissional de saúde da Atenção Básica deve atuar como facilitador. Assim, recomenda-se que sejam evitadas as palestras e estimulados espaços para a troca de informações, experiências e expressão de sentimentos. Quanto às gestantes adolescentes, recomenda-se que os grupos educativos sejam exclusivos dessa faixa etária, abordando também temas de interesse desse grupo (BRASIL, 2006).

É importante que os temas, como alimentação, higiene bucal, importância da amamentação e cuidados com o futuro bebê, em razão de sua importância, sejam estimulados para a discussão.



Na Prática

No seu trabalho cotidiano, você tem participado de grupos educativos? Tem estimulado as gestantes, puérperas e acompanhantes a participarem desses encontros? E quanto aos seus colegas de equipe?

Lembre-se: os temas a serem trabalhados devem emergir dos participantes.

Lembre-se de que você pode contar com o apoio dos profissionais do NASF para trabalhar com esses grupos.

Outro ponto a ser ressaltado é o fato de que a Política Nacional de Saúde do Homem preconiza a inclusão do homem nos atendimentos da equipe, viabilizando o seu acesso à promoção de saúde, prevenção e detecção precoce de doenças, bem como ao tratamento quando necessário (BRASIL, 2008). O convite para o companheiro se fazer presente nas orientações do pré-natal pode ser uma importante oportunidade a ser utilizada pela equipe para acessar a população masculina que, de forma geral, não é muito presente nos serviços de saúde da Atenção Básica.



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** - princípios e diretrizes. Ministério da Saúde: Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>.

Mas quando a gestante não frequenta a unidade de saúde?

A visita domiciliar se constitui numa das estratégias para acompanhar a gestação, reforçar o vínculo com a unidade de saúde e os profissionais, captar gestantes não cadastradas no centro de saúde, buscar e incentivar as gestantes faltosas, preocupando-se em identificar as necessidades dessas para a efetivação da adesão ao pré-natal, acompanhar as que não possam participar da consulta, reforçar a troca de experiências e conhecimentos, supervisionar e reavaliar as ações propostas (ZAMPIERI, 2007).

2.3 Fatores de risco na gestação: riscos clínicos e sociais

O termo risco em saúde é utilizado pela epidemiologia e está relacionado com a probabilidade de acontecimento e é oriundo de uma visão do processo saúde-doença, denominada enfoque de risco. As gestações, segundo o enfoque de risco, são classificadas conforme o grau, em gestação de alto e baixo risco. As necessidades do grupo de baixo risco são atendidas em nível primário de assistência e as do grupo de alto risco, representando percentual de 10 a 20%, na atenção secundária e terciária, utilizando-se cuidados e equipes especializados (BRASIL, 2006). É oportuno salientar que a Rede Cegonha orienta sobre a realização de acolhimento com classificação de risco a toda gestante durante todo o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2011).

É importante enfatizar que uma gestação definida como de baixo risco pode se transformar em alto risco de um momento para o outro, como também é possível uma gestação de alto risco, ao receber um acompanhamento adequado, voltar à condição de baixo risco. Os fatores geradores de risco, de modo geral, podem ser agrupados em quatro categorias conforme o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Área Técnica de Saúde da Mulher (BRASIL, 2006), que são:

- a) características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: incluem idade menor que 15 e maior que 35 anos, baixa escolaridade, condições inadequadas e insalubres no trabalho, condição ambiental desfavorável, peso menor que 45 e maior que 75 kg, altura menor que 1,45m, dependência de drogas, situação conjugal insegura e não aceitação da gravidez, em especial dos adolescentes;

- b) história reprodutiva anterior à gestação atual com morte perinatal explicada ou inexplicada, recém-nascido com atraso de crescimento, pré-termo ou mal formado, abortamento, esterilidade e infertilidade, intervalo inter-partal inferior a dois anos, nuliparidade ou multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva e cirurgia uterina anterior; pré-eclâmpsia; macrosomia;
- c) doença obstétrica na gravidez atual, destacando-se os desvios de crescimento uterino, gemelaridade, trabalho de parto prematuro, ganho ponderal inadequado, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hemorragias da gestação e óbito fetal;
- d) intercorrências clínicas: cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e epilepsias.

A caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes, com risco real, ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciados, podendo, contudo, retornar ao nível primário quando se considerar a situação resolvida ou a intervenção já realizada. Além disso, antes de realizar o encaminhamento a outro nível de atenção, é interessante que o profissional da ESF discuta o caso com profissionais do NASF, principalmente com o ginecologista obstetra. Juntos poderão avaliar a real necessidade de referenciar a assistência à mulher gestante a outro nível assistencial.

Ao identificar a necessidade de referenciar, o profissional de saúde deve registrar os dados da contrarreferência. E ao encaminhar a mulher em período gestacional que necessite de cuidado especializado à unidade básica de saúde, deve continuar responsável pelo seguimento da atenção, podendo fazê-lo através de visitas domiciliares e mantendo contato com os familiares (BRASIL, 2006).

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você pôde estudar as questões complexas que envolvem o atendimento da mulher na Atenção Básica. Você pôde ver como os profissionais da Atenção Básica devem estar aptos a oferecer uma atenção integral à saúde bucal da mulher que considere os cuidados à mulher, às principais queixas e agravos de saúde por ela apresentados, além de atentar para a inter-relação entre saúde bucal e violência.

O texto apresentou as formas de se promover a atenção integral à saúde bucal na gestação, enfocando as atividades educativas e de apoio às mulheres gestantes e seus familiares, como também a importância dos fatores de risco clínicos e sociais e os procedimentos necessários nas consultas do pré-natal.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. Sala de Imprensa. **Dia internacional da mulher: saúde da mulher e através dela.** São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.abo.org.br/saladeimprensa/2009/saladeimprensa-2009-05.php>>. Acesso em: 19 maio 2012.

AUMANN, G. M. E.; BAIRD, M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetria: um enfoque multidisciplinar.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 13-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em: 19 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 17 maio 2012.

COELHO, C. C. Gênero e políticas públicas. In: SILVA, A. L.; LAGO, M. C. S.; RAMOS, T. R. O. (org.). **Falas de gênero: teorias, análise, leituras.** Florianópolis: Mulheres, 1999.

COELHO, E. B. S.; CALVO, M. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher: um desafio em construção.** Florianópolis: UFSC, 2006. 245p.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

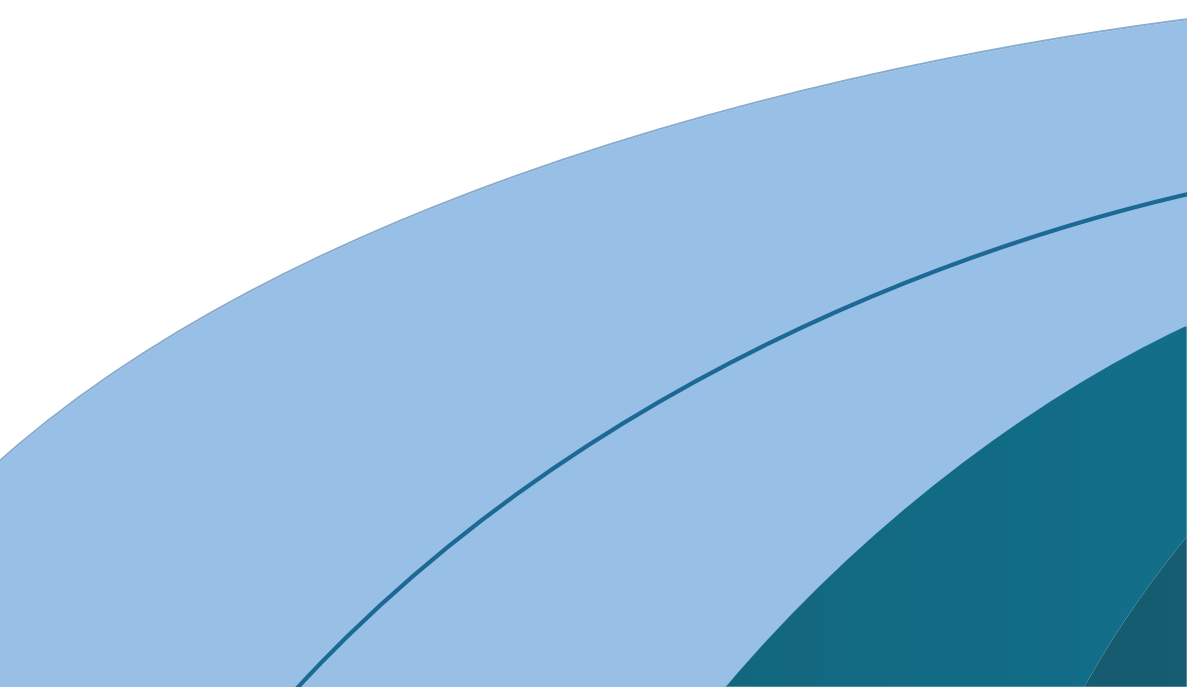
SILVA, A. D. da M. **Saúde bucal de gestantes: uma abordagem de gênero.** 2001. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, Campo Grande, 2001.

ZAMPIERI, M. de F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. 2006. 437 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0547.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

ZAMPIERI, M. de F. M. Atenção ao pré-natal. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**: textos fundamentais. Florianópolis: UFSC/NFR, 2007.

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Odontologia

Unidade 3



3 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA MULHER NO PERÍODO PRÉ-NATAL, NO PUERPÉRIO, NO CLIMATÉRIO E NA MENOPAUSA

Este é um período em que a mulher está mais susceptível ao surgimento de problemas bucais. Também é um período em que frequenta a UBS mais regularmente, o que possibilita um acompanhamento por parte da equipe de saúde.

3.1 Cuidados do período pré-natal

No período do pré-natal, é comum que a gestante se preocupe em apenas ir ao médico, porém é de grande importância que a mulher seja atendida por toda a equipe de saúde, incluindo o atendimento com o dentista. Para isso, é preciso que os profissionais de saúde realizem em conjunto, um trabalho de promoção à saúde e de prevenção de doenças.

3.1.1 Consulta pré-natal

Tem por finalidade avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez; encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade; favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados nesse período (BRASIL, 2006; ZAMPIERI, 2007).

As consultas de gestantes de baixo risco devem ser realizadas de forma alternada por enfermeiras ou médicos de saúde da família, com a garantia de que ambos as desenvolvam. Realizam também o acompanhamento pré-natal os demais membros da equipe de saúde: dentista, nutricionista, psicólogo, assistente social e demais profissionais do NASF, visando a atender à gestante e sua família.

Quanto à saúde bucal, a gestante apresenta maior suscetibilidade para o surgimento de problemas bucais em razão das alterações orgânicas e mudanças de hábitos alimentares decorrentes da gestação e da qualidade da higiene bucal. Os níveis elevados de estrogênio e progesterona durante a gestação acarretam alterações orgânicas, como a hiperacidez salivar, a hipervascularização gengival e a diminuição da motilidade do trato digestivo. Todos esses fatores contribuem para o comprometimento da saúde bucal na gestação, e a prevenção de agravos depende do acompanhamento periódico da gestante pela equipe de saúde.

Existem relatos de alterações no pH da saliva, tornando-a mais ácida, como sendo um dos fatores que predispõem e que podem levar ao surgimento de cárie dentária nas gestantes, se os cuidados com a higiene bucal não forem tomados.

As alterações hormonais e o aumento da vascularização gengival contribuem para uma resposta exagerada dos tecidos moles gengivais aos fatores locais. Além disso, pode ocorrer aumento da mobilidade dentária, que pode estar associado a alterações dos hormônios, estrógeno e progesterona.

A adesão das mulheres ao cuidado pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (ENKIN et al., 2004).

Para tal, é importante você fazer uma leitura sobre as modificações gerais e locais na gravidez, desconfortos gravídicos e diagnóstico da gravidez, facilitando o acompanhamento pré-natal.



Leitura Complementar

Para um maior entendimento do assunto, consulte:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad17.pdf>>.

Veja também: **Atenção à saúde bucal da gestante e da criança**.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. 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: Secretaria Municipal da Saúde, 2007. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/bucal/0007/nascendo_cresc_viv.pdf>.

As informações a seguir devem ser compartilhadas com os demais membros da equipe de saúde de sua Unidade, uma vez que os demais profissionais também são questionados pelas gestantes a respeito de dúvidas sobre sua saúde bucal.

Muitas gestantes apresentam uma alta prevalência de cárie. Por que isso ocorre?

Durante o processo gestacional, é comum algum tipo de alteração nutricional, como a alta ingestão de sacarose. Este hábito pode se agravar caso estiver associado à negligência da higiene bucal. Em relação à saliva, as mudanças salivares são comuns, como a diminuição da secreção e a alteração do seu conteúdo, que fatalmente podem aumentar o risco à cárie nesse período.

Outro fator são as alterações nos hábitos de higiene bucal, podendo estar relacionadas ao enjoo ao creme dental, que acaba por comprometer a qualidade da limpeza dental.

Lembre ainda que, embora ocorram alterações na frequência da alimentação, estas não são acompanhadas pelo mesmo número de escovações, o que possibilitará a permanência do substrato por maior tempo na boca.

Somando-se a tudo isso, depois do nascimento do bebê existe a tendência da mãe em esquecer-se de si mesma, negligenciando os devidos cuidados com a sua saúde bucal, que deixa de ser vista como prioridade nesse momento.

Na prevenção da doença cárie, é comum a utilização de fluoroterapia. Nos casos de gestantes diagnosticadas com alto risco para esta doença, recomenda-se, além do uso tópico com creme dental fluoretado na escovação diária dos dentes, uma complementação. Esta pode ser conseguida com a aplicação tópica profissional de gel ou verniz fluoretado na consulta odontológica, ou ainda com a indicação à mulher de bochecho com solução fluoretada.

É relevante que haja manutenção de fluoreto no meio ambiente bucal, uma forma de se interferir no processo de desmineralização e de remineralização.

No caso de fluoroterapia sistêmica, para Cury (1992) e Driscoll (1981), a recomendação é de que a ingestão suplementar de flúor durante a gravidez não seja utilizada, pois sua eficácia não tem sido demonstrada.

Para o “Guia de Recomendações Para Uso de Fluoretos no Brasil”, editado pelo Ministério da Saúde em 2009, a indicação de suplementos como comprimidos ou adicionados aos complexos vitamínicos no período pré-natal não é uma medida racional. Este guia enfatiza que nenhum estudo comprovou a eficácia da ingestão de flúor na diminuição da incidência de cárie na dentição decídua durante o período de gestação (BRASIL, 2009).

É interessante que o dentista observe se há associação de fluoreto de sódio às formulações polivitamínicas prescritas por outros profissionais de saúde, para que elas sejam substituídas.

Quanto à gengivite, esta é uma alteração comum na gravidez e está relacionada ao aumento dos níveis hormonais, que parecem exacerbar a resposta gengival ao biofilme dental. Em conjunto, a progesterona e o estrógeno aumentam a vascularização, o que intensifica a resposta inflamatória. A manutenção da higiene bucal pode ajudar na prevenção, como também na redução dessas alterações inflamatórias.

A periodontite não é ocasionada pela gravidez, todavia, se a gestante já estiver com o problema, o mesmo pode ser exacerbado em virtude dos níveis hormonais que estão alterados. Os estudos de Offenbacher et al (1996) e os de Passanezi, Brunetti e Sant'ana (2007) demonstraram que a periodontite, quando presente na gestante, pode contribuir para o nascimento de bebês prematuros de baixo peso. A doença periodontal pode ser responsável pela elevação dos níveis plasmáticos de prostaglandina, que é um mediador da inflamação, o qual também participa da indução do parto.

Outro problema que pode estar presente é a erosão dental. Em virtude da ocorrência de vômitos frequentes, as grávidas podem ser acometidas pela erosão dental. Desta forma, deve-se orientá-las para que façam uso de dentífrico fluoretado, assim como bochechos diários com flúor, imediatamente após o vômito, a fim de proteger os dentes deste distúrbio.

Outra dúvida frequentemente manifestada é em relação aos exames radiográficos intrabucais. Podem ou não ser realizados durante a gestação?

Sim, já que a quantidade de radiação a que a mãe é exposta é menor do que a necessária para ocasionar malformações congênitas. Portanto, se o dentista entender necessário que um determinado procedimento odontológico exija o uso de radiografia, poderá solicitá-la. Porém é preferível que não se façam radiografias durante o primeiro trimestre da gestação, por ser o período da formação do bebê, a embriogênese. O período mais indicado para a realização de radiografias é o segundo trimestre da gestação. Os exames radiográficos extrabucais rotineiros podem aguardar o período puerperal para serem realizados, sendo indicados à gestante apenas em casos especiais, aqueles imprescindíveis.

Determinados procedimentos clínicos odontológicos mais invasivos necessitam de uso de soluções anestésicas. Como regra geral não existem riscos quanto à utilização da anestesia local, entretanto, quando a gestante apresentar elevações da pressão arterial, é importante a avaliação do médico responsável, juntamente ao dentista, para que avaliem o tipo de anestésico mais indicado.

3.1.2 Consultas odontológicas da gestante

É indispensável a participação das gestantes em ações programadas de saúde bucal, pois, através de atividades educativas, elas podem ter conhecimento e estímulo para desenvolver hábitos que ajudem a manter a sua saúde.

O ideal é que, na primeira consulta pré-natal, a gestante realize uma avaliação da saúde bucal. Após a avaliação inicial, as dúvidas devem ser esclarecidas e aquelas que apresentem doença em atividade devem ser submetidas a tratamento odontológico. As gestantes sem doença em atividade necessitam ser monitoradas no mínimo trimestralmente e também após o parto.

A consulta deve ser constituída das seguintes etapas: histórico e anamnese, exame físico geral e bucal e exames complementares; levantamento de problemas; análise dos dados; plano de cuidados e registro. O acolhimento da gestante é fundamental, e é importante chamá-la pelo nome e utilizar uma linguagem acessível na abordagem.

A anamnese deverá ser direcionada para os aspectos gestacionais e sobre a condição médica e odontológica atual, avaliando-se alterações existentes e realizando-se encaminhamento para avaliação com outros profissionais da saúde, caso julgue ser necessário. A gestante deve ser questionada quanto a seus hábitos nutricionais e de higiene, para que se tente identificar fatores de risco causadores de doenças bucais.

A seguir, os procedimentos básicos:

Exame clínico geral e intrabucal

Analisa-se, de forma sistematizada, através de uma observação geral da mulher, até detalhes específicos das estruturas bucais. Inicia-se pela aferição dos sinais vitais, como temperatura, pressão arterial e os demais, e, na sequência, pela análise da região da cabeça e pescoço.

Na detecção de qualquer desvio da normalidade, tendo em vista as alterações sistêmicas, que são normais ao período gestacional, como já abordado, a mulher deverá ser encaminhada para uma avaliação mais rigorosa com o médico.

No exame da cavidade bucal, os lábios, mucosa labial e jugal, gengiva, vestibulo e assoalho da boca, palato, língua, orofaringe, dentes e oclusão são examinados.

O dentista deve observar se a rotina do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e protocolos municipais estão sendo realizados.

Tratamento

O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer período gestacional, uma vez que é mais prejudicial para o bebê a manutenção de infecções na cavidade bucal da mãe do que o tratamento instituído. Porém, deve-se ter cuidado especial no primeiro trimestre.

No primeiro trimestre, há o início da fertilização e implantação do embrião. É o período no qual há a maior incidência de aborto. Por isso, o tratamento odontológico deve ser adiado se possível. Além disso, é comum que a gestante apresente algumas alterações que dificultam o atendimento, como náuseas e vômitos.

O segundo trimestre, é o período mais estável da gestação e, sobretudo, o atendimento odontológico nesta fase está bem indicado. O atendimento deve, preferencialmente, visar à eliminação de quadros infecciosos e dos episódios de dor.

No terceiro trimestre, a gestante passa a apresentar frequência urinária aumentada, edema nas pernas, hipotensão postural e desconforto na posição supino. Tais características dificultam o tratamento odontológico. Além disso, a gestante encontra-se em um período de maior ansiedade devido à aproximação do parto. Assim, só devem ser tratadas gestantes com problemas urgentes.

Dentre os procedimentos odontológicos, a profilaxia, o controle de placa e as orientações para a higiene devem fazer parte de uma rotina preventiva e que podem ser realizadas em qualquer trimestre gestacional.

A técnica de adequação do meio bucal e o controle periódico profissional de placa são condutas odontológicas preventivas mais indicadas. Trata-se de procedimentos mais simples que podem garantir certo conforto à gestante quando da sua realização. A continuidade do tratamento, complementação dos procedimentos, está indicada para após o parto.

Quando da necessidade de reabilitações bucais mais complexas, deve-se analisar o quadro de saúde para se verificar se é imprescindível que ele seja realizado na sua totalidade ou se pode ser feito em dois momentos: um que retire ou diminua a dor ou infecção e outro que faça a sua complementação posteriormente. Havendo a possibilidade, deve-se adiar todo o tratamento para após o parto.

É muito importante verificar antes do tratamento se a gestante apresenta as seguintes manifestações: hipoglicemia, síndrome da hipotensão postural e reflexo do vômito, pois tais manifestações vão exigir cuidados especiais por parte do dentista.

Se houver realmente a necessidade da realização dos procedimentos clínicos odontológicos, recomendam-se:

- a) sessões clínicas mais curtas, evitando situações de estresse;
- b) monitoramento dos sinais vitais, como: frequência cardíaca, pressão sanguínea, temperatura corporal e nível de glicose sanguínea;
- c) posicionamento da cadeira semissupino, para prevenir a síndrome da hipotensão postural;
- d) evitar consultas pela manhã e orientar para a não ingestão de bebidas ácidas e alimentos gordurosos antes da consulta, o que poderá prevenir náuseas e vômito.

Dentro da consulta odontológica, vale orientar a gestante com relação à higiene bucal e dieta, explicando também quais são as alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação, e a importância da manutenção da saúde bucal, tanto para si como para seu feto.

No que diz respeito à higiene bucal, é recomendada a escovação dos dentes com dentífrico fluoretado pelo menos duas vezes ao dia, assim como a utilização do fio dental, ao menos uma vez ao dia. Os agentes antimicrobianos, como a clorexidina, podem ser utilizados para o controle da gengivite se o dentista achar necessário.

No tocante à dieta, a alimentação da mãe tem um papel importante para o desenvolvimento do feto. Por isso, é prejudicial para ambos que a gestante tenha uma dieta rica em sacarose, já que o açúcar natural dos alimentos é suficiente para suprir as necessidades nutritivas.

Importante: a gestante deve evitar os açúcares, principalmente entre as refeições.

A partir do quarto mês de gravidez, o paladar do bebê começa a desenvolver-se, portanto, se nessa fase a gestante ingerir muito açúcar, seu filho tenderá a gostar muito de doces. E mesmo após o nascimento do bebê, deve-se acostumá-lo aos sabores naturais dos alimentos. Recomenda-se que os alimentos oferecidos aos bebês não sejam adoçados artificialmente.

Vamos lembrar mais uma vez que, para o desenvolvimento das consultas odontológicas, é importante que o dentista procure previamente o médico ou a enfermeira, ou os profissionais do NASF, como psicólogo e nutricionista, para juntos avaliarem o estado físico e emocional da gestante. Nessa conversa, é significativo discutir os níveis tensionais, estado nutricional e nível de edema.

Os levantamentos periapicais, assim como as radiografias extrabucais, como as panorâmicas, deverão ser evitados, como também as grandes reabilitações, as quais deverão ser realizadas somente após a gestação.

Utilização de medicamentos na gestação

Em algumas situações, como no caso de determinados procedimentos odontológicos, a anestesia local é indicada. Devemos atentar para o período gestacional em que a mulher se encontra e verificar que medicamento está mais indicado.

Qualquer medicação durante a gravidez deve ser usada apenas se a gravidade do quadro patológico for mais importante do que as consequências. Qualquer medicação deve ser administrada apenas após consulta ao médico.

Este procedimento, além de ético, tem um efeito psicológico de extrema relevância na gestante, aumentando o grau de confiabilidade no dentista e de segurança com relação ao tratamento proposto.

O ideal é que no primeiro trimestre nenhum medicamento seja prescrito, exceto em casos de urgências. É relativamente pequena a lista de drogas com pequeno risco para o feto.

Nas grávidas com hipertensão arterial não controlada, é indicado avaliar, em conjunto com o médico, o risco *versus* benefício do atendimento ambulatorial ou hospitalar. Vale destacar que, acima de tudo, para o procedimento da anestesia dentária, a mulher deve estar com a sua ansiedade controlada, consciente da necessidade do tratamento, bem esclarecida sobre o procedimento que será realizado e ter confiança no profissional.

Os sedativos e hipnóticos devem ser evitados durante a gestação. Nas gestantes extremamente ansiosas ao tratamento dental, deve-se optar pela conversa ou outros métodos de condicionamento psicológico. Lembre-se de que você pode solicitar o apoio do psicólogo do NASF para realizar esse manejo.

No pós-parto, a mãe estará provavelmente amamentando. Portanto, devem-se evitar as drogas reconhecidamente eliminadas no leite materno e potencialmente prejudiciais à criança.

Uma droga que está contraindicada na gestação é a tetraciclina. Além de poder causar injúrias ao pâncreas e ao fígado, pode atravessar a barreira placentária e causar malformações e pigmentações nos dentes decíduos se o medicamento for dado para a mãe durante o processo de calcificação dos dentes de seu futuro filho, podendo ainda resultar em deficiência do crescimento ósseo.

3.2 Atenção integral à saúde bucal no puerpério

O período do puerpério ou do pós-parto é aquele em a mulher passa por modificações físicas e psíquicas. Isto porque se sente insegura quanto às condições e forma de criar o filho, se vai ou não ter condições de oferecer uma boa amamentação, associado ainda às mudanças físicas de seu corpo. Além disto, ainda se vê obrigada a dar conta da sua rotina de trabalho caseiro e de outras atividades, o que a força a tentar conciliar de modo saudável todo esse conjunto de fatores. O término do puerpério é aceito de forma geral quando a mulher retoma a sua ovulação e função reprodutiva.



Na Prática

Fique atento às alterações emocionais e psicológicas, elas podem estar relacionadas à patologia puerperal. Muitas vezes este diagnóstico não é realizado, tendo em vista a grande labilidade emocional apresentada pelas mulheres nesse período, decorrentes da modificação dos níveis hormonais, da adaptação aos novos papéis assumidos na família e sociedade e das mudanças de estilo de vida.

Vale lembrar que as principais alterações que constituem a patologia puerperal são:

- a) infecções;
- b) hemorragias;
- c) perturbações urinárias;
- d) tromboflebitas;
- e) patologias mamárias (entre as quais destacamos a mastite).

Na Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha, em seu componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, estão descritas as seguintes orientações:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na Atenção Básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.



Leitura Complementar

Para obter maiores informações sobre o assunto, consulte:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**, n.32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>.

3.2.1 Aleitamento materno

As equipes de saúde devem desenvolver práticas educativas e de assistência que promovam, protejam e apoiem o aleitamento materno desde o pré-natal até o acompanhamento da mãe e da criança após o parto.

Os profissionais das equipes de saúde devem conhecer a situação nacional e local da prevalência e duração do aleitamento materno, as políticas públicas nacionais, estaduais e municipais de aleitamento materno, as evidências científicas que embasam as recomendações atuais da alimentação complementar de crianças em aleitamento materno, e estarem devidamente capacitados para o manejo clínico da amamentação.

Em relação às políticas públicas de aleitamento materno voltadas para a Atenção Básica no Brasil, foi criada a Rede Amamenta Brasil com o objetivo de contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no país. Certamente, mais cedo ou mais tarde, você será convidado para participar da oficina de sensibilização dessa rede. Aproveite esta oportunidade.

A Rede Amamenta Brasil surgiu com o objetivo de contribuir para o aumento dos índices de aleitamento materno no país. Em 28 de abril de 2012, o Ministério da Saúde brasileiro lançou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A estratégia é resultado da integração de duas importantes ações: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). A nova estratégia visa à qualificação do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica para o fortalecimento das ações de promoção da alimentação saudável para esse público. A iniciativa objetiva contribuir para a redução da mortalidade infantil e da ocorrência de agravos à saúde na infância, como obesidade e diabetes, dentre outras, incentivando o aleitamento materno e uma alimentação complementar saudável.



Figura 1 – Rede Amamenta Brasil
Fonte: Portal da Saúde - SUS.

A proposta de integração da Rede Amamenta com a ENPACS surgiu a partir de demandas dos próprios profissionais de saúde que atuam nos estados e municípios. Assim, iniciou-se um processo de análise da viabilidade de integração das duas redes. Como resultados alcançados pelas duas estratégias até o

final 2011, somam-se mais de quatro mil tutores formados e mais de 34 mil profissionais da Atenção Básica envolvidos em todo o Brasil. A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM/DAPES/SAS/MS) juntamente com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS) iniciaram, em abril de 2011, o processo de integração das duas estratégias. A Estratégia integrada é o resultado de uma construção conjunta entre as duas áreas do Ministério da Saúde com o apoio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP/SGETS/MS), além da participação de especialistas que acompanharam o processo de implementação da Rede Amamenta Brasil e da ENPACS. Até o final de 2013, o Ministério da Saúde irá fomentar a realização de cinquenta oficinas de formação de novos tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Preferencialmente, os tutores formados nessas oficinas deverão ser de municípios que fazem parte do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ, visto que a certificação acontecerá posteriormente por meio dessa ação. Após a realização da primeira oficina em cada estado, esses estarão aptos a multiplicar a oficina e assim envolver todos os municípios e por consequência todas as Unidades Básicas de Saúde. A oficina de formação de tutores da Amamenta e Alimenta Brasil terá duração de quatro dias.

Não perca a oportunidade de participar da oficina dessa nova estratégia, caso venha a ser convidado.

A alimentação e a nutrição adequadas são fundamentais para atender às necessidades da gestante e da nutriz, e com isso obter melhores resultados sobre a saúde integral da mulher e da criança. Para uma gestação tranquila e com qualidade, como também para uma amamentação bem-sucedida, é necessário que a mulher esteja em bom estado nutricional antes, durante e depois da gestação. Isso inclui ganho de peso adequado e prevenção de doenças como anemia, diabetes e hipertensão e contribuirá na redução do baixo peso ao nascer de crianças e das mortalidades materna e neonatal.

A alimentação equilibrada para a gestante e para a nutriz segue os mesmos princípios da alimentação para a família, incluindo todos os grupos de alimentos em quantidades adequadas para a mulher e para o feto que está em desenvolvimento em seu ventre. Portanto, devemos dar atenção especial para a boa nutrição, sobretudo, ao consumo de alimentos ricos em minerais como ferro e vitaminas como ácido fólico. Estes são encontrados em alimentos como: vegetais verde-escuro, feijões, gema de ovo, fígado e nas farinhas de trigo e milho. Uma alimentação equilibrada poderá ser associada ao complemento desses nutrientes. Solicite apoio do nutricionista do NASF, juntos vocês podem discutir com a mulher os cuidados referentes à alimentação e complementação alimentar nesse período.

Em odontologia, a amamentação durante o primeiro ano de vida é essencial para a prevenção de problemas oclusais dos bebês. Além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular de sucção favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de posicionamento incorreto dos dentes e das estruturas orofaciais.

A sucção no peito é um trabalho muito importante para as estruturas estomatognáticas da criança. O reflexo da sucção é desencadeado pelo toque do mamilo no palato. O sabor adocicado do leite materno é um estímulo a mais para ajudar a pega do mamilo.

Todo este processo estimula o crescimento ósseo facial de maneira fisiológica. Além de fornecer nutrientes para o bebê, a amamentação promove o desenvolvimento psíquico e estimula o desenvolvimento crânio-facial.

Sob o ponto de vista do desenvolvimento facial, o peito é insubstituível, porque a amamentação natural requer um extremo esforço muscular por parte do bebê para extrair o seu alimento, estimulando o crescimento dos ossos da face. Já na mamadeira, este esforço é bem menor, pois o leite é liberado com mais facilidade.

É recomendado fornecer à criança o leite materno exclusivamente até o sexto mês, a partir do qual já é possível introduzir alimentos por meio do uso da colher, mas, se possível, manter a amamentação até os 2 anos ou mais. O desmame deve ser feito de maneira gradual.

Em situações adversas, nas quais a família necessite dar mamadeira ao bebê, alguns cuidados devem ser tomados: não aumentar o pequeno furo do bico do mamilo artificial, pois, desta forma, o mínimo fluxo do leite conseguido pela sucção será suficiente para que ele aprenda a deglutir; não acrescentar açúcar, mel, achocolatados e nem carboidratos ao leite, a não ser com recomendações médicas.



Link

Para saber mais sobre aleitamento materno, sugerimos acessar o seguinte *link*:
IBFAN BRASIL. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar.
Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/>>.

3.2.2 Consulta odontológica puerperal

De acordo com o manual técnico de *Atenção ao pré-natal de baixo risco*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a atenção integral à saúde da mulher e recém-nascido na rede básica de saúde deve começar na primeira semana após o parto, com realização das ações da Primeira Semana de Saúde Integral e de outra consulta puerperal, até o 42º dia de puerpério. A consulta puerperal é 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 (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Porém, em seu estudo, estes autores constataram que, por diferentes motivos, a consulta puerperal tem baixíssima frequência nas unidades de saúde, e os percentuais do indicador de consulta puerperal, de seis ou mais consultas de pré-natal, foram baixos, conforme levantamento realizado no SISPRENATAL nos dois anos do estudo, menores de 10%.

As consultas devem ser constituídas de histórico de saúde, exame físico, levantamento de problemas, plano de cuidados e registros. Podem ser realizadas nas unidades de saúde ou no domicílio. A abordagem multiprofissional e interdisciplinar no âmbito do domicílio tem se mostrado uma boa estratégia de ação, permitindo aos profissionais apropriarem-se da realidade concretamente vivida pela família. Tal estratégia também facilita o cuidado, o vínculo e evita os vários deslocamentos da família à unidade de saúde para o comparecimento às consultas com cada profissional.

Roteiro da primeira consulta

Na consulta, ficar atento às necessidades da mulher, aos aspectos subjetivos e subliminares; mostrar disponibilidade para o seu atendimento, respeitar sua privacidade, conhecimentos prévios e valores; chamá-la pelo nome; se for seu desejo, convidar familiar ou companheiro para participar da consulta; estimular a expressão de sentimentos e fortalecer suas capacidades para que assuma o controle de seu corpo, de sua vida e o cuidado do bebê (ZAMPIERI, 2007).

Verificar como se sente, suas possíveis queixas e esclarecer dúvidas com relação a sua saúde bucal, orientando para que continue a usufruir do acompanhamento odontológico. Orientar sobre a importância da manutenção de sua saúde bucal e que evite contato com a cavidade bucal do bebê para evitar a transmissão de carga bacteriana.

Questionar sobre a história do aleitamento materno, anterior ou atual; tipo de aleitamento, se exclusivo ou misto e intercorrências; o uso de alimentação complementar inoportuna e o uso de chupeta.

Proceder às orientações sobre a saúde bucal quanto ao uso de flúor, qualidade da higiene bucal, época da higiene bucal da criança, transmissibilidade da flora bacteriana, e outros. Elas podem ser aperfeiçoadas por você e adaptadas para a sua realidade. Os cuidados que a mãe ou a pessoa cuidadora tiverem poderão colaborar para a boa dentição do bebê.

O flúor também é importante para o bebê. No entanto, nesta faixa etária, são necessários cuidados especiais. A maioria dos cremes dentais comercializados contém alta concentração de flúor em sua formulação. Como a criança ainda não possui controle da sua deglutição, durante o ato de escovação dental realizada pela mãe ou pessoa cuidadora, é comum que parte da espuma do dentifrício seja engolida.

A absorção crônica poderá fazer com que os dentes em formação acabem com o esmalte dentário fluorótico, por isso recomenda-se que a quantidade de creme a ser colocada nas cerdas da escova dental da criança seja mínima, pois diminuirá a absorção de flúor no caso da deglutição. Trata-se de um cuidado preventivo em relação à fluorose dentária (BRASIL, 2009).

Os procedimentos clínicos odontológicos com relação ao tratamento da cárie, gengivite e periodontite seguem as mesmas técnicas das pessoas adultas.

3.3 Atenção integral à saúde da mulher no climatério e na menopausa

Por volta dos 45 anos de vida, em geral, as mulheres iniciam um período em suas vidas no qual ocorre a transição da função fértil ou reprodutiva para a não reprodutiva, em decorrência da diminuição dos hormônios sexuais estrogênio e progesterona produzidos pelos ovários. Esta fase da vida é chamada de climatério. Certamente, você já escutou ou leu que as mulheres têm uma expectativa de vida maior que os homens. As mulheres que passam a terceira idade e que estão no climatério precisam realizar atividades que possam lhe proporcionar uma vida com mais qualidade. A equipe de saúde, em conjunto com outros setores e serviços da comunidade, deve se articular para propor e realizar atividades de acordo com as necessidades desta faixa etária.



Na Prática

E você? Certamente, nas consultas efetuadas, algumas mulheres informaram que estavam na menopausa ou que sentiam calorões devido à idade. Que importância você deu a isto? Você já estudou profundamente sobre o tema? Já se questionou acerca dos conceitos de menopausa e climatério? Tem alguma mulher próxima a você que esteja vivenciando estes períodos? Vizinhas, tias, mães, colegas de trabalho? Na sua comunidade, existe algum serviço que contemple esta questão? O que você leu a respeito? Dialogue com alguma mulher na faixa de idade dos 45 anos ou mais a respeito e veja o que ela sabe sobre climatério e sobre os cuidados que pode realizar. Depois disso, convidamos você a estudar um pouco mais e a refletir acerca desta temática.

3.3.1 Alterações na saúde bucal

Grande parte dos problemas odontológicos no climatério é acompanhada por mudanças físicas, entre elas as alterações na cavidade bucal, sendo as mais comuns o desconforto bucal como: secura na boca, garganta e lábios, perda do paladar ou gosto metálico e mau hálito, dificuldade de deglutição e queimação na língua, além da perda óssea alveolar resultante da osteoporose e da doença periodontal (BRASIL, 2008b).

Para Pirolo (2004), na menopausa são comuns as seguintes queixas: dores e calores na boca, desconfortos, irritação, ardência gengival e lingual, diminuição da secreção salivar e paladar alterado, especialmente para alimentos muito condimentados e salgados. Segundo a autora, admite-se que as alterações hormonais permitem que a mulher torne-se mais vulnerável a doenças bucais, como a doença periodontal.

A redução estrogênica presente no período do climatério pode acarretar nas mulheres retrações gengivais, decorrentes da reabsorção do cálcio ósseo da crista alveolar. Como consequência, poderá ocorrer perda de inserção dentária e até de dentes, provocando graves repercussões sobre a saúde geral, entre elas: mastigação deficiente, fonação alterada e desequilíbrios emocionais, visto que a ausência de dentes altera a autoestima (PIROLLO, 2004).

De acordo com Lotufo (2007), embora a patogênese das doenças periodontais e da osteoporose sejam diferentes, existem alguns fatores de risco em comum, a saber: idade, fumo e influências prejudiciais de outras doenças e medicações. Apesar de alguns autores sugerirem relação entre perda óssea dos maxilares e osteoporose, o autor destaca que a relação entre perda óssea mandibular e osteoporose ainda não está completamente esclarecida, na medida em que os resultados de associação entre a densidade de massa óssea reduzida e a perda de inserção clínica ainda se mostram conflitantes.

Conforme Hasset et al. (2009), alguns estudos têm observado que mulheres submetidas a tratamento de reposição hormonal (TRH) possuem um aumento da retenção dentária e diminuição da destruição periodontal. O estudo desenvolvido pelos autores com mulheres do sul do Brasil concluiu que o tratamento de reposição hormonal pode trazer benefícios à saúde periodontal.



Leitura Complementar

Para se aprofundar no tema, consulte:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/ Menopausa**. Brasília, 2008.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf>.

Para refletir

Em uma Unidade Básica de Saúde, o odontólogo percebeu que algumas mulheres que mantinham uma avaliação periódica de sua saúde bucal não compareceram mais nos últimos meses. Preocupado, buscou no prontuário dessas usuárias identificar se essa realidade também estava presente nos acompanhamentos desenvolvidos pela enfermagem e medicina. Foi quando percebeu que duas dessas usuárias afastadas estavam em período gestacional. Então, procurou informar-se com a equipe de enfermagem sobre a situação e possíveis causas do afastamento das usuárias ao acompanhamento odontológico. Nessa conversa com a enfermeira, soube que na unidade vinha sendo desenvolvido um grupo de acompanhamento e apoio interdisciplinar com mulheres gestantes. O odontólogo, interessado em participar, propôs uma roda de conversa com essas gestantes a fim de conhecer a realidade dessas usuárias e possivelmente elucidar mitos sobre a consulta odontológica à mulher em período gestacional.

A partir da iniciativa desse profissional em integração com sua equipe, perceberam que os temas de discussão no grupo poderiam ser ampliados a outros profissionais da equipe do NASF. A proposta foi levada às gestantes, que propuseram temas específicos, como, por exemplo: cuidados com o recém-nascido, com a participação do médico pediatra; bebês que convivem com animais domésticos, com a participação do médico pediatra e médico veterinário; alimentação exclusiva e complementar em crianças de até 2 anos, com o nutricionista; trabalho de parto e preparação do corpo para esse momento, com o fisioterapeuta e enfermeiro, dentre outros temas.

E na sua realidade? Existem grupos com mulheres gestantes? Que profissionais desenvolvem este grupo? A comunidade participa do planejamento?

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você pôde estudar as questões que envolvem o atendimento da mulher em períodos específicos da sua vida, como o puerpério, o climatério, a menopausa e o período pré-natal. O texto destaca os cuidados à saúde da mulher no período pré-natal, a importância da consulta pré-natal e os pontos importantes na consulta odontológica da gestante.

O conteúdo focalizou também a atenção integral à saúde bucal no puerpério, destacando o aleitamento materno e os cuidados na consulta odontológica puerperal. Por fim, foi abordada a atenção integral à saúde da mulher no climatério, destacando-se as alterações em sua saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 586-593, 1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n6/2333.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. Sala de Imprensa. **Dia internacional da mulher: saúde da mulher e através dela**. 2009. Disponível em: <<http://www.abo.org.br/saladeimprensa/2009/saladeimprensa-2009-05.php>>. Acesso em: 19 maio 2012.

AUMANN, G. M. E.; BAIRD, M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPEL, R. A.; DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetria: um enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.13-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf>. Acesso em: 19 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_guia_fluoretos.pdf>. Acesso em: 19 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.

COELHO, C. C. Gênero e políticas públicas. In: SILVA, A. L.; LAGO, M. C. S.; RAMOS, T. R. O. (org.). **Falas de gênero: teorias, análise, leituras**. Florianópolis: Mulheres, 1999.

COELHO, E. B. S.; CALVO, M. M.; COELHO, C. C. **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: UFSC, 2006. 245p.

CURY, J. A. Flúor dos 8 aos 80? In: BOTTINO, M. A.; FELLER, C. **Atualização na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

DRISCOLL, W. S. A review of clinical research on the use of prenatal fluoride administration for prevention of dental caries. **Journal of Dentistry for Children**, v. 48, p. 109-117, 1981.

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2004.

HASS, A. et al. Association among menopause, hormone replacement therapy and periodontal attachment loss in southern Brazilian women. **Journal Periodontology**, v. 80, n. 9, set. 2009. Disponível em: <<http://www.joponline.org/doi/abs/10.1902/jop.2009.090082>>. Acesso em: 19 maio 2012.

LOTUFO, R. F. M. Inter-relação entre outras condições sistêmicas e as doenças periodontais. **Revista Periodontia**, v. 17, n. 2, p. 54-59, jun. 2007. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/edicao_atual/ed_junho_07.pdf>. Acesso em: 19 maio 2012.

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

PASSANEZI, E.; BRUNETTI, M. C.; SANT'ANA, A. C. P. Interação entre a doença periodontal e a gravidez. **Revista de Periodontia**, v. 17, n. 2, p. 32-38, jun. 2007.

Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/edicao_atual/ed_junho_07.pdf>. Acesso em: 19 maio 2012.

PIROLLO, E. O climatério e o impacto sobre a saúde bucal. **Revista Cultura Homeopática**, v. 3, n. 6, 2004.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. di G. do. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2012.

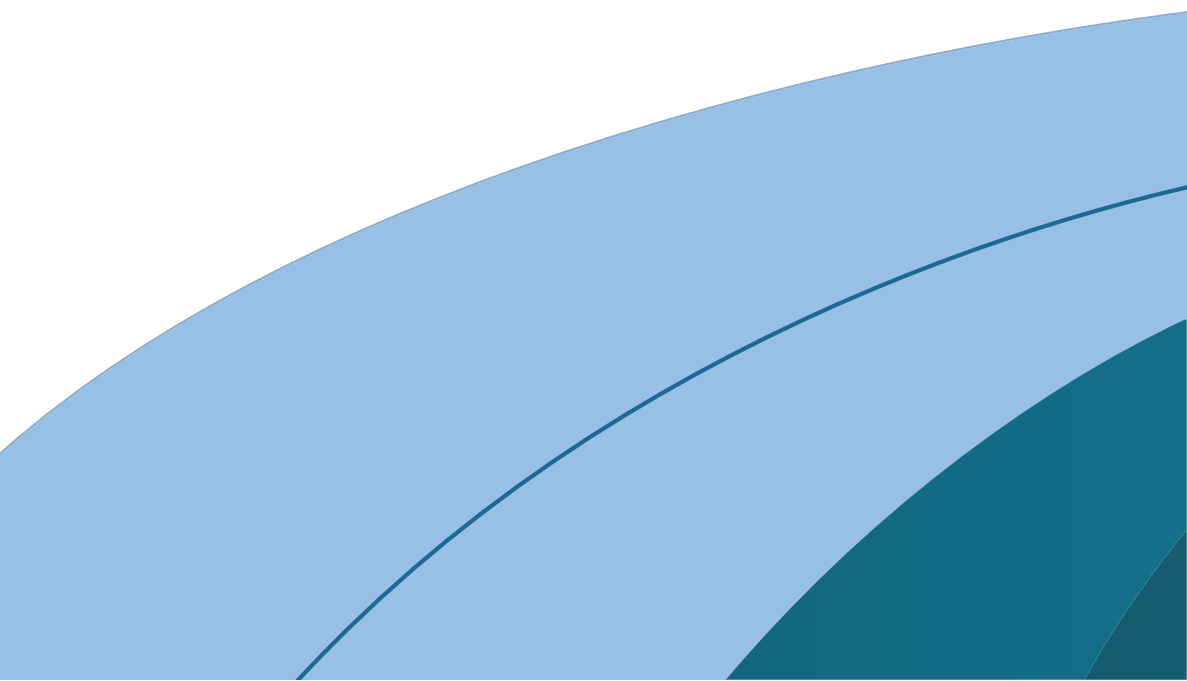
SILVA, A. D. da M. **Saúde bucal de gestantes: uma abordagem de gênero**. 2001. 175f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande. 2001.

ZAMPIERI, M. de F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. 2006. 437 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://tede.ufsc.br/teses/PNFR0547.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

ZAMPIERI, M. de F. M. Atenção ao pré-natal. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR, 2007.

Atenção Integral à Saúde da Mulher
Odontologia

Unidade 4



4 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DA MULHER

4.1 A educação popular na Atenção Básica e a saúde da mulher

Quando planejamos o trabalho na Atenção Básica e discutimos as estratégias de promoção da saúde, uma importante ferramenta de trabalho vem à tona: a educação em saúde.

Na perspectiva da atenção integral à saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, a educação em saúde é uma prática fundamental para viabilizar as ações de promoção da saúde e de qualidade de vida da população. Entretanto, os desenhos tradicionais de educação em saúde, pautados pela hegemonia do saber técnico dos profissionais de saúde e na culpabilização dos indivíduos pela redução dos riscos à sua saúde, ainda influenciam as práticas desenvolvidas nos serviços da Atenção Básica (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Esta configuração de trabalho tem sido alvo de duras críticas. Muitos profissionais de saúde, preocupados com o caráter solidário, democrático e cidadão que permeia o conceito de promoção da saúde, apostam na educação popular como uma alternativa capaz de romper com a lógica prescritiva dos grupos de educação em saúde. Compreendem, portanto, que as ações de promoção são mais amplas do que a prescrição de hábitos saudáveis ou desejáveis, uma vez que visam à incorporação de práticas em saúde que proporcionem os meios necessários para que todas as pessoas realizem seu potencial de saúde.

É nesse sentido que a educação popular vem ganhando espaço e visibilidade. Entendida como uma alternativa potente para a transformação das práticas na Atenção Básica, sua concepção teórica valoriza o saber do outro e entende que o conhecimento é um processo dinâmico, fruto de uma construção coletiva e da interação entre todos os sujeitos envolvidos. Assim, nas ações educativas em saúde, tanto profissionais como usuários aprendem e ensinam, numa construção dialógica do conhecimento (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

No sentido de ilustrar como tais propostas de educação em saúde, com foco na educação popular, são desenvolvidas na prática, apresentamos o exemplo do município de Recife - PE, discutido no trabalho de Albuquerque e Stotz (2004) e que aborda de maneira mais ampla o tema em questão; e um relato de experiência de Oliveira et al. (2011) da cidade de Belo Horizonte - MG, direcionado à saúde da mulher, mais especificamente.

Direcionados pela gestão municipal do Recife, construiu-se coletivamente a proposta local de educação popular em saúde, inicialmente com a participação dos técnicos dos distritos sanitários e depois passando pela discussão junto ao núcleo gestor e às comunidades e equipes envolvidas. A proposta desenvolvida teve como objetivo criar condições que favoreçam a participação crítica e criativa dos vários setores da sociedade na busca de melhoria da qualidade de vida e de saúde.

A tarefa era desencadear um processo de discussão amplo, enfocando a educação popular em saúde, que culminasse por envolver as equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde e agentes de saúde ambiental. Na sua versão final, a proposta integrou cinco projetos, tendo como ações:

- fortalecimento dos serviços de educação em saúde dos distritos sanitários;
- implantação dos núcleos de educação e cultura popular em saúde (Nuceps);
- capacitação continuada em educação popular em saúde;
- articulações intra e intersetoriais.

A difusão e o desenvolvimento de metodologias e linguagens em educação popular em saúde, a produção de materiais educativos, construção de parcerias com a comunidade e garantia de infraestrutura e equipamentos para as ações educativas foram estratégias traçadas para a implantação da proposta. A experiência de implantação teve resultados positivos com a consolidação dos trabalhos em 19 equipes de saúde da família, nas quais os grupos de usuários têm uma identidade própria, com nome e autonomia, sendo constituídos de acordo com os ciclos da vida. Nestes, foram discutidas questões sociais de forma ampla e não apenas relacionadas à doença.

As equipes propõem técnicas corporais, como alongamento, relaxamento, exercícios leves e técnicas de estímulo à participação, trabalhando a saúde de uma forma mais abrangente. Atividades diversas como oficinas de alimentação enriquecida, organização de movimentos junto à comunidade para resolução de problemas de lixo e esgotamento sanitário, atividades esportivas de promoção da saúde, organização de grupos comunitários no combate à dengue, dentre outras, refletem os primeiros resultados do projeto. Os núcleos de educação popular em saúde assumiram diferentes faces de acordo com as necessidades da comunidade.

Os autores relatam que esse conjunto de resultados revelou uma maior integralidade das ações desencadeadas pela educação popular em saúde. O reconhecimento do usuário como cidadão nos grupos que não os estigmatizam como doentes, pois são ouvidos e estimulados a viver atividades de promoção da saúde, como exercícios, alimentação, hábitos salutares e a lutar em defesa de melhores condições de vida, representa fato concreto dificilmente encontrado em equipes que não se referenciam na educação popular. As equipes também

revelaram uma visão mais integral no atendimento individual, com algumas delas trabalhando com terapias complementares e relacionando o atendimento diretamente com os grupos.

Na experiência de Minas Gerais, a proposta de trabalho surgiu da parceria entre a universidade e equipe de saúde, que, trabalhando em conjunto, realizaram como primeira ação a identificação das demandas locais. Para Oliveira et al. (2011), esse cenário retrata a importância do campo de estágio como dispositivo de interação entre o ensino e o serviço. O relato traz à discussão, quais as repercussões da proposta para a saúde da mulher, assim como problematiza os reflexos desta atividade no processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde.

O planejamento inicial do estágio teve como objetivo a promoção de espaços para mobilização e discussões políticas entre mulheres moradoras da região do Centro de Saúde Lajedo. Os encontros foram delineados como um espaço em que as mulheres pudessem expressar suas demandas e visualizar interseções entre seu cotidiano e as políticas de saúde vigentes. Foram propostos encontros quinzenais, com duração média de duas horas, com participação aberta, incluindo ACS e lideranças comunitárias, com o propósito de que cada integrante se colocasse como multiplicadora das ações.

Metodologicamente, inspirou-se na [pesquisa-ação](#)¹, sobretudo no que diz respeito à co-construção das ações com as mulheres integrantes da prática. A temática central norteadora foi a questão: “Pelo que você luta?”. Não foi elaborado um planejamento dos encontros, uma produção conjunta com as mulheres. Delineava-se apenas que o primeiro encontro promoveria a interação e algumas sugestões temáticas para os encontros seguintes, como: as mulheres na atualidade; relações de gênero; saúde coletiva; participação das mulheres na saúde; empoderamento; o bairro em que vivem; e a participação no Conselho Local de Saúde.

1 A pesquisa ação possibilita que o pesquisador intervenha dentro de uma problemática social, analisando-a e anunciando seu objetivo de forma a mobilizar os participantes, construindo novos saberes proporcionando um processo de reflexão-ação-reflexão.

Fonte: <<http://www.infoescola.com/pedagogia/pesquisa-acao/>>.

No decorrer da prática, o grupo foi denominado pelas próprias integrantes como “Movimento de Mulheres”, direcionando-se as discussões para as questões de gênero.

Essa proposta de trabalho tem o conceito de autonomia como sua principal inspiração. Em coerência com essa perspectiva, foram adotadas metodologias participativas, operando com recursos teórico-metodológicos da pesquisa-ação e dos trabalhos de Paulo Freire. Tinha-se a franca intenção de que a intervenção deveria ser um

ato político, na medida em que promovesse transformações nas lógicas de poder e opressões existentes. Nesse sentido, evitou-se deliberadamente transformar a ação em grupo de mulheres, buscando discussões transversais, não se propondo à suspensão da vida cotidiana para discussões sobre a saúde da mulher.

Na prática, percebeu-se inclusive pela maneira como os grupos foram sendo formados, que a história da saúde ainda se pauta pelo saber técnico como aquele preponderante para se promover a saúde. Com isso em vista, em muitos momentos o silêncio foi compartilhado, na tentativa de não assumir esse lugar de portadoras do conhecimento que conta. O único encontro do grupo, ocorreu em forma de apresentação com uma convidada, também usuária e com ampla trajetória de participação em conselhos de saúde.

Segundo os autores, a prática em questão possibilitou reflexões e reformulações sobre a atuação e a postura profissional. Sobretudo as reflexões teóricas sobre gênero e empoderamento favoreceram discussões proveitosas e críticas importantes em relação às intervenções propostas.

Uma das percepções quanto à metodologia, segundo Oliveira et al. (2011), é que a pesquisa-ação, inicialmente, dificultou o processo, pois muitas das integrantes e das ACS esperavam que os encontros decorressem da maneira tradicional, na qual donos do saber estabelecem uma relação vertical com o grupo, sendo que “a proposta previa sair do lugar de produzir para o grupo e buscar produzir com o grupo”. Apesar de essa horizontalidade ser muito complexa e utópica, gradualmente algumas integrantes se tornaram mais participativas e sugeriram ações. Tal inovação representou uma experiência marcante e rica ao serviço, distinta das que preveem a prescrição de métodos e comportamentos referentes à conquista e manutenção da saúde. Vivenciar um encontro em que o tema emerge do grupo e em que todos são iguais para falar, refletir e pontuar questões, propiciou uma nova postura e novos envolvimento dos profissionais da saúde. Tais momentos favoreceram a conquista do vínculo e a sensação de pertencimento ao grupo, como também influenciaram na postura das ACS, que foram mais ativas na construção e no planejamento das atividades. São elas que sinalizam para as dificuldades das mulheres em estarem presentes, quanto ao local ideal para a realização dos encontros, como para situações vivenciadas nas famílias das mulheres convidadas a participar. Os autores ressaltam que esta transformação foi gradativa e construída na medida em que os encontros foram acontecendo como promoção deste espaço de participação e fala.

O segundo semestre de realização da prática trouxe aspectos importantes, demonstrando o quanto as discussões evoluíram para a produção de diferentes e interessantes posicionamentos das mulheres envolvidas. A temática de direitos humanos, que emergiu nos últimos encontros, revelou em certa medida o quanto concepções iniciais de posicionamento no mundo foram se modificando para uma lógica de sujeitos de direitos e de ações. Alguns aspectos precisam ainda

ser mais bem compreendidos, como o esvaziamento na prática de mulheres da comunidade, o alto índice de presença de ACS e o envolvimento e desejo dos participantes em continuar a desenvolver a prática. Acredita-se no potencial desta ação como disparador de um novo modelo de atuação em saúde, que promove a oportunidade de crescimento e transformação. A proposta é de continuidade da prática nos próximos semestres, por sugestão e interesse das integrantes, e a expectativa é de que se consiga envolver também homens em alguns momentos para a continuidade e o enriquecimento das discussões. Surgiu a reflexão de que não é possível discutir gênero, enquanto algo relacional, sem convocar os homens para as discussões.

4.2 Violência contra a mulher e as práticas da Atenção Básica

Em uma comunidade em Porto Alegre – RS descrita por Lucas e Silva (2008), a atuação do ACS foi descrita a partir de uma atividade cujo objetivo foi informar e orientar as mulheres acerca de seus direitos, organizar grupos de pessoas com a finalidade de cuidar da comunidade e resgatar a autoestima das mulheres daquele local. As autoras informam que o trabalho foi realizado em parceria com a Delegacia da Mulher, a casa de amparo Madre Teresa de Jesus e a liderança comunitária do bairro, demonstrando o processo intersetorial e interdisciplinar para tratar de uma questão tão complexa.

Foram desenvolvidas oficinas de debates e troca de informações entre as mulheres participantes, nas quais o facilitador relata dados de violência no bairro, cidade, estado e país. Em encenação, uma mulher do grupo narra agressões por ela sofrida, o grupo se sensibiliza com a situação e durante dez minutos procura soluções em defesa da companheira; a seguir a atriz retira a maquiagem em frente ao grupo e faz a apresentação, identificando-se. As diferentes emoções no rosto do grupo, o interesse em ajudar, procurar informações, relatar fatos acontecidos com vizinhas, parentes, amigas ficaram evidentes. Utilizaram como fundo musical: Maria da Penha, cantada por Alcione. Em outro momento, reuniram-se as mulheres em pequenos grupos onde listaram todas as variações conhecidas de violência sexual, física, psicológica, econômica e institucional. Novo debate com fundo musical: Maria Maria, de Renato Teixeira. Durante todo o debate ou encenação, a ACS foi jogando no chão, colando em paredes, espelhos ou árvores, placas com todas as palavras dos tipos de agressões relatadas pelo grupo. No final, elas se surpreendem com a coragem de terem verbalizado tantas situações por elas vividas.

Em relação aos resultados alcançados, observou-se que desde o início do trabalho um número crescente de mulheres têm procurado o serviço de saúde, relatando dentro dos consultórios as agressões sofridas e procurando os ACS em busca de auxílio. Do mesmo modo, as denúncias nas delegacias e postos policiais aumentaram, e a solicitação por exames clínicos e preventivos tornou-se rotina para essas mulheres.

“O Agente de Saúde está cada vez mais integrado dentro da comunidade, aumentando sua função de liderança, responsabilidade com o bem-estar da população. Aprendeu-se com este trabalho que em grupo e com todos fazendo a sua parte poderemos vencer mais esse desafio. Trabalhar com mulheres que sofrem violência doméstica ou social requer paciência, respeito, disciplina, confiança e ética de toda a equipe” (LUCAS; SILVA, 2008).

4.3 Atenção integral à saúde da mulher na Atenção Básica

A experiência relatada pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Urupema – SC descreve as ações desenvolvidas pelos profissionais ESF/NASF para aumentar junto à população do município o índice de cobertura dos exames citopatológicos de colo uterino em mulheres entre de 25 e 59 anos. A ação foi denominada Elas + Belas.

Num trabalho de equipe, analisou-se a situação atual da saúde da mulher no município, constatando-se um baixo índice de cobertura de exames citopatológicos de colo uterino, elevada prevalência de transtornos mentais comuns (depressão), baixa autoestima e ausência de atividades de lazer. Após discussão, a equipe realizou a ação que consistiu em um sábado por mês, voltado para o público feminino, desenvolvida na sede do município e nas comunidades do interior. Criou-se um ambiente acolhedor com respeito e privacidade, tendo em vista que, para muitas mulheres, o exame ginecológico ou simplesmente a coleta do *papanicolau* ainda causa constrangimento e preocupação. Nesta ação, buscou-se envolver o público com a magia dos cuidados da beleza, dicas de maquiagem, cabelo e moda e uma foto delas do antes e do depois da participação do “espaço beleza”.

A amostra da população feminina com idade de 25 a 59 anos, no período de agosto de 2009 a julho de 2010, era de 668 mulheres, e a quantidade de exames citopatológicos realizados no mesmo período foi de 128 procedimentos, caracterizando 19% da população. Após o desenvolvimento da ação Elas + Belas, foram realizados 346 exames citopatológicos no período de agosto de 2010 a julho de 2011, totalizando 52,5% da população. Dados dos referidos anos retirados do SIAB em 2011.

Segundo os autores, a equipe relata que com esta ação oportunizou uma prática de atuação interdisciplinar com ações na prevenção das doenças e na promoção da saúde com desenvolvimento de práticas humanizadas e ampliação da formação de vínculo com a comunidade.



Leitura Complementar

LUCAS, V. G.; SILVA, M. C.da. Violência Contra a Mulher. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_premiados_internet.pdf>.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, buscamos apresentar exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Busca-se com isto, reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar, em que, cada vez mais, o profissional da ESF conta com o apoio de outros profissionais que integram os demais serviços de atenção à saúde, seja na assistência, seja educação permanente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P.; STOTZ, E. N. A educação popular na Atenção Básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, Botucatu, v. 8, n.15, p. 259-274, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2012. Acesso em: 20 maio 2012.

LUCAS, V. G.; SILVA, M. C. da. Violência Contra a Mulher. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família**: trabalhos premiados. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_premiados_internet.pdf>. Acesso em: 12 maio 2012.

OLIVEIRA et al. Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. **Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 21, out./dez, 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/download/325/387>>. Acesso em: 12 maio 2012.

PAGANI, C. M. et al. Elas + Belas: um relato de experiência na assistência à saúde da mulher. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, Florianópolis, 6. ed., dez. 2011 p. 13-18. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 12 maio 2012.

SÍNTESE DO MÓDULO

Neste módulo você teve a oportunidade de rever a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e de refletir sobre a influência exercida pelo movimento social de mulheres para a construção das atuais políticas de saúde e para a reorientação do modelo de atenção, ampliando o entendimento do processo saúde-doença. Neste contexto trouxemos aspectos importantes, como a identificação das ações relacionadas ao acompanhamento da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e no período do climatério e da menopausa. Finalizamos trazendo exemplos de trabalho interdisciplinar na Atenção Básica e da prática profissional fundamentada na integralidade do cuidado.

Esperamos ter contribuído para ampliar ainda mais sua prática profissional na Saúde da Família!

AUTORES

Daniela Lemos Carcereri

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1991) e doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente, é professora, classe Adjunto, nível III, do curso de graduação em Odontologia e professora responsável pela área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: educação odontológica, saúde da família, atenção à criança com fissura labiopalatal, integralidade e interdisciplinaridade em saúde.

<http://lattes.cnpq.br/2680120470556112>

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), especialista em Enfermagem em Saúde do Adulto, UFSC, (1981) e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, MEC/FIOCRUZ (2006). É mestre em Assistência de Enfermagem (1991) e doutora em Enfermagem, na área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (2004). Exerce suas atividades docentes no Departamento de Enfermagem da UFSC desde 1977. Atualmente, é Professora Associada II, DE, sendo docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Consultora do Ministério da Saúde, Área da Criança e Aleitamento Materno, de 1993 a 2005. É credenciada como consultora internacional em Aleitamento Materno pelo *International Board of Lactation Consultant Examiners*. É membro efetivo da International Baby Food Action Network desde 1993. É líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido - GRUPESMUR PEN/UFSC. É credenciada pelo MS/UNICEF como avaliadora da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem na Saúde da Mulher e da Criança, atuando principalmente nas seguintes subáreas: amamentação, alimentação infantil, hospital amigo da criança, iniciativa unidade básica amiga da amamentação, mulher e trabalho, HIV/Aids e amamentação, gestão em saúde, enfermagem onco-ginecológica, educação em enfermagem, filosofia em enfermagem, fenomenologia e processo de viver humano.

<http://lattes.cnpq.br/2011865930547809>

Heitor Tognoli

Médico graduado pela UFSC (2004), mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família pela Universidade do Vale do Itajaí (2006), especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde pela Fiocruz (2006), e doutorando em Saúde Coletiva na UFSC. Atualmente, é coordenador e professor da disciplina de Medicina Familiar e Comunitária da Universidade do Vale do Itajaí, e vice-coordenador do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: educação médica, formação de recursos humanos para o SUS, Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/0924957139162042>

Maria Conceição de Oliveira

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1982), mestrado em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (1996), doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e doutorado em Psicologia Social - Université de Provence - Aix-Marseille I (2001). Atualmente, é professora da Universidade do Planalto Catarinense. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: articulação antropologia e saúde coletiva, sistema cultural de saúde, itinerários terapêuticos, interdisciplinaridade, representações sociais, memória sociocultural, saúde indígena, currículo dos cursos de graduação na área da saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9252439041549829>

Carla Miranda

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003), mestrado em Odontologia, área de concentração: Materiais dentários, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005) e doutorado em Odontologia, área de concentração: Odontopediatria, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Atualmente, é professora substituta (40h) do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando nas disciplinas de Materiais Dentários I e II, Clínica de Baixa Complexidade, Clínica de Urgência, e é supervisora do Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em materiais odontológicos, odontopediatria e clínica odontológica.

<http://lattes.cnpq.br/7303752564219635>

Tanise Gonçalves de Freitas

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002), possui especialização em Atenção Básica e Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (2006), é mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010). Atualmente é pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva da UFSC, enfermeira da Prefeitura Municipal de Florianópolis e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente na área de Saúde da Família e Saúde Coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/2878518544634263>



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina