

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Daniela de Rossi Figueiredo

**CONTRIBUIÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO
À SAÚDE BUCAL: ESTUDO EXPLORATÓRIO COM
PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Florianópolis

2010

Daniela de Rossi Figueiredo

**CONTRIBUIÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO
À SAÚDE BUCAL: ESTUDO EXPLORATÓRIO COM
PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Inês Beatriz da Silva Rath

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Suely Grosseman

Florianópolis

2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

F476c Figueiredo, Daniela de Rossi

Contribuição do cirurgião-dentista na atenção à saúde bucal [dissertação] : estudo exploratório com puérperas e profissionais da equipe de saúde de um Hospital Universitário / Daniela de Rossi Figueiredo ; orientadora, Inês Beatriz da Silva Rath. - Florianópolis, SC 2010. 139 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Inclui referências e quadros

1. Odontologia. 2. Recém-nascidos. 3. Saúde bucal. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Tratamento intensivo neonatal. I. Rath, Ines Beatriz da Silva. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.314

Daniela de Rossi Figueiredo

**CONTRIBUIÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO
À SAÚDE BUCAL: ESTUDO EXPLORATÓRIO COM
PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 26 de maio de 2010.

Prof. Dr. Ricardo de Souza Magini
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra Inês Beatriz da S. Rath
Orientadora
UFSC

Prof^ª. Dra. Suely Grosseman
Co-Orientadora
UFSC

Prof^ª. Dra Zuleica Maria Patrício
Examinadora
UFSC

Prof^ª. Dra Vera Lúcia Bosco
Examinadora
UFSC

Prof^ª. Dra. Clarice Bissani
Examinadora
UFSC

Dedico à minha família, fonte de eterno amor. Obrigada pela paciência e respeito durante todas as fases de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer:

a Deus, fonte de eterna inspiração para qualquer desafio da minha vida;

aos meus queridos pais Wilson de Rossi e Maria Inês A. de Rossi, maiores exemplos de honestidade e sabedoria e, mesmo que, à novecentos quilômetros de distância, obrigada pela presença constante e apoio, meu eterno amor e gratidão por tudo;

a Alci Ruiz Figueiredo, grande companheiro e grande amor, que me apoiou, compreendeu e estimulou neste sonho;

aos meus irmãos Wilson de Rossi Júnior e Gustavo de Rossi e à minha cunhada Lígia M. R. Remaeh pela grande amizade;

às minhas sobrinhas Sabrina e Letícia que tornaram-se, motivo de alegria e descontração, durante elaboração deste trabalho;

à Prof^a. Dr^a. Inês Beatriz Rath (Lady), minha orientadora, amiga, confidente, que acreditou em mim e entendeu todos os meus anseios, com muita paciência;

à Prof^a. Dr^a. Suely Grosseman (Fadinha), pela confiança, atenção, apoio e ajuda tão valiosa para meu trabalho, grande amiga;

ao Prof. Dr. Cláudio José Amante, meu orientador anterior, por ter sido o criador da idéia e ter confiado em mim;

à Prof^a. Dr^a. Vera L. Bosco, pela ajuda, amizade verdadeira e sincera;

à Prof^a. Dr^a. Zuleica M. Patrício, por me permitir conhecer a verdadeira metodologia qualitativa;

aos Professores da área de Odontologia em Saúde Coletiva, grandes estimuladores de um trabalho além do céu da boca, em especial à Prof^a. Dr^a. Daniela L. Carcereri;

aos trinta e um sujeitos que participaram da minha pesquisa;

aos amigos do mestrado, Gianina S. Mattevi, Denise S. Mussi, Ana Luiza de Souza e Paulo H. Ferreira, pelas grandes trocas de conhecimento, amizade e companheirismo;

à Cinthia M. R. Remaeh, pela contribuição na correção ortográfica deste trabalho;

à Deise A. Giovanini, pela elaboração do abstract;

à tia Lúcia A. Giovanini, pelas orações e palavras de conforto;
aos tios Francisco, Iraci, João, Arlete, Luiz, enfim toda minha família, pelo apoio incondicional;

à minha Sogra Sônia Ruiz Figueiredo, cunhadas e cunhados, pelo apoio e carinho e, ao meu sogro Darci Prado Figueiredo (*in memoriam*) minha eterna admiração e saudade;

à Diretoria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, por permitir a realização deste estudo;

à todos os funcionários da pós-graduação em Odontologia da UFSC, em especial Ana Maria V. Frandolozo;

aos componentes da banca, pela valiosa contribuição no julgamento deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Considerando que a promoção da saúde para o recém-nascido, a qual inclui a saúde bucal, deve iniciar-se no período neonatal, o objetivo do artigo foi conhecer a percepção de puérperas e profissionais sobre a contribuição do Cirurgião-Dentista na atenção à saúde bucal dos recém-nascidos. Método: pesquisa qualitativa de caráter exploratório, com sete puérperas da Unidade Neonatal, nove puérperas do Alojamento Conjunto e quinze profissionais da Equipe de Saúde de ambas as unidades do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, UFSC, Florianópolis, SC, realizado de abril de 2008 a novembro de 2009, por meio de observação participante e entrevistas semi-estruturadas, registradas em diário de campo e gravador, respectivamente. A análise dos dados seguiu princípios do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (Análise-Reflexão-Síntese). Enquanto muitos participantes consideraram importante a orientação sobre os cuidados em saúde bucal, desde o período neonatal para melhor prevenção aos agravos à saúde, alguns acreditam que a atuação do Cirurgião-Dentista só é necessária após o nascimento dos dentes. As puérperas relataram almejar a atenção a sua própria saúde bucal. As experiências passadas citadas revelam que a antiga realidade assistencial da Odontologia era das extrações e/ou mutilações dentárias. Os profissionais de saúde apontaram aspectos da relação multiprofissional e interdisciplinar na promoção da saúde integral do ser humano, assim como, a importância da integração da atenção à saúde bucal no Hospital. Conclui-se que, para que a atenção à saúde bucal torne-se adjuvante na promoção de saúde geral no Hospital, há necessidade de mudanças na formação do Cirurgião-Dentista, das práticas de trabalho no Sistema de Saúde e valorização da abordagem interdisciplinar.

Palavras-chave: Recém-nascido; Saúde Bucal; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Considering that health promotion for newborn babies should begin in the neonatal period, and the fact that this includes dental health, the objective of this research to reveal the perception of post-partum women and health professionals about the contribution of Dentists to the care of newborn babies' dental health. Method: descriptive exploratory investigation within a qualitative approach, with seven post-partum women at the Neonatal Unit, nine post-partum women during rooming-in care and fifteen professionals from the Health Teams of both units at Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), Florianópolis, SC. This study was carried out from April 2008 to November 2009, by means of the participant observations and semi-structured interviews, which were registered in field-notes and recordings, respectively. Data analysis was based on the principles from the Ecological and Holistic Care Reference (Analysis-Reflection-Synthesis). While many participants considered the guidelines for dental health care starting at the neonatal period important for better prevention of health problems, many believed that the Dentist's assistance was only necessary after teething. Post-partum women reported their intention of taking care of their own dental health. Past experiences have shown that old former care reality of Dentistry was extractions and / or dental mutilations. The health professionals pointed out some aspects of the multi-professional and interdisciplinary relationship in the promotion of human being's health in an integrative fashion, as well as the importance of the integration of attention to dental health at the Hospital. To sum up, it has been concluded that there is a need for change in Dentists' Education, in addition to changes in working practices in the Health System and the valorization of an interdisciplinary approach, in order to establish dental health in the promotion of general health at the Hospital.

Keywords: Newborn; Dental Health; Qualitative Research.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Possibilidades de atuação do Cirurgião-Dentista na Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto.....	61
Quadro 2 - Cuidados com a saúde bucal do RN	62
Quadro 3 - Orientações de saúde bucal durante puerpério.....	63
Quadro 4 - Expectativas das puérperas para a saúde bucal do RN; Expectativas da Equipe de Saúde para o serviço do Cirurgião-Dentista	64
Quadro 5 - Conhecimentos dos participantes sobre saúde bucal; orientações de saúde bucal recebidas, pelas puérperas, durante pré-natal.	65
Quadro 6 – Práticas em relação à saúde bucal dos participantes	66
Quadro 7 – Experiências com Cirurgião-Dentista durante a vida e percepção sobre as experiências pelos participantes; Percepção dos participantes sobre acesso das puérperas ao Cirurgião-Dentista no Sistema de Saúde.....	67
Quadro 8 - Significados atribuídos ao Cirurgião-Dentista e à Assistência Odontológica	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSH - Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos
HU/UFSC- Hospital Universitário Ernani Polydoro de São Thiago
PMF- Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNHAH- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RN – recém-nascido
RNT- recém-nascido a termo
RNPT- recém-nascido pré-termo
RNBP- recém-nascido baixo peso
SN- Sucção Nutritiva
SNN- Sucção não-nutritiva
SUS- Sistema Único de Saúde
SM- *Streptococcus mutans*
VO- Via Oral
UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
2. JUSTIFICATIVA	29
3. OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo Geral	32
3.2 Objetivos Específicos	32
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:	33
4.1 A atenção à saúde bucal dos RNs.....	33
5. METODOLOGIA	48
5.1 Tipo de estudo	48
5.2 Conhecendo as Unidades: Neonatal e Alojamento Conjunto.....	49
5.3 Participantes	51
5.4 Aspectos éticos da pesquisa	51
5.5 O Processo de Levantamento, Registro, Análise e Devolução dos Dados	52
5.5.1 Entrando no campo.....	52
5.5.2 Ficando no campo	56
5.5.3 Saindo de campo - processo de análise final dos dados e apresentação dos resultados para os participantes.....	57
6. RESULTADOS	59
6.1 Caracterização das puérperas e profissionais da Equipe de Saúde..	59
6.2 Apresentação dos Resultados	60
6.2.1 Percepção dos participantes sobre as possibilidades de atuação do Cirurgião-Dentista no Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal.....	69
6.2.2 Cuidados com a saúde bucal do RN	71
6.2.3 Orientações de saúde bucal durante puerpério	73

6.2.4 Expectativas das puérperas para a saúde bucal do recém-nascido.	75
6.2.5 Expectativas da Equipe de Saúde para o serviço do Cirurgião-Dentista no Hospital	76
6.2.6 Significados atribuídos ao Cirurgião-Dentista e à Assistência Odontológica	77
6.2.7 Conhecimentos dos participantes sobre saúde bucal	79
6.2.8 Orientações de saúde bucal recebidas pelas puérperas, durante pré-natal	81
6.2.9 Práticas em relação à saúde bucal	82
6.2.10 Experiências com o Cirurgião-Dentista durante a vida e percepção sobre as experiências para os participantes	84
6.2.11 Percepção dos participantes sobre o acesso das puérperas ao Cirurgião-Dentista no Sistema de Saúde	85
7. DISCUSSÃO	87
7.1 Contribuição do Cirurgião-Dentista na saúde bucal do RN	87
7.2 Experiências com a assistência odontológica e seus significados	90
7.3 Das práticas em saúde bucal realizadas às planejadas	96
7.4 Equipe multiprofissional e possibilidades da interdisciplinaridade na promoção da saúde integral do ser humano.	100
8. REFLEXÕES FINAIS	105
9. REFERÊNCIAS	108
APÊNDICES	129
ANEXOS	134

1. INTRODUÇÃO

As reflexões das Conferências Nacionais de Saúde Bucal trouxeram um avanço para as discussões sobre a importância da saúde bucal. Nessas conferências foram abordados temas como o diagnóstico epidemiológico da Saúde Bucal contemplado nas relações com o social, o econômico, político e ambiental, sobre a necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde e a efetiva inserção da Saúde Bucal e, de todos os recursos odontológicos no SUS para o acesso efetivo, universal e de qualidade (NARVAI, 2006).

Serra (2001) entende que a mudança de enfoque sobre o papel da Equipe de Saúde bucal e a criação da atenção primária à saúde e coletiva foram variáveis que facilitaram a implementação de políticas de saúde bucal. Ainda, segundo o autor, a programação de saúde bucal nas Unidades de Saúde tornou-se parte integrante da pediatria, ginecologia, grupo de gestantes e odontologia para bebês, entretanto essas iniciativas foram possíveis apenas pelos profissionais interessados e tornou-se um espaço aberto a novas dimensões da integralidade das ações.

As reflexões éticas surgem para se construir propostas possíveis de serem implantadas, estabelecendo prioridades, adequados recursos humanos e responsabilização, e a frase "Saúde, direito de todos, dever do estado", deve se transformar numa verdadeira dimensão ética e social, buscando o alcance da cidadania (GARRAFA, 2003).

Atualmente, uma tentativa de integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, tem revisado práticas assistenciais voltadas para a abordagem familiar (BRASIL, 2006). Bernd *et al* (1992) acreditam que se deve trabalhar a construção de uma prática odontológica que abandone posturas profissionais autoritárias, numa constante abertura a novos saberes.

Para Patrício (1995), o modelo biomédico deverá ser integrado num sistema amplo de assistência à saúde e a enfermidade humana vistas numa interação corpo, mente e meio ambiente, e, tratadas em ampla perspectiva. Apontar alternativas na resolução dos problemas atuais a partir da identificação dos problemas considerando os significados, valores, crenças e aspirações das pessoas.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) se caracteriza por um conjunto de ações integradas que visa mudar exponencialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições, refletindo um desejo, por parte

das organizações de saúde e dos usuários, de um novo modo de ser e fazer, pautados no respeito à vida humana (BRASIL, 2000).

Nos últimos tempos, os trabalhos e pesquisas se voltaram aos fatores de risco e às influências sobre a infecção bucal (SALLUM; MARTINS; SALLUM, 2004; WILLIAMS; PAQUETE, 2005).

A cárie precoce é um problema significativo de saúde pública em diversos países (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2000; BERKOWITZ, 2003; BROWN *et al*, 2006). Assim, para Chan, Tsai, King (2002), uma melhor compreensão dos conhecimentos, crenças e práticas da família deve contribuir para a formulação de estratégias preventivas mais eficazes em benefício da condição bucal do recém-nascido (RN) e das suas mães e cuidadores.

O acompanhamento do recém-nascido pré-termo (RNPT) deve ser realizado desde a alta hospitalar até o fim da adolescência. A equipe multidisciplinar, envolvida no ambulatório para prematuros, deverá ser constituída de Neonatologista, Neurologista Pediátrico, Oftalmologista, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Psicóloga, Cirurgião-Dentista, Dermatologista, Nutricionista e Assistente Social (UNIFESP, 2008).

Para a American Academy of Pediatric Dentistry (2009) e National Institute of Dental and Craniofacial Research (2001), as recomendações na melhoria da saúde bucal englobam, também, a saúde bucal perinatal e infantil e a odontologia perinatal. A presença do Cirurgião-Dentista em ambiente hospitalar poderá abrir novas possibilidades de serviço, além das cirurgias, devendo ser entendida como a presença de um profissional, dentro da equipe multiprofissional, que cuidará de uma parte integrante do corpo, no caso, a boca (RIBEIRO *et al*, 2004). Por outro lado, a interação entre Médico e Cirurgião-Dentista deverá resgatar uma formação mais homogênea e voltada para o tratamento holístico do ser humano, excluindo a mentalidade fragmentada das especialidades (TIRELLI, 2004). Para a Canadian Dental Hygienists Association (2007), estas novas oportunidades podem focar a relação saúde bucal e avaliação geral de saúde, capacidade de liderança, desenvolvimento de políticas, vigilância e programas de promoção de saúde.

O United States Department of Health and Human Services (2003) afirma que a saúde bucal é mais do que dentes saudáveis, as doenças e distúrbios bucais, associados a outros problemas de saúde, afetam a saúde e o bem-estar ao longo da vida.

Os aspectos do processo saúde e doença envolvem fenômenos de caráter objetivo e subjetivo. O caráter subjetivo envolve a cultura e a crença das pessoas (BERND *et al*, 1992). Por isso, promover saúde seria

levar em conta aspectos objetivos e subjetivos de maneira efetiva, confrontando saberes populares com o científico. Assim, também, a prática da Odontologia integral implica uma Odontologia educativa, na qual se considera o ser humano no seu caráter biopsicossocial e dotado de valores e condutas determinadas culturalmente (ROBLES, 2005).

Para Bijella (1999), a compreensão da saúde bucal pela população deve favorecer a mudança de comportamento do indivíduo, tornando-se muito além de uma transmissão de conhecimento, mas sim, em uma mudança de atitude exteriorizada por uma mudança comportamental. Assim, a autora define a percepção como o modo pelo qual o indivíduo vê de uma forma simbólica pessoas, situações e objetos, compreendendo a sociedade e a realidade objetiva em que vivem. Essas impressões sensoriais ou subjetivas podem ser modificadas por fatores objetivos vivenciados, tais como educacionais, culturais, históricos e econômicos.

Estudos qualitativos contribuem na perspectiva do compreender significados, o que para Bogdan; Biklen (1994) é de importância vital na abordagem qualitativa, na qual nada é trivial. A abordagem qualitativa traz um modo de entendimento do mundo e das asserções que as pessoas têm sobre o que é importante e o que é que faz o mundo funcionar. Para Minayo (2004), a metodologia qualitativa não se preocupa em quantificar, mas explicar relações sociais apreendidas através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum.

Desta forma, neste estudo cujo título foi “Contribuição do Cirurgião-Dentista na atenção à Saúde Bucal: estudo exploratório com puerperas e profissionais da Equipe de Saúde de um Hospital Universitário” optou-se pela abordagem qualitativa segundo Lüdke; André (1986), Bogdan; Biklen (1994) Minayo (2004) e, princípios do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (PATRÍCIO, 1995) para a análise dos dados. Para este referencial a visão holística refere-se à complexidade da realidade, a complementaridade dos opostos e a diversidade das necessidades individuais e coletivas do ser humano e o ecológico refere-se ao mundo como uma rede de fenômenos interligados e interdependentes. Para a autora mesmo com a amplitude desta abordagem não é possível compreender toda a complexidade da vida e dos fenômenos particulares, mas sim, compreender um dado fenômeno através de suas múltiplas dimensões e conexões. Para análise dos dados o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico preconiza a Análise-Reflexão- Síntese, na qual categorias e temas devem emergir a partir dos dados confrontados. Neste estudo diversas categorias e temas emergiram no sentido de compreender a contribuição do Cirurgião-Dentista nas

Unidades Neonatal e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da UFSC, Florianópolis, SC (HU/UFSC).

A estrutura deste estudo compõe-se de justificativa, objetivos gerais e específicos, fundamentação teórica, metodologia, resultados, discussão e reflexões finais e serão apresentados a seguir.

2. JUSTIFICATIVA

Nos últimos tempos surgiram reflexões sobre o significado da promoção de saúde integral do ser humano em todas as fases de sua vida, incluindo assim, o RN e sua família. Pensando na integralidade das ações em saúde, esse trabalho se justifica por pretender identificar junto aos participantes as possibilidades de ações do Cirurgião-Dentista para a atenção em saúde bucal do RN nas Unidades Neonatal e Alojamento, assim como identificar junto às puérperas como os conhecimentos em saúde bucal foram construídos no pré-natal e após o nascimento do RN e, identificar junto aos profissionais da Equipe de Saúde dessas Unidades, as orientações às puérperas sobre saúde bucal.

Segundo Planejamento Estratégico do HU/UFSC, Plano 2012, existe uma necessidade de assistência odontológica integrada aos seus diversos setores (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2006). Apesar da presença do Fonoaudiólogo, Nutricionista, Médico Obstetra, Enfermeiro, Assistente Social e Psicólogo, voltados para o cuidado com a saúde dos RN e de suas famílias, esse trabalho observou a inexistência de profissionais da área da Odontologia complementando a equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Sabe-se que a Odontologia se compõe em um importante segmento das profissões de saúde, uma vez que a boca, um órgão de grande importância para funções vitais como nutrição, mastigação, digestão, fala, e da aparência física hoje valorizada por permitir ao indivíduo uma melhor relação em seu meio social e com a qualidade de vida (COSTA, 2004).

Segundo a World Healthy Organization (WHO, 2003), é de fundamental importância o planejamento e avaliação nas atividades preventivas e de promoção da saúde bucal, no sentido de desenvolver programas visando melhorar a qualidade dos sistemas de saúde incluindo a saúde bucal. Acrescenta, ainda, que a redução de riscos para a doença só é possível se os serviços são orientados para os cuidados primários de saúde e prevenção, enfatizando nos comportamentos de risco modificáveis, ou seja, práticas de higiene bucal, consumo de açúcares (quantidade, frequência de ingestão, tipos) que podem não só afetar negativamente o estado da saúde bucal, expresso por alterações clínicas visíveis mas também, o impacto sobre a qualidade de vida.

Apesar da diminuição dos índices mundiais de cárie em crianças, ela ainda representa uma doença relevante. Roncalli (2006) afirma que, no Brasil, em função de um processo tardio para declínio da cárie, essa

doença ainda se mostra preocupante e, segundo dados do levantamento epidemiológico de saúde bucal, Projeto SB Brasil (BRASIL, 2004), 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças até os cinco anos de idade.

A American Dental Association (ADA, 2000) recomenda a atenção e o atendimento odontológico para crianças até 12 meses de idade juntamente com a educação para os pais e cuidadores na prevenção da cárie precoce.

A atenção à saúde bucal deve ser iniciada em uma idade precoce, preferencialmente no primeiro ano de vida, assim como o ponto central deve ser o enfoque preventivo para perpetuar a saúde bucal dos RN, sendo importante a educação dos pais, responsáveis, avós, obstetras, pediatras (VILELA *et al*, 1996; ARIAS; BRANDÃO; NOGUEIRA, 1997; CÔRREA, 1998; AGUIAR; SANTOS; BÖNECKER, 1999; FLÓRIO; PEREIRA, 2003; REZENDE; COSTA; CARDOSO, 2004).

A transmissibilidade de bactérias, pela família ao RN, e suas consequências na doença cárie e periodontal deve ser considerada. Proporcionar a formação de educação e serviço em saúde bucal para unidades de terapia intensiva e estimular cuidados prolongados são aspectos importantes. Ganho interprofissional, colaboração e comunicação promovendo o cuidado intensivo nos hospitais (CANADIAN DENTAL HYGIENISTS ASSOCIATION, 2007). Assim, numa perspectiva integral e multiprofissional, o RNPT deverá receber assistência institucionalizada da equipe interdisciplinar, segundo conceitos atualmente reconhecidos de promoção de saúde, assim como a sua família (BRASIL, 2002; WALDOW, 2007).

Como já mencionado e segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (2009) e National Institute of Dental and Craniofacial Research (2001) a Odontologia perinatal seria um dos alicerces para a educação preventiva e de cuidados dentários, aumentando a possibilidade de uma criança ter uma vida livre de doenças bucais. Acrescentam, ainda, que a avaliação dos riscos para a saúde bucal em lactentes e RN, juntamente com a orientação preventiva, tem o potencial para evitar o estabelecimento da cárie precoce.

Takaoka (2007) acredita que, além de se determinar um perfil epidemiológico e compreender os fatores etiológicos da cárie, hoje a preocupação maior seria discutir fatores socioculturais, biológicos e comportamentais associados. Possibilidades de um trabalho transdisciplinar que leve a perceber, a conhecer e a atender o RNPT de

uma forma holística irão se traduzir na melhora da qualidade de vida desses pacientes.

Para Ferrini; Marba; Gavião (2007), os cuidados preventivos de saúde bucal voltados ao RNPT, possibilitam o crescimento e o desenvolvimento adequado do sistema estomatognático, sendo evidente a necessidade de atuação multiprofissional.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) tem em seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2000). Uma das prioridades apontadas pela OMS na atenção básica e especializada, relacionada à melhoria dos sistemas e serviços de saúde, baseia-se na avaliação tecnológica de efetividade nas intervenções coletivas e individuais menos invasivas ou não-invasivas (MOYSÉS, 2008).

Receber atenção global à saúde, conforme preconiza um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade, é sair do hospital com melhor entendimento da inter-relação entre saúde bucal e saúde geral, visto que uma não existe sem a outra. Uma vez em casa, poderá ser o agente multiplicador de ações promotoras de saúde no núcleo familiar (FLÓRIO; PEREIRA, 2003; MEDEIROS-JÚNIOR *et al*, 2005).

Rezende; Costa; Cardoso (2004) valorizam a importância da visita neonatal pelo Cirurgião-Dentista, seguida pela consulta pós-natal o mais tardar quatro meses após o parto, como base para a educação em saúde bucal.

Portanto segundo Czeresnia; Freitas (2003) a concepção de saúde não pode estar apenas voltada para a ausência da doença, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida. Promover saúde abrange muito mais que apenas o campo específico do saudável, inclui-se o ambiente numa perspectiva local e global.

Este estudo poderá contribuir, pela fundamentação teórica apresentada, na prevenção em saúde bucal realizada pelo Cirurgião-Dentista no início da vida do RN, assim como, possibilitar subsidiar a educação em saúde bucal para as puérperas gerando autonomia para a promoção da saúde integral e, também, ampliar as relações multiprofissionais e possibilidades interdisciplinares dentro da Equipe de Saúde dos profissionais do HU/UFSC pela inserção do Cirurgião-Dentista.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer a percepção de puérperas e profissionais da Equipe de Saúde da Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago sobre a contribuição do Cirurgião-Dentista à atenção à saúde bucal dos recém-nascidos nessas unidades.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar junto à puérpera, durante puerpério, o que foi recebido de atenção à saúde bucal.
- Identificar, junto à Equipe de Saúde, o que é realizado de atenção à saúde bucal para o recém-nascido.
- Identificar junto às puérperas e Equipe de Saúde, as possibilidades da atenção à saúde bucal que poderiam ser oferecidas aos RN nas unidades estudadas.
- Identificar, junto aos participantes, os significados do Cirurgião-Dentista.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

4.1 A atenção à saúde bucal dos RNs

Algumas associações, tanto de profissionais da saúde quanto da população, agregam atenção à saúde bucal apenas ao combate de doenças. Assim segundo Bijella (1999), uma variedade de fatores torna-se imprescindível e acabam por não serem assimilados, e faz com que não se sensibilize com o verdadeiro intuito da atenção a saúde bucal. Segundo a autora, a importância de se possibilitar percepções à população e aos profissionais sobre a tomada de decisão quanto à saúde, atentando para a prevenção e promoção da saúde.

Moscovici (2007) acredita que a representação social deve ser entendida como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já é conhecido, igualando toda imagem a uma ideia e toda ideia a uma imagem. As representações sociais são meios de criar e recriar a realidade. Através da comunicação, as pessoas e grupos conferem uma realidade física a ideias e imagens, partindo da ideia de que toda realidade é a realidade de alguém, ou uma realidade para algo. As representações sociais emergem não apenas como modo de compreender um objeto particular, mas, também, com uma forma em que o sujeito (indivíduo ou grupo) adquire a capacidade de definição, que é uma das maneiras como as representações expressam seu valor simbólico. Para esse autor, todas as interações humanas entre duas pessoas ou entre dois grupos são representações e não são criadas por um indivíduo isoladamente. As percepções, ideias e atribuições são respostas aos estímulos do ambiente físico ou quase-físico que se vive, o que se diferencia é a necessidade de avaliar objetos corretamente, compreender a realidade, respeitando a autonomia e independência do meio em que se vive. Acrescenta, ainda, que a teoria das representações sociais toma como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos em todas as suas particularidades e tem, como objetivo, descobrir como indivíduos e grupos podem construir um mundo em equilíbrio a partir da diversidade.

Dessa forma, a sociedade e, principalmente a família tem papel fundamental na compreensão de mundo assim como na socialização desse RN. Segundo Berger e Luckmann (2007), o indivíduo nasce com a predisposição para tornar-se membro dessa sociedade, passando pelo processo de socialização, caracterizada esta por socialização primária e secundária. Sendo a socialização primária a primeira socialização que o indivíduo experimenta na infância e tem o valor mais importante, parte

da ideia de que todo indivíduo nasceu de uma estrutura social objetiva, dentro da qual encontra outros significados subjetivos que a incumbem de sua socialização. Para esses autores, a criança interioriza o mundo da família como sendo o mundo e, assim, por exemplo, crianças de classes inferiores, a respeito do mundo social, absorvem essa percepção de classe inferior e, como consequência, irão habitar um mundo grandemente diferente da criança de uma classe superior. A socialização secundária seria então todo processo subsequente de um indivíduo socializado primariamente.

Segundo Grossemann e Patrício (2004), em nossa cultura o grupo social com o qual o recém-nascido se relaciona é a família nuclear e, muitas vezes, a família ampliada. Esse grupo social torna-se responsável pelas experiências concretas (alimentação e proteção) e simbólicas caracterizadas pelas necessidades como amor e prazer. Patrício (1995) afirma que a família é uma unidade prestadora de cuidados de saúde e entende que, dentro do contexto do ser humano, a família representa a interação na qual os indivíduos se relacionam por afetividade, reprodução e necessidade de convívio coletivo. Ela faz parte de um processo social dinâmico, assumindo formas, tarefas e sentidos a partir de crenças, valores e práticas baseados na cultura na qual a família é inserida.

Trabalhar com a família do recém-nascido significa mergulhar no mundo de suas interações, compartilharem conhecimentos e garantir apoio profissional (NITSCHKE, 1991). A inclusão do pai durante a gestação e, também, no puerpério, mostra-se importante para a construção da paternidade para que, assim, o vínculo pai-filho não sofra rupturas e torne-se possível, nesse momento tão especial, a construção dos laços afetivos da família (KLAUS; KENNELL, 1993, p.78). Mas Costa *et al* (1998) e Jokovic; Locker; Guyatt (2004) afirmam que a mãe acaba por assumir a maior influência sobre as decisões de saúde em relação a uma criança.

Delfino *et al* (2004, p.7) entendem que há, culturalmente, uma legitimação do papel feminino na tarefa de cuidar dos filhos, atender a família e cuidar da casa. Essa atribuição cultural dos diferentes papéis, exercidos por homens e mulheres na sociedade, é o que define as suas relações.

A mãe, atenta e conhecedora da saúde de seu filho, sabe reconhecer, pelos sintomas da criança, se está em boa saúde ou doente e distingue-la por um sinal particular, caracterizando a prática médica familiar. Assim, relacionando os problemas mais comuns das doenças bucais, a mãe, conhecendo os sinais e sintomas de seu filho, terá grande

potencial preventivo na redução das doenças ligadas à boca (BOLTANSKI, 1989). Atitudes positivas das mães poderão sinergir para a melhor saúde de seus filhos (COSTA *et al* ,1998).

O processo saúde-doença assume papel fundamental quando se pensa na atenção a saúde, uma vez que se relacionam às experiências vivenciadas em sua subjetividade e as práticas objetivas do tratamento da doença. Segundo Czeresnia e Freitas (2003), saúde e doença são formas pelas quais a vida se revela, relaciona-se a experiências vividas, singulares e subjetivas, impossíveis de serem significadas inteiramente pela palavra. A ocorrência do adoecer e a experiência da doença relacionam-se aos processos de subjetividade vivenciados e à objetividade das intervenções.

O indivíduo avalia as conseqüências do adoecer no momento que se sente incapaz de realizar suas tarefas. A doença surge quando o organismo é modificado, de tal modo, que chega a reações desastrosas no meio que lhe é próprio (CANGUILHEM, 1995).

Centralizar a abordagem profissional na doença, esquecendo da subjetividade no processo saúde-doença, pode desconsiderar importantes aspectos subjetivos do indivíduo e de seu coletivo. Segundo Moysés; Moysés (2006) concentrar-se nos aspectos biológicos dos indivíduos é descuidar da importante influência das famílias, de suas subjetividades, dos agrupamentos sociais e das relações na comunidade, considerar todos esses aspectos permitiria considerar saúde em todos sua multidimensionalidade e oprimiria aspectos apenas relacionados à doença.

Durante a primeira infância, a atenção em saúde bucal dos recém-nascidos necessita estar voltada para aspectos de promoção de saúde bucal, entre eles a prevenção, e em especial da cárie dentária. Presentemente conhecida como uma infecção bacteriana crônica e multifatorial, que se determina pela destruição localizada dos tecidos dentais mineralizados, relaciona-se com tempo, hospedeiro, dieta, micro-organismos. Sua prevenção se baseia em aumentar a resistência do hospedeiro, diminuir o número de micro-organismos, modificar o substrato e reduzir a permanência e frequência de substratos cariogênicos na boca (NEWBRUN, 1990). As clássicas evidências do consumo de alimentos açucarados e carboidratos entre refeições e a frequência desse consumo estão relacionadas ao início e extensão da doença cárie (PINTO, 1997).

Cárie precoce é uma forma virulenta de doença cárie e destrói a dentição primária de lactentes e pré-escolares, através da transmissão vertical ou horizontal do SM e uma exposição prolongada a

carboidratos, resultando em produção de ácido e consequente desmineralização das superfícies dentárias (BERKOWITZ, 2003; BROWN *et al*, 2006).

A relação entre dieta e cárie envolve efeitos locais e sistêmicos. A dieta pode afetar os dentes de duas maneiras: antes e após a irrupção. Antes da irrupção teremos os efeitos nutricionais na formação dos dentes e composição da saliva e, após a irrupção, teremos os efeitos locais do metabolismo dos elementos da dieta na placa bacteriana (PINTO, 1997).

A American Academy of Pediatric Dentistry (2008) reconhece a cárie precoce (ECC) como um significativo problema de saúde pública e incentiva prestadores de cuidados de saúde bucal a programar e implementar práticas preventivas que possam diminuir os riscos de uma criança vir a desenvolver esta doença devastadora.

A doença cárie é o maior problema de saúde bucal no Brasil, sendo responsável pela perda de uma elevada porcentagem de dentes. De natureza multifatorial, ela tem sido um desafio para pesquisadores e clínicos. Abordagens individuais e isoladas têm produzido resultados frustrantes na prevenção da doença (CORREIA, MCAULIFFE, 1999). O clínico precisa entender que ele está lidando com um processo dinâmico de saúde-doença, cujos fatores de ordem local, geral, social, econômica, cultural e ambiental têm participação evidente (OPPERMANN, 1997).

Estudo de Ribeiro; Oliveira; Rosenblatt (2005) sobre a prevalência de cárie precoce na infância, em 224 crianças de João Pessoa, PB, evidenciou que aos 48 meses de idade, em média, 44% já apresentavam cárie dentária.

A American Dental Association (2000) recomenda, ainda, a necessidade de trabalhos envolvendo a comunidade médica e a saúde pública destinados às mulheres, lactentes e crianças, entendendo, na Odontologia, o papel fundamental na formação de profissionais aptos a atuar sobre os fatores de risco para a cárie precoce.

Dentre os fatores de risco está a transmissibilidade bacteriana da mãe para seu RN. A saliva materna é o principal veículo através do qual a transferência de bactérias ocorre. Bebês, cujas mães têm níveis elevados de *Streptococcus Mutans* (SM), apresentam um risco mais elevado para a aquisição no organismo e para o desenvolvimento da doença cárie na dentição primária (BERKOWITZ; TURNER; GREEN, 1981; DAVEY; ROGERS, 1984; BERKOWITZ; JONES, 1985; CAUFIELD; CUTTER; DASANAYAKE, 1993; LI; CAUFIELD, 1995; WAN *et al*, 2001; GOLDIE, 2003; LI *et al*, 2005; LAW; SEOW;

TOWNSEND, 2007; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2008).

Köhler, Andréen, Jonsson (1984) encontraram em seu estudo que 77% das crianças avaliadas, infectadas precocemente por SM, desenvolveram cáries.

Uma abordagem preventiva na assistência Odontológica poderá atrasar ou prevenir o estabelecimento precoce de SM nas crianças. Desse modo, se o nível salivar de SM materno for reduzido, a probabilidade de transmissão para a criança será significativamente reduzida (BERKOWITZ; TURNER; GREEN, 1981; DAVEY; ROGERS, 1984; KÖHLER; ANDRÉEN, 1994).

A presença de SM em crianças de seis meses de idade pode também estar relacionada com fatores como hábitos de sucção de dedos contaminados, contato salivar, divisão de utensílios como bicos e colheres, e por terem sua comida experimentada e/ou resfriada (mediante sopro) anteriormente por um adulto (GUIMARÃES *et al*, 2004).

Segundo Oppermann (1997), mães portadoras de alto número de SM na saliva apresentam hábitos alimentares que se reproduzem para os filhos. Portanto, é de se esperar que seus filhos, com hábitos alimentares semelhantes, também apresentem altos níveis de bactérias “dieta-dependentes”.

Além da relação cárie-transmissibilidade materna, observa-se na literatura que em RNPT, em virtude da interrupção do crescimento pré-natal, o esmalte dentário é anormal em sua superfície e mais fino em comparação ao esmalte de crianças nascidas a termo (RNT) (SEOW, 1997; SEOW *et al*, 2005). A patogênese dos defeitos de esmalte são desarranjos metabólicos que podem resultar de vários fatores sistêmicos associados ao próprio nascimento prematuro, como a hipocalcemia, resultando em distúrbios da formação do esmalte (SEOW, 1997; SEOW *et al*, 2005; TAKAOKA, 2007). Por isso, a importância de detectar os defeitos de esmalte em crianças nascidas prematuramente, pelo fato de permitirem maior acúmulo de placa nesses dentes com hipoplasia e hipocalcificação. Considerando o número elevado de defeitos de esmalte encontrados em RNPT, é esperado que estes tenham mais lesões de cárie do que os RNT. (AINE *et al*, 2000; CAIXETA; CORRÊA, 2005; OLIVEIRA; CHAVES; ROSENBLATT (2006);HOFFMANN; SOUZA; CIPRIANO, 2007; TAKAOKA, 2007).

Outro fator a se considerar é que apesar de necessário o uso dos tubos endotraqueais e laringoscópios em RNPT, foi observado na literatura que, crianças que permaneceram entubadas no período

neonatal, apresentam defeitos de desenvolvimento de esmalte (BOICE; KROUS; FOLEY, 1976; FEARNE *et al*, 1990; SEOW, 1997; SEOW *et al*, 2005; TAKAOKA, 2007).

Portanto no RNPT e/ou RNBP, a higiene deve ser enfatizada e constantemente motivada, pois as alterações estruturais do esmalte dentário propiciam o acúmulo de bactérias cariogênicas e restos alimentares (FERRINI; MARBA; GAVIÃO, 2007).

Machado e Ribeiro (2004) entendem que a determinação do risco de cárie pode permitir uma atuação preventiva mais eficaz e direcionada, com a finalidade de intervir sobre os fatores de risco sobre RNPT/ou de baixo peso (RNBP). Para essas autoras, os cuidados preventivos na Odontologia devem ser intensificados, pois a atenção odontológica precoce levaria à diminuição do desenvolvimento da doença cárie, o que evitaria a destruição precoce da dentição destas crianças.

Walter; Ferelle; Issao (1997) destacam a importância da higienização da gengiva e dentes de crianças e observaram, em crianças acompanhadas no Projeto Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina, PR, no primeiro ano de vida, que o hábito noturno da amamentação desenvolveu uma possibilidade de 9% de cárie. Continuando com o hábito noturno pelos 24 meses de vida, o risco de cárie aumentou para 110%; e se seguir mamando durante a noite, o risco aumentou para 270%.

Para a American Academy of Pediatric Dentistry (2009) e National Institute of Dental and Craniofacial Research (2001), é importante preservar a saúde bucal de lactentes e RN e, assim como potencializar ações para evitar o estabelecimento das doenças bucais.

Compreender a atenção a saúde é também considerar o indivíduo dentro de sua individualidade e coletividade, não se pode deixar de compreender que, no enfrentamento das relações sociais e dos aspectos científicos das doenças, os indivíduos enfrentam intolerâncias do meio em que se vive:

Uma família significa a eventualidade do marido, filho doente, de ir longe comprar o pão, quando se vive sem saber a que horas se come, quando se volta a pé para casa. É aflitivo e difícil obedecer ao profissional. É fácil dizer cuidar, mas tem-se uma casa para cuidar. (CANGUILHEM, 1995, p.159).

Assim, o modo de intervenção das relações saúde-doença deve-se articular com propostas que permitam a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária (PAIM, 2003).

Para Czeresnia; Freitas (2003), faz-se necessário uma mudança no interior da ciência, entendendo a construção de uma concepção de mundo capaz de interferir no enorme poder da racionalidade científica e, assim, construir representações para a realidade. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um estado e, por outro, a singularidade dos sujeitos, o que não pode ser atribuído a apenas uma área de conhecimento e prática.

Dentre as dimensões da atenção à saúde bucal dos recém-nascidos, o estímulo à amamentação também deve ser considerado. O aleitamento materno favorece o desenvolvimento fisiológico das estruturas da cavidade bucal, ao contrário da mamadeira. A influência dos músculos da mastigação, dos lábios e da língua como estimuladores do crescimento ósseo, é de grande importância para o equilíbrio dos arcos dentais. A deficiência nutricional pode implicar alteração do desenvolvimento dos maxilares e da forma e tamanho dos dentes, contribuindo para a ocorrência da má oclusão (LEÃO, 1989).

As funções bucais neonatais de respiração, sucção e deglutição, são aquelas presentes ao nascimento e vitais para a sobrevivência do bebê. A amamentação no peito permite um exercício fisioterápico necessário ao desenvolvimento e funcionamento de todo esse sistema estomatognático (CORRÊA, 1998). Amamentar significa evitar gastos com o Dentista, Fonoaudiólogo e Fisioterapeuta (REGO, 2002).

Durante os processos de crescimento facial ocorrem desequilíbrios de desenvolvimento e mudanças na forma e contorno da face à medida que ela cresce até a fase adulta. Essa é a razão pela qual a criança sofre alterações sequenciais no perfil e proporções faciais, conforme progride o crescimento (ENLOW, 1993).

A partir da assistência integral, preventiva e humanizada, o Cirurgião-Dentista deverá oferecer orientações em relação ao aleitamento materno, desde o posicionamento do RN para a sucção adequada e ingestão do leite, até o entendimento da necessidade da desobstrução do nariz da criança, facilitando a respiração e a sucção (CORRÊA, 1998).

A função da mandíbula é importante na sucção. Nos neonatos, ela se mostra levemente retraída em relação à maxila, retrognatismo fisiológico (ENLOW, 1993). Os movimentos de abaixamento,

protrusão, retrusão e fechamento são fundamentais para uma boa pressão intra-oral (REGO, 2002).

A interação entre o rápido crescimento do esqueleto craniofacial e a maturação do sistema neuromuscular leva a modificações sequenciais e progressivas das funções bucais elementares no RN. A maturação da musculatura e o delineamento da articulação têmporo-mandibular proporcionam maior estabilidade à mandíbula, que sofre movimento de crescimento para baixo e para frente. Os lábios se alongam, selando a cavidade bucal e sua mobilidade se torna mais seletiva. A língua desenvolve movimentos discretos, separados dos lábios e movimentos mandibulares. Esta mobilidade mais independente das partes possibilitará o desenvolvimento da mastigação, fala e expressão facial (CORRÊA, 1998).

A sucção e deglutição já devem estar desenvolvidas ao nascimento de modo que a criança possa se alimentar. A deglutição infantil é caracterizada pelo posicionamento da língua entre os coxins gengivais, mantendo a maxila e a mandíbula, enquanto se completa a deglutição. Com a estabilização da mandíbula mediante contração dos músculos faciais e a interposição lingual, a deglutição é guiada, até certo ponto, pela troca de sensações entre lábios e língua (MOYERS; CARLSON, 1993).

Assim, promover uma assistência integral, humanizada e preventiva, na perspectiva do cuidado, é compreender que a equipe multiprofissional deverá participar intimamente de todos os processos do estímulo à amamentação. O aleitamento materno, considerado como uma prática geneticamente programada, secularmente praticada, além de alimentar o RN, o protege de doenças e da morte, proporciona o contato mãe-filho gerando segurança e menores chances de abandono e violência (REGO, 2002).

Mesmo com suas vantagens e diversos recursos desenvolvidos para facilitá-lo, o aleitamento materno é uma prática pouco valorizada no país (ALVES; SILVA; OLIVEIRA, 2007). Em 2001, os Indicadores do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) demonstraram que o índice de aleitamento materno exclusivo foi de 62,3% no Brasil (BRASIL, 2003).

Oferecer o leite materno o mais precoce possível é ter em vista a qualidade de vida das crianças. Além de suprir as necessidades nutricionais, o aleitamento também proporciona o adequado desenvolvimento das funções orais e melhora as relações mãe-bebê. Para as crianças prematuras, o aleitamento torna-se o maior vínculo da mãe com RN durante a permanência na Unidade de Terapia Neonatal

(FUJINAGA *et al*, 2007). São vantagens do aleitamento materno em prematuros a redução de diversas infecções, além da melhora no padrão cardiorrespiratório durante alimentação no peito (REGO, 2002).

Nos RNPT, a sucção é limitada por características fisiológicas, anatômicas e neurológicas próprias dessas crianças. O reflexo de sucção e deglutição já pode ser observado entre a 13^a e 16^a semanas de vida intra-uterina (CHRISTENSEN; FIELDS, 1998), quando o feto mantém contato com o líquido amniótico, deglutindo-o. Prepara-se, assim, para conhecer e aceitar o sabor do leite materno (REGO, 2002), embora sucção e deglutição não estejam desenvolvidas completamente até a 32^a semana (ENLOW, 1993).

Dentre as técnicas para facilitar a sucção, é utilizada a sucção não-nutritiva (SNN), que se caracteriza pela utilização do dedo enluvado, introduzido na boca da criança, embebido em líquido doce, leite ou solução glicosada, pois a criança já reconhece o sabor doce agradável e tem capacidade de recusar sabores desagradáveis, como o do látex. (REGO, 2002).

Por promoverem alterações nas arcadas dentárias futuramente, Ferrini; Marba; Gavião (2007) entendem que se faz importante o monitoramento, pelo Cirurgião-Dentista, dos hábitos de sucção nutritiva (SN) e SNN instalados nas primeiras semanas de vida dos RNPT e/ou RNBP, devido a possíveis dificuldades de sucção, enfatizando a constante motivação para o aleitamento natural. De acordo com Nowak; Warren (2000) *apud* Ferrini; Marba; Gavião (2007), os hábitos de SNN devem ser desestimulados antes dos três anos de idade.

Assim, após nascimento prematuro, a assistência integral deve ser institucionalizada segundo conceitos atualmente reconhecidos de humanização das práticas e promoção de saúde para a família prematura (WALDOW, 2007). A Equipe de Saúde deverá reforçar na família as atividades de educação em saúde, a conscientização dos pais para se inserir no processo assistencial e desenvolver habilidades para o cuidado domiciliar com o filho (FONSECA, 2002).

Inserido no contexto multiprofissional, o Cirurgião-Dentista deverá assumir o compromisso de educação em saúde. A recomposição da prática sanitária, redefinindo relações sociais e técnicas, se realiza no processo de trabalho, estimuladas pela identificação de novos problemas ou necessidades de saúde (PAIM, 2003). Recompôr uma prática sanitária seria, segundo Santos e Cutolo (2004), combater o assistencialismo originado de um modelo hospitalocêntrico e tutelado pela burocracia estatal, na qual as enfermidades eram priorizadas por questões pontuais em Saúde Pública. Para esses autores, um fator que

influencia diretamente é a formação acadêmica tradicional dos profissionais que, em seus cursos de graduação estáticos e com currículos rígidos, estão pouco conectados com as reais necessidades da população.

Para Freire (2002, p. 92), a percepção do homem e da mulher como seres "programados, mas para aprender" é, portanto, a de ensinar, de conhecer e intervir. A prática educativa traz um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia. Acrescenta, ainda, que a conscientização seja um ato de conhecimento, uma aproximação crítica da realidade e exige que o homem crie sua existência com o material que a vida lhe oferece e, uma das tarefas mais importantes da prática educativa-crítica, é propiciar as condições de assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar. Acrescenta, ainda, que a capacidade de aprender não é apenas para nos adaptar, mas, sobretudo, para transformar a realidade, para nela intervir, recriando-a e a prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende; outro que, aprendendo, ensina.

Briceño-Léon (1996) afirma que a educação, como a arte de utilizar o conhecimento, envolve o trabalho na busca da participação dos indivíduos para alcançar e manter as metas de saúde. Para isso, deve-se conhecer o ser humano e suas circunstâncias e, assim, estabelecer as atividades de saúde. A educação não pode mudar condições objetivas, mas alterar a forma como as pessoas vêem essas condições e, sua ação, poderá ser positiva no sentido de promover a participação e responsabilização individual. Para esse autor, os programas de educação precisam trabalhar a relação das pessoas e o controle da doença, visando não apenas superar resistências dos indivíduos, mas incentivá-los a participar ativamente nas atividades de saúde. Conhecendo o indivíduo, suas crenças e circunstâncias e, assim, propor ações mais eficientes e permanentes na promoção da saúde.

Segundo Bijella (1999), nos trabalhos realizados com o intuito de avaliar métodos motivação/escovação, a população acaba apenas por assimilar a técnica de escovação. Acrescenta, ainda, que é necessário despertar nas pessoas a saúde bucal como parte integrante da saúde, mudando hábitos e práticas, e isso só se consegue com educação. Para resultados positivos, programas educativos devem ser adequados à realidade e ao nível social, cultural, educacional e econômico da população alvo.

Deve-se informar a população sobre a importância e o potencial da prevenção primária no controle e redução das doenças bucais (COSTA *et al*, 1998).

A melhor época para começar o aconselhamento dos pais e estabelecer a saúde bucal da criança é, realmente, antes do nascimento e reforçado após o nascimento. Os cuidados dos pais com a criança, para remoção de microorganismos bucais patogênicos contidos na placa e restos alimentares, resultam na redução da chance de lesões cáries futuras (MACDONALD; AVERY, 1994).

Para Walter; Ferelle; Issao (1997) e Chan; Tsai; King (2002), aspectos importantes deverão ser considerados pelos profissionais de saúde na educação em Odontologia para recém-nascidos, tais como, aleitamento e amamentação, cárie precoce, limpeza da boca, alterações de desenvolvimento, irrupção dental (quando e como), cárie precoce, chupetas e hábitos.

Previamente à irrupção dos primeiros dentes decíduos, é importante que as gengivas sejam massageadas e a cavidade bucal limpa, visando à remoção de restos alimentares (MARTINS *et al*, 1995 *apud* CÔRREA, 1998). Neste sentido, Walter; Ferelle; Issao (1997) afirmam que essa higiene poderia ser realizada com auxílio da dedeira ou gaze ou fralda umedecida em água fervida.

Para Corrêa (1998), as mães devem ser orientadas quanto a medidas profiláticas de limpeza da cavidade bucal do RN depois da mamada, cuidados com as mamas e alimentação adequada.

CRUZ *et al* (2004) avaliaram a percepção de 80 mães, num hospital de Campina Grande, SP, sobre a higiene bucal do bebê, observando que 67,5% das mães não tinham recebido nenhum tipo de orientação de qualquer profissional da área de saúde. Dentre as que receberam, 61% citaram o médico pediatra como agente transmissor. Nenhuma das mães relatou ter recebido informações de um Cirurgião-Dentista. A higiene bucal antes da erupção do primeiro dente decíduo foi realizada por 50,8% das mães e 32,2% das mães utilizavam a fralda, gaze ou cotonete úmidos quando da higiene bucal de seus filhos.

Estudo de Bönecker; Guedes-Pinto; Walter (1997) sobre prevalência, distribuição e afecção dentária, em 548 crianças do município de Diadema, SP, concluiu que 9% das crianças na faixa etária de 0 e 1 ano já apresentavam lesões de cárie. Entre 1 a 2 anos de idade, as lesões aumentaram para 35% e 67% na faixa etária de 2 a 3 anos apresentaram lesão de cárie. Concluíram a importância da atenção à saúde bucal, através de programas educativos, devendo ser iniciada o

mais precocemente possível para prevenir o aparecimento dos sinais e sintomas da cárie.

Aguiar; Santos; Bönecker (1999) estudaram o padrão de higiene bucal de 160 crianças de 0 a 36 meses de idade no município de Vila Velha, ES, concluindo que, aproximadamente 71% dos pais não realizavam higiene bucal dos seus filhos e 62,5% não receberam nenhum tipo de orientação em relação aos hábitos de saúde bucal.

Arias; Brandão; Nogueira (1997) pesquisaram a saúde bucal de crianças de 0 a 36 meses em creches de Belém, PA, observando que, com o passar da idade, o número de cáries aumentou e o primeiro vício instituído pela própria mãe foi o açúcar. As autoras acreditam que a cultura popular determina os hábitos e promove o caminho para a doença multifatorial cárie.

Seguindo nessa perspectiva, as ações educativas em saúde ganham importância pela necessidade da comunicação entre os profissionais de saúde e as famílias, que é a principal estratégia do processo educativo, pois oportuniza a relação das pessoas entre si (AMORIM; VICENTE, 2008).

Briceño-Léon (1996), em “Sete teses sobre educação para a saúde e envolvimento da comunidade”, acredita que a educação não deve ser entendida apenas como um processo de transmissão de informação, mas numa transformação cognitiva plena e comportamental do indivíduo. Ainda, segundo o autor, a atividade educativa deve ser acompanhada de conquistas e realizações obtidas através do esforço e de metas elaboradas, onde o indivíduo sinta-se desafiado, significando um estímulo à inteligência, que não seja tão fácil ou tão difícil que poderia levar ao fracasso. Se o indivíduo trabalha, participa e obtém realizações, essa idéia é reforçada no conjunto esforço e realização.

A atenção à saúde do recém-nascido e da puerpera envolve cuidados desde a gestação até o puerpério, assim a gestação é um importante alicerce para os cuidados perinatais, uma vez que a gestação representa um período crítico no ciclo vital feminino. Não só define as quarenta semanas de formação, desenvolvimento e crescimento do feto, mas também o período de preparação para a maternidade (CORRÊA, 1998).

O pré-natal, sem dúvida, é o período de maior contato entre a população feminina, os profissionais e a instituição. O caráter cíclico das consultas permite uma discussão produtiva, sem atropelos, com intervalo útil para absorção e reflexões. Deve possuir um caráter educativo, desenvolvido na própria sala de espera ou na sala da Gestante e um caráter assistencial, no qual o profissional capacitado deve

acompanhar o desenvolvimento da gestação e o bem-estar materno-fetal (REGO, 2002).

Para Cozzupoli (1981), na gestação a mulher está sujeita a uma série de fatores biológicos e sócio-econômicos que podem intervir na sua gestação, assim como costumes, crenças e preconceitos de um meio social no qual está inserida.

Para Delfino *et al* (2004), a saúde integral na gestação é essencial à vida e ao bem-estar das gestantes e do recém-nascido e relaciona-se aos recursos existentes no contexto dos mesmos e ao atendimento das suas necessidades. As possibilidades de saúde integral na gestação estão na dependência direta dos recursos individuais e dos recursos coletivos e na integração entre equipe interdisciplinar e coletivo da gestante.

A manutenção de uma boa saúde bucal pela mãe deve ser vista de forma integrada à saúde bucal do seu futuro bebê, minimizando a transmissão vertical de micro-organismos patogênicos (ROSELL; POMPEU; VALSECKI, 1999). Manifestações bucais comuns na gestação relacionadas a aspectos fisiológicos da gravidez são a hipersecreção das glândulas salivares, a tendência ao vômito e a maior vascularização do periodonto (KONISHI, 1995).

Modificações do periodonto durante a gravidez são relacionadas às “deficiências nutricionais”, altos níveis de estrógeno e progesterona e presença de placa bacteriana (ROSELL; POMPEU; VALSECKI, 1999). Ainda para esses autores a diminuição do risco de doenças bucais na mãe constitui-se importante medida preventiva na gestação.

Apesar das conferências de Saúde Bucal relacionarem a boca como parte integrante e inseparável da saúde geral, na prática, constata-se que, mesmo com as Políticas de Saúde Bucal vigentes, ainda não existe um atendimento Odontológico pré-natal integral. Crenças e mitos sobre o atendimento odontológico durante a gravidez ainda acompanham as gestantes e dificultam os cuidados com a saúde bucal nesse período (REIS *et al*, 2006).

Dentre os principais fatores de risco para o nascimento prematuro estão características físicas da gestante, idade abaixo de 16 anos e acima dos 35 anos, peso menor de 35 kg e ganho inadequado de peso em cada etapa de gravidez. Além disso, há a hipertensão, pré-eclâmpsia, diabetes, problemas mentais ou neurológicos, doenças infecciosas e anemia grave; fatores ambientais como tabagismo, alcoolismo, uso indevido de drogas e irradiações; condições sócio-econômicas, como alimentação deficiente, condições precárias de saúde, trabalho excessivo, impossibilidade de observação de cuidados de saúde e ausência de assistência pré-natal adequada (LEÃO, 1989).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), entre os nascidos vivos no Brasil, considerando a duração da gestação em semanas, de 32 a 36 semanas ao nascimento, representa 166.246 mil, o equivalente a 5,5% da população (BRASIL, 2007). Em Santa Catarina, para os 82.286 nascimentos vivos em 2004, 6,6% apresentaram nascimento prematuro; 7,7% baixo peso ao nascer. O acesso a consultas pré-natal, sendo de no mínimo seis consultas, conforme recomendado pelo Ministério de Saúde (RIPSA, 2002), foi de 28,8% e o percentual de mães adolescentes em Santa Catarina em 2004 foi de 18,9%, considerando correlação positiva com baixo peso ao nascer e prematuridade e suas implicações diretas no desenvolvimento e crescimento infantil (SANTA CATARINA, 2007).

O fator de risco significa que o fator em questão é parte da causa da doença e uma exposição a ele poderá aumentar a probabilidade da doença ocorrer (WILLIAMS; PAQUETTE, 2005). Para esses autores desde aproximadamente 1989, a Odontologia passou a voltar sua atenção às possíveis relações entre a infecção bucal e o risco para a doença sistêmica do indivíduo.

Jared, Boggess (2008) advertem que a doença periodontal atinge 90% da população mundial. Diversos estudos têm demonstrado que a doença pode ser um fator de risco, pela associação com o nascimento de crianças prematuras e de baixo peso (OFFENBACHER *et al*, 2001; SCANNAPIECO; BUSH; PAJU, 2003; SIQUEIRA *et al*, 2007; JARED; BOGGESS, 2008; AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2009).

Alves; Ribeiro (2006) avaliaram a condição periodontal de puérperas e sua possível associação com nascimentos prematuros e de baixo peso (NPBP). A amostra incluiu 59 mães atendidas em duas maternidades de Juiz de Fora, MG. Dentre essas, 19 tiveram RNBP (idade gestacional menor que 37 semanas e peso ao nascimento menor que 2.500 g – grupo I) e 40 tiveram bebês a termo e de peso normal (idade gestacional maior que 37 semanas e peso ao nascimento maior que 2.500 g – grupo II). O Registro Periodontal Simplificado (RPS) foi utilizado para avaliar a condição periodontal. Os resultados demonstraram uma frequência maior de doença periodontal no grupo I (84,21% – 16/19) em comparação ao grupo II (37,5% – 15/40). Os dados apontaram correlação positiva entre doença periodontal e nascimento prematuro e/ou baixo peso.

Um estudo pioneiro, demonstrando uma associação entre infecção periodontal e resultados adversos na gravidez, foi realizado por OFFENBACHER *et al* (1996), na Universidade da Carolina do Norte,

USA, com 124 gestantes, e demonstrou um risco relativo aumentado em sete vezes de RNPT e RNBP em mulheres com infecção periodontal em relação a mulheres sem sinais clínicos de infecção periodontal. Concluíram que a associação se dá pelo fato da infecção periodontal aumentar o nível das prostaglandinas (PGE2 e TNF- α), acelerando o nascimento antes de a criança adquirir o peso adequado.

Outros trabalhos citam que a terapêutica periodontal em gestantes, reduziu a chance de nascimentos prematuros (LÓPEZ, SMITH, GUTIERREZ, 2002; GAZZOLA *et al*, 2007).

Segundo Antunes; Peres (2006), a prematuridade parece ser mais sensível à presença de doença periodontal nas gestantes, mas deve-se atentar ao fato de que estudos envolvendo prematuridade e baixo peso ao nascer, devem seguir critérios de diagnóstico.

A Periodontite também poderá ser um dos fatores de risco para a pré-eclâmpsia, considerada uma doença multifatorial, devendo-se enfatizar a importância de um periodonto saudável nos programas pré-natais (BARAK *et al*, 2005; SIQUEIRA *et al*, 2008).

Inclui-se, também, segundo Waldow (2007), outros possíveis fatores de risco de prematuridade, tais como, sofrimento neonatal, patologias, separação precoce, violência doméstica, culpa, descontrole emocional, isolamento social, separação parental, desentendimento crônico, alcoolismo, doença crônica, particularmente de um genitor, casal incompleto, morte de ente querido, falta de responsabilidade, falta de diálogo, miséria socioeconômica.

Para Alves e Ribeiro (2006), sendo a doença periodontal um fator de risco associado ao nascimento de RNPT E RNBP, a avaliação do periodonto e a educação para gestantes deve ser incluída nas práticas dos programas pré-natal de atendimento.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Para esse estudo, a abordagem qualitativa foi escolhida, de caráter exploratório e, guiado por princípios da abordagem Holístico-Ecológica no trabalho de campo e análise de dados.

No percurso metodológico, Flick (2004, p.34), afirma que o pesquisador deve descobrir o mundo pelo ângulo dos sujeitos estudados:

As diferentes formas com as quais os indivíduos revestem de significado os objetos, eventos e as experiências formam o ponto de partida central para a pesquisa qualitativa. A reconstrução dos pontos de vista subjetivos torna-se o instrumento para a análise dos mundos sociais.

Minayo (2004) entende que a metodologia específica da pesquisa social é analisada a partir da aproximação das Ciências Sociais aos aspectos mediadores das tecnologias, relacionando teorias e práticas. “O processo de pesquisa consiste na definição e redefinição do objeto” (MINAYO, 2004, p. 97).

Lüdke; André (1986) e Bogdan; Biklen (1994) entendem que na investigação qualitativa, a fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador deverá se inserir nos locais de estudo, compreender seus contextos sem fontes indiretas, entendendo que o comportamento humano é significativamente influenciado pelo contexto que ocorre e, o modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas, num constante diálogo entre o investigador e os respectivos sujeitos para a condução do processo de investigação. Segundo os mesmos autores, os investigadores qualitativos se interessam mais pelos processos do que pelos resultados ou produtos, aliados ao fato de que analisam os dados de forma indutiva e não no intuito de confirmar ou infirmar hipóteses, construídas previamente.

Os investigadores qualitativos não pensam em generalização em termos convencionais, eles estão mais interessados em estabelecer afirmações universais sobre processos sociais gerais do que considerações relativas aos pontos comuns de contextos semelhantes. A preocupação não está em saber se os resultados são susceptíveis de generalização, mas que contextos e sujeitos são susceptíveis a ele. O trabalho para os investigadores qualitativos é o de documentar rigorosamente um determinado contexto ou grupos de sujeitos e é tarefa

dos outros compreenderem como isto se articula com o quadro geral (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Assim Minayo (2004) acredita que a fase exploratória compreende etapa importante da pesquisa qualitativa e compreende na etapa de escolha do tópico de investigação, na delimitação do problema, na definição do objeto, na construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo. Acrescenta ainda que não se deve esgotar enquanto não se delinear o quadro empírico da pesquisa, deve-se prever um processo de inclusão progressiva encaminhada.

5.2 Conhecendo as Unidades: Neonatal e Alojamento Conjunto

Uma descrição física do local do estudo será feita a seguir.

Os locais de estudo foram a Unidade Neonatal e o Alojamento Conjunto da Maternidade do HU/UFSC.

Inaugurado em 1980, o HU/UFSC é localizado na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, e o único de Santa Catarina totalmente público. A Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto localizam-se no segundo andar do HU/UFSC.

A Unidade Neonatal possui quatro salas e dezesseis leitos, nos quais os RN com necessidades de maiores cuidados são acomodados, incluindo RN prematuros e a termo que necessitam de cuidados. Estas salas são:

- Unidades de Cuidados Intensivos para os RNs que necessitam de monitorização rigorosa;
 - Cuidados Intermediários, onde os RN completam seu tratamento e aguardam ganho de peso após a alta da UTI a partir de 1500g;
 - Cuidados Mínimos, quando o RNPT está próximo de receber alta hospitalar;
 - Isolamento, para os RNs assistidos separadamente e que não podem estar em contato com outros RNs.
- A equipe de profissionais é constituída por:
- 35 Técnicos de Enfermagem e/ou Auxiliares de Enfermagem;
 - 09 Enfermeiras
 - 12 Médicos Neonatologistas
 - 01 Psicóloga
 - 01 Fonoaudióloga
 - 01 Assistente Social
 - 01 Nutricionista.

A unidade apresenta um livro de registros onde constam a identificação, data de nascimento, peso, comprimento, idade gestacional, diagnósticos e data da alta hospitalar. Cada RN tem seu prontuário médico individual. Os dados gerais e os diagnósticos são registrados pelo banco de dados do HU/UFSC.

As puérperas de prematuros são alojadas na Maternidade e podem amamentar seus filhos a partir do momento que já estejam sem sonda gástrica e sugando.

O Alojamento Conjunto, também denominado Clínica Obstétrica, tem o objetivo de alojar e permitir o vínculo da puérpera e do pai com o filho. Possui vinte e dois leitos e alojam a puérpera, o RN e um acompanhante. Dentro da equipe multiprofissional encontramos trinta e três profissionais divididos em:

- 09 Enfermeiros
- 02 Auxiliares Administrativos
- 19 Técnicos de Enfermagem e/ou Auxiliares de Enfermagem
- 01 Médico Neonatologista
- 01 Médico Obstetra para as Puérperas
- 01 Médico Obstetra para gestantes de alto-risco
- 01 Psicóloga
- 01 Fonoaudióloga
- 01 Assistente Social
- 01 Nutricionista

Os profissionais da Equipe de Saúde, Psicóloga, Fonoaudióloga, Assistente Social e Nutricionista atuam em ambas as Unidades.

O Alojamento Conjunto recebe, ainda, a visita de uma auxiliar de enfermagem que atua no programa Capital Criança e representante das Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura Municipal (PMF) de Florianópolis, que realiza:

- Primeira vacina;
- Agendamento com o Pediatra da Unidade de Saúde;
- Orientação do Teste do Pezinho;
- Encaminhamento do recém-nascido para o Cirurgião-Dentista da Unidade de Saúde, para as orientações de saúde bucal após trinta dias do nascimento.

Assim como na Unidade Neonatal, a criança tem um prontuário médico no qual consta a data de nascimento, peso, comprimento, idade gestacional, os diagnósticos e data da alta hospitalar. Os dados gerais e os diagnósticos são registrados pelo banco de dados do HU/UFSC.

5.3 Participantes

A amostra constituiu-se de 31 participantes, seguindo critérios de saturação dos dados, divididos em 7 puérperas da Unidade Neonatal, 9 puérperas do Alojamento Conjunto e 15 profissionais da Equipe de Saúde atuantes nessas Unidades, e que foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médico neonatologista, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social e nutricionista.

A escolha dos participantes para este estudo ocorreu concomitante à fase inicial de exploração do campo. A pesquisadora inicialmente havia optado pelo trabalho na Unidade Neonatal, mas nas conversas com os profissionais da Equipe de Saúde que são de ambas as Unidades, foi percebida a necessidade de ampliar o estudo e ouvir, também, as puérperas do Alojamento Conjunto. Pensando na qualidade dos dados, optou-se por puérperas da Unidade Neonatal, puérperas do Alojamento Conjunto e profissionais da Equipe de Saúde dessas Unidades. As puérperas do Alojamento deveriam estar internadas nessas Unidades e as puérperas da Unidade Neonatal acompanhando seu RNPT internado no HU/UFSC. O período médio de acompanhamento das puérperas de RNPT é de um mês e para as puérperas de RN a termo a internação da puérpera e do RN é de 3 a 4 dias. Para a Equipe de Saúde, que se constitui de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médico neonatologista, médico obstetra, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social e nutricionista, a inclusão foi de acordo com a presença ou disponibilidade nas Unidades no dia da entrevista e aceitação para a participação nesse estudo.

5.4 Aspectos éticos da pesquisa

Após a declaração de ciência e aprovação do projeto pelo HU/UFSC (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFSC – CEPESH (Protocolo nº 330/08 FR-229163, 25/11/2008 – ANEXO B) deu-se início ao trabalho de pesquisa.

Na coleta de dados, cada pessoa envolvida recebeu todas as informações pertinentes a esse estudo, conforme as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, que trata dos aspectos éticos da pesquisa científica que envolve seres humanos. Após concordância verbal, foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

O questionário só foi aplicado após explicação dos objetivos e metodologia do estudo com garantia de liberdade de participação, de

desistência, de sigilo e de acesso a todas as informações pessoais, produzidas durante a coleta de dados, assim como, aos resultados da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas em gravador mediante consentimento dos participantes da pesquisa.

5.5 O Processo de Levantamento, Registro, Análise e Devolução dos Dados

Após qualificação do projeto de pesquisa, realizada em outubro de 2008, a fase de coleta de dados foi iniciada e durou oito meses. Para o trabalho de campo e análise dos dados foram utilizados alguns princípios e técnicas do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (PATRÍCIO, 1995; 2004), a qual estabelece especialmente a partir das concepções de Leininger e de Gramsci, a compreensão do ser humano, na sua diversidade, na totalidade individual e coletiva e, na relação com o meio ambiente natural e social. Para o processo de viver saudável deve-se compreender expectativas individuais e coletivas, cultura, valores, crenças, práticas de saúde, condições de desenvolvimento, recursos, enfim sua multidimensionalidade (PATRÍCIO, 1995). Segundo este referencial o trabalho de campo desenvolve-se nos ambientes dos sujeitos e os pesquisadores interagem nos cotidianos onde as circunstâncias de vida acontecem. Três processos devem ser respeitados: “Entrando, Ficando e Saindo do Campo”, assim como para a análise dos dados, os processos de Análise-Reflexão-Síntese (A-R-S).

5.5.1 Entrando no campo

Entrar no campo significa a fase na qual o pesquisador determina o ambiente a ser pesquisado, na qual se aproxima dos sujeitos do estudo e assim reavalia seu projeto de pesquisa, examina as questões do estudo e os instrumentos de coleta de dados. Assim, o pesquisador interage com os participantes, apresenta seu projeto, expectativas, intenções, convidando-os a participar do estudo, seguindo todos os princípios éticos para o desenvolvimento de uma pesquisa. Cria-se, assim, inicialmente, um elo entre pesquisador e participante do estudo (PATRÍCIO, 2004).

Para a coleta de dados utilizou-se da observação participante, da entrevista semi-estruturada e do diário de campo.

A observação participante caracteriza-se, segundo Leininger (1985) *apud* Patrício (2004), como uma observação que tem como objetivo discutir-refletir as situações e as questões que emergiram durante

o desenvolvimento das atividades e, da interação estabelecida neste processo, um diálogo interno é estimulado e assim é gerada uma mudança de conceitos.

Para Haguette (2001) a observação participante se resume em uma importante técnica de coleta de dados, empreendida em situações especiais, não deve ser vista como um instrumento de captação de dados, mas, como instrumento de modificação do meio pesquisado. Para esta autora a observação participante parte da concepção de que a sociedade é construída a partir do processo interativo de indivíduos e grupos que agem em função dos sentidos que o seu mundo circundante e o que representa para eles.

Na investigação qualitativa, as entrevistas são consideradas como meio de recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, na qual o investigador procura assimilar a realidade do investigado sem suas próprias interferências, mas deve o pesquisador desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como sujeitos interpretam aspectos do mundo (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Segundo estes autores, o processo de entrevista requer flexibilidade e desafios, e o que se revela importante é a necessidade de se ouvir cuidadosamente e, assim, reunir partes das conversas, histórias pessoais e experiências, numa tentativa de compreender a perspectiva do participante.

Haguette (2001, p.86) a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas e, do processo de interação deve-se considerar o entrevistador, o entrevistado, a situação da entrevista e o instrumento de captação dos dados e, que cabe ao pesquisador saber distinguir informações de caráter subjetivo das de caráter objetivo, emitidas ao longo da entrevista, onde as subjetivas levam em conta o estado emocional do informante, suas opiniões, atitudes e seus valores. Para a autora, nem sempre as pessoas exibem comportamentos racionais em suas vidas e, por essa razão, o pesquisador não poderá exigí-lo do informante durante a entrevista.

Haguette (1999) *apud* Grosseman (2001, p. 36) salienta que a entrevista semi-estruturada caracteriza-se por partir de questionamentos básicos referentes aos objetivos e pressupostos que interessam ao estudo e oferecem oportunidades para o surgimento de novos questionamentos a partir das respostas dos participantes. Acrescenta, ainda, que permite a descrição, explicação e compreensão dos fenômenos sociais e mantém a presença consciente e atuante do pesquisador, assim como a relevância da situação do investigado.

Patrício (2004) relata que o Diário de Campo tem sido bastante utilizado para registrar dados e já para fazer a primeira fase da análise

dos dados. Numa primeira etapa, notas de campo, que se constitui em dados referentes ao contexto físico, cultural, social e afetivo o mais objetivamente possível. Numa segunda etapa, notas do pesquisador, que são reflexões relativas ao método empregado, ao tema e aos seus sentimentos em relação ao estudo.

Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora procurou compreender quais seriam os melhores momentos para as entrevistas. Com o passar do tempo, em visitas nas Unidades, os profissionais da Unidade Neonatal tornaram-se receptivos às conversas com a pesquisadora, sendo os mais interessados, os técnicos de enfermagem. No Alojamento Conjunto, os primeiros contatos foram difíceis, pois os horários escolhidos foram os de maior movimento dentro dessa Unidade. Desta forma, resolveu visitar as Unidades em períodos vespertinos, após visita dos familiares. Assim, percebeu que, dentro do ambiente na qual se propõe a presença do Cirurgião-Dentista, as entrevistas poderiam ser realizadas.

Procurou, também, encontrar locais e momentos adequados para a entrevista. Uma sala de reuniões no Alojamento Conjunto foi utilizada para a entrevista com os profissionais e o leito para as puérperas. Já, na Unidade Neonatal, as entrevistas com as puérperas foram conduzidas em uma sala utilizada para artesanato para as mesmas e a sala de reuniões, para os profissionais. Para a Unidade Neonatal, as puérperas tinham disponibilidade nos períodos intercalados dos cuidados com o RN (amamentação e banho), que eram de três em três horas. Durante a manhã, após a mamada das oito horas, as puérperas dormiam e seria um ponto negativo acordá-las para a entrevista. Assim, optou-se por entrevistá-las no período da tarde, quando já estavam mais descansadas e, de preferência, após as aulas de artesanato, realizadas às quartas-feiras, que era um momento de descontração e um ponto positivo para as entrevistas. Observou-se, também, que à medida que as entrevistas se realizavam, principalmente com os profissionais, muitas puérperas mostravam-se receptivas e assim os profissionais tornaram-se grandes aliados. No Alojamento Conjunto, procurou-se entrevistá-las próximo da alta hospitalar, ou seja, entre o segundo e o terceiro dia de internação após o parto. Em alguns dias, essas entrevistas foram realizadas após dinâmicas da equipe de enfermagem, no corredor do Alojamento, próximo dos leitos, cuja participação da pesquisadora foi apenas de observação, sem participação e bastante positivo, pois após as dinâmicas, elas estavam bem descontraídas e receptivas às entrevistas. Com a Equipe de Saúde, procurou-se agendar as entrevistas, adequando-se aos horários de trabalho e disponibilidade dos mesmos. Em algumas

visitas, durante a fase exploratória inicial, realizadas na Unidade Neonatal, em conversa informal com alguns profissionais da Equipe de Saúde, foi observada a utilização regular no RNPT do soro glicosado 25% como analgésico e anestésico, previamente a procedimentos dolorosos. Foi perguntado sobre outras possibilidades substitutas do soro glicosado, por ter a glicose um alto *potencial* cariogênico e permitir desenvolvimento de paladar adocicado pelo RN, o que causou certa inquietação entre os profissionais, demonstrada durante a entrevista pelo questionamento sobre “como poderiam atuar sem prejudicar a boca dessas crianças”.

Para a coleta de dados as questões norteadoras iniciais basearam-se no estudo de Robles (2005) que apresentou como objetivo em sua pesquisa, de caráter qualitativo, a percepção sobre saúde bucal das mães de crianças atendidas na clínica de Odontopediatria da UFSC e possuía um roteiro de entrevistas e questões norteadoras, tais como, a experiência da mãe com o atendimento odontológico durante a vida, cuidados com a higiene bucal da mãe e do filho e significados atribuídos à saúde bucal, foi de grande valia para a elaboração das questões norteadoras.

Assim no roteiro de entrevista (APÊNDICE B), constaram dados iniciais relacionados ao local, data e hora. As características do sujeito, no caso das puérperas, se eram mãe a termo ou pré-termo e, dos profissionais, local e a ocupação no hospital eram considerados. E, ainda idade, estado civil, endereço, profissão, escolaridade, renda familiar e número de filhos para todos os participantes.

As questões norteadoras (APÊNDICE B) consideradas nesse estudo e aplicadas em puérperas de crianças prematuras, puérperas de crianças a termo e profissionais da Equipe de Saúde foram: 1) Se houvesse a presença de um dentista, de que forma ele poderia contribuir? 2) Conte quais foram as orientações que você recebeu sobre como você deveria cuidar de sua boca 3) Que tipo de cuidado você faz na boca do bebê? 4) O que o dentista representa para você?

Para a entrevista a pesquisadora, da mesma forma como realizado nas entrevistas do projeto piloto, apresentava-se para as puérperas, expunha verbalmente sobre o estudo, sobre os princípios éticos e as convidava para participar. Estando aceito o convite, era marcado um horário. Para os profissionais de saúde da equipe, o mesmo processo de apresentação era realizado.

5.5.2 Ficando no campo

O ficar em campo representa a fase de coleta de dados propriamente dita e se estabelece pela habilidade do pesquisador em abordar os participantes, propiciando um diálogo reflexivo e de transformação da realidade vivenciada até o momento. Nessa fase, a análise de campo deverá ser iniciada.

Assim, após o momento inicial de conhecimento do campo de pesquisa, que segundo Patrício (2004), significa uma fase de namoro com os sujeitos da pesquisa, procurou-se interagir com os sujeitos, buscando particularidades e possibilidades para a realização das entrevistas. Acrescenta também a importância do encontro entre pesquisador-pesquisado, entre o pesquisador e seu objeto de estudo e entre o pesquisador e o ambiente de forma geral.

Para as primeiras entrevistas do projeto piloto, foram convidadas três puérperas, duas da Unidade Neonatal e uma do Alojamento Conjunto, além de um profissional da Equipe de Saúde dessas Unidades. Verificou-se que alguns termos, comumente utilizados por Cirurgiões-Dentistas, não foram entendidos e, assim, o questionário foi readequado para o entendimento de todos.

Foi utilizado gravador para registro dos dados coletados, assim após a finalização de cada entrevista, a percepção da pesquisadora era registrada. Posteriormente, a entrevista era transcrita para análise. Para garantir o sigilo dos participantes, profissionais da Equipe de Saúde foram denominados de ES1, ES2, ES3,... e, puérperas, P1, P2, P3... .

Na Unidade Neonatal, o primeiro sujeito a ser entrevistado foi uma técnica em enfermagem, que se tornou grande aliada no processo, pois foi a conexão com vários outros profissionais de saúde e puérperas da Unidade Neonatal. Foi-se percebendo, com as entrevistas dos profissionais, que havia comunicação entre eles, principalmente sobre o questionamento da pesquisadora na utilização da solução glicosada, mas o clima era bem harmonioso e a pesquisadora sentia essa interação pelo grande interesse por parte dos profissionais para a pesquisa realizada. As puérperas da Unidade Neonatal mostravam-se receptivas e outras, previamente à entrevista, contavam sobre suas vidas, profissão, gestação, expectativas de saída do hospital, stress e contas a pagar, iniciando um vínculo de confiança com a pesquisadora.

No Alojamento Conjunto, as puérperas, previamente às entrevistas, relatavam a ansiedade pela alta hospitalar. A figura paterna dos recém-nascidos do Alojamento Conjunto, na maioria das entrevistas,

estava presente, participando e iniciando o vínculo familiar com o recém-nascido.

Após entrevista com uma profissional da Equipe de Saúde, a mesma relatou um trabalho de Odontologia realizado na Enfermaria Pediátrica do HU/UFSC e ela enfatizou o quanto seria interessante a presença da Odontologia nas Unidades Neonatal e Alojamento Conjunto.

O processo de análise, segundo a pesquisa qualitativa, deve ser realizada concomitantemente a coleta de dados. Para Bogdan e Biklen (1994, p. 149), os dados referem-se aos materiais em bruto e são os elementos que formam a base da análise, incluindo materiais que os investigadores registram como transcrições de entrevistas e notas de campo. Segundo esses autores, as notas de campo são relatos escritos que o investigador ouve, vê e pensa no desenrolar do estudo e reflete sobre os dados da pesquisa. Acrescentam que, da organização sistemática de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais, os dados descritivos deverão ser dispostos em categorias.

5.5.3 Saindo de campo - processo de análise final dos dados e apresentação dos resultados para os participantes

O sair de campo significa a retirada de campo após finalização da coleta de dados, agradecimentos e possibilidades de retorno para validações, esclarecimentos dos dados coletados aos participantes, bem como, planejar a devolução dos resultados. Representa o finalizar das interações entre pesquisador e pesquisado, podendo significar apenas, despedidas e agradecimentos, ou ainda, retorno para esclarecer dados. (PATRÍCIO, 2004).

Utilizou-se para a análise dos dados dos princípios do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (PATRÍCIO, 1995) que consiste num processo de análise, reflexão e síntese. Na qual a análise, decompõe os dados e, a síntese integra diversas dimensões dos contextos de vida dos sujeitos, buscando-se além das categorias que surgem por meio da razão e sensibilidade, temas emergentes. Assim os dados confrontados deverão permanecer em constante processo de reflexão e dessa integração inicia-se o processo de resultados e discussão, baseados no referencial teórico apresentado e no objetivo geral do estudo.

Uma despedida provisória foi realizada nas unidades estudadas e durante despedida, uma profissional da Equipe de Saúde solicitou à pesquisadora a realização de uma capacitação em Odontologia para os profissionais, visto que no protocolo de atendimento inexistia a atenção à

saúde bucal. A pesquisadora prontificou-se a verificar a possibilidade após finalização do estudo.

O processo de devolução dos resultados do estudo, no contexto das unidades estudadas, será realizado junto à equipe de saúde das Unidades Neonatal e Alojamento Conjunto do HU/UFSC e suas Diretorias, a partir do agendamento em conjunto.

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização das puérperas e profissionais da Equipe de Saúde

As puérperas da Unidade Neonatal entrevistadas tinham idade entre 18 e 34 anos, as do Alojamento Conjunto tinham idades variando entre 22 e 36 anos e os profissionais de saúde entre 26 e 50 anos.

Para o grau de escolaridade entre as puérperas, 3 (19%) possuíam o primeiro grau, sendo uma completo e 2 incompleto; para o segundo grau, 7 puérperas possuíam completo e 3 incompleto, totalizando 10 (63%) puérperas e, 3 (19%) puérperas possuíam terceiro grau, sendo 2 completo e uma incompleto. Entre os profissionais de saúde, 11 (73%) possuíam terceiro grau completo e 4 (27%) segundo grau completo, totalizando os 15 profissionais da Equipe de Saúde participantes.

Dos sujeitos participantes, 60% (9) dos profissionais de saúde eram casados, sendo 6 participantes solteiros. Para as puérperas da Unidade Neonatal, 4 eram casadas, 2 solteiras e uma vivia em União Consensual. No Alojamento Conjunto das 9 puérperas, 4 casadas, uma solteira e 4 em União Consensual.

Quanto à profissão das 16 puérperas, 31% (5) não estavam inseridas no mercado de trabalho e mantinham-se em seus lares. As que exerciam atividade fora do lar, apresentaram profissões que variaram entre arquiteta, revisora de roupas, atendente, auxiliar de sushiman, fiscal de caixa, professora, secretária, operadora de máquina industrial, orientadora de consumo, cozinheira e manicure.

Os profissionais da Equipe de Saúde constituíram-se de uma Fonoaudióloga, uma Psicóloga, uma Assistente Social, uma Técnica de Enfermagem do Capital Criança, todos responsáveis pelas duas Unidades. Além de 4 Enfermeiras (sendo 3 da Unidade Neonatal e uma do Alojamento Conjunto), 3 Técnicas de Enfermagem (2 da Unidade Neonatal e uma do Alojamento Conjunto), 2 Auxiliares de Enfermagem (ambas do Alojamento Conjunto), 2 Médicos (uma da Unidade Neonatal e uma do Alojamento Conjunto).

Quanto à renda familiar das puérperas os salários variaram entre 1,18 e 8 salários mínimos.

Entre as puérperas, 63% (10) eram primíparas. Entre a Equipe de Saúde, 5 profissionais, dos 15 entrevistados, não tinham filhos; 4, apenas um filho e 5 profissionais, 2 filhos ou mais.

6.2 Apresentação dos Resultados

Do processo de análise emergiram categorias que respondiam aos objetivos do estudo, assim como, categorias que surgiram dos depoimentos dos participantes, a partir das questões norteadoras e do processo de entrevista.

As categorias que responderam aos objetivos do estudo foram:

- **Percepção dos participantes sobre as possibilidades de atuação do Cirurgião-Dentista na Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto;**
- **Cuidados com a saúde bucal do RN;**
- **Orientações de saúde bucal durante puerpério;**
- **Expectativas das puérperas para a saúde bucal do recém-nascido;**
- **Expectativas da equipe de saúde para o serviço do Cirurgião-Dentista;**
- **Significados atribuídos ao Cirurgião-Dentista e à Assistência Odontológica;**

As categorias que emergiram dos processos de entrevista e das questões norteadoras foram:

- **Conhecimentos dos participantes sobre saúde bucal e**
- **Orientações de saúde bucal recebidas, pelas puérperas, durante pré-natal;**
- **Práticas em relação à saúde bucal dos participantes;**
- **Experiências com o Cirurgião-Dentista durante a vida e percepção sobre as experiências para os participantes;**
- **Percepção dos participantes sobre o acesso das puérperas ao Cirurgião-Dentista no Sistema de Saúde;**

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA,
PELAS PUÉRPERAS:**

ORIENTAR, EXPLICAR, ENSINAR, INFORMAR:

- SAÚDE BUCAL DO BEBÊ/SAÚDE DA MÃE
 - LIMPEZA BUCAL / GAZE NA GENGIVA
 - SOBRE PRIMEIROS DENTES
 - TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTO
 - O QUE FAZER DESDE O COMEÇO
 - DEDO NA BOCA
 - CHUPETA
- ✓ *PREVENIR*
- DENTES MAL FORMADOS
 - CÁRIE DE AMAMENTAÇÃO
- ✓ *ATENDIMENTO*
- MÃE
 - BEBÊ
- ✓ *PRÉ-ORIENTAÇÃO*
- ENCAMINHAMENTO NO POSTO
- ✓ *NENHUMA*

**POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA,
PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE**

- ✓ *ORIENTAR, EDUCAR, EXPLICAR, ESTIMULAR MÃES E/OU FAMÍLIA*
- SAÚDE BUCAL/ HIGIENE BEBÊ
 - USO DA CHUPETA
 - AMAMENTAÇÃO
- ✓ *PREVENIR*
- CÁRIE
 - PROBLEMAS PERIODÔNTICOS
- ✓ *ATENDIMENTO*
- PACIENTES:
 - FORMA GERAL/ COM PARALISIA CEREBRAL/COM DOR
- ✓ *PRÉ-ORIENTAÇÃO*
- CONSULTA NO POSTO
- ✓ *NENHUMA*

CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL DO RN, SEGUNDO AS PUÉRPERAS:

- ✓ *FEITOS POR ELAS:*
 - NENHUM
 - LIMPEZA AO REDOR DA BOCA E DENTRO
 - GAZE NA GENGIVA

- ✓ *FEITOS POR PROFS DE SAÚDE DA UNN:*
 - NENHUM
 - GAZE NA GENGIVA E AO REDOR DA BOCA

- ✓ *FEITOS POR PROFS DE SAÚDE DO AC:*
 - NENHUM
 - NÃO VIU

CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL DO RN, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

- ✓ *PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL:*
 - LAVAR A BOCA /HIGIENE BUCAL/LIMPA BOCA COM GAZE E ÁGUA:
FREQÜÊNCIA:
 - SEMPRE
 - QUANDO HÁ RESTO DE LEITE
 - ÀS VEZES
 - QUANDO ACHA NECESSÁRIO

 - NENHUMA
JUSTIFICATIVA:
 - NÃO HÁ ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL
 - EQUIPE NÃO É TREINADA

ORIENTAÇÕES DE SAÚDE BUCAL RECEBIDAS, SEGUNDO PUÉRPERAS:

✓ *PARA O RECÉM-NASCIDO:*

- NENHUMA
- RN É MUITO NOVO
- CONSULTA AGENDADA NO POSTO
- LIMPEZA DA GENGIVA
- COMO ESCOVAR OS DENTES
- ACHA QUE VAI TER ORIENTAÇÃO DENTISTA HOSPITAL

FONTE DE INFORMAÇÃO:

- NENHUMA
- EQUIPE DE SAÚDE

✓ *PARA A PUÉRPERA:*

- NENHUMA

ORIENTAÇÕES DE SAÚDE BUCAL FORNECIDAS SEGUNDO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

✓ *ORIENTAÇÕES:*

- HIGIENE BUCAL/ LIMPEZA DA BOCA
- NÃO TEM MUITO O COSTUME DE FALAR/POUCO SE FALA / ÀS VEZES ORIENTA
- NENHUMA, NÃO ORIENTA, NÃO FAZ

MOMENTO:

- HORA DO BANHO
- TROCA DE FRALDA
- AMAMENTAÇÃO
- AMBULATÓRIO, DEPOIS QUE RN SAI DA UTI

JUSTIFICATIVA PARA NÃO ORIENTAR:

- TEM CONSULTA COM DENTISTA AGENDADA NO POSTO
- NÃO ESTÁ NA ROTINA DE TRABALHO
- A PUÉRPERA NÃO TEM CAPACIDADE DE ASSIMILAÇÃO

Quadro 3 - Orientações de saúde bucal durante puerpério

**EXPECTATIVAS DAS PUÉRPERAS PARA A SAÚDE
BUCAL DO RECÉM-NASCIDO**

✓ *PLANEJAMENTO PARA PRESERVAR A SAÚDE BUCAL DO RN:*

- EVITAR BICOS, MAMADEIRAS/ESCOVAR
- FLÚOR/FIO DENTAL/ EDUCAÇÃO BUCAL
- LEVAR AO DENTISTA/LEVAR AO DENTISTA DE 6/6 MESES, IR AO DENTISTA DESDE CEDO
- CUIDAR DESDE CEDO/CUIDAR EM CASA
- FORTALECER PARA NÃO GASTAR
- NÃO LEVAR EM DENTISTA QUE NÃO FOI BOM
- ESTIMULAR C/ PASTA E ESCOVA BONITINHAS

EXPECTATIVA:

- NÃO TER CÁRIE
- ✓ *EXPECTATIVAS QUANTO À ASSISTÊNCIA:*
- ESPERA BOM ATENDIMENTO/ SER BEM TRATADA
 - ORIENTAÇÃO
 - NÃO TER MEDO

**EXPECTATIVAS DA EQUIPE DE SAÚDE PARA O
SERVIÇO DO CIRURGIÃO-DENTISTA**

- MELHORAR ACESSO DA POPULAÇÃO/ FALTA IMPORTANTE DO SERVIÇO/ TEM QUE COMEÇAR/HOSPITAL TEM FRAGILIDADE NO PREPARO HIGIENE ORAL/SOMAR
- CONHECIMENTO E INFORMAÇÃO/ TRABALHO MULTIDISCIPLINAR/COMPARTILHAR CONHECIMENTO/INTEGRAR EQUIPE AÇÕES CONJUNTAS E OLHAR PREVENTIVO/OLHAR MAIS AMPLIADO DE SAÚDE
- CHANCE DE FAZER, PREVENIR E ACOMPANHAR A SAÚDE/COMEÇAR A PREVENIR/CAPACITAR/TREINAR EQUIPE/

NÃO EXIGIR DO MÉDICO OU ENFERMEIRA QUE FAÇA O SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL/ENFATIZAR NECESSIDADE DE CONSULTA NO POSTO/AJUDAR NA ENFERMAGEM

CONHECIMENTOS DOS PARTICIPANTES SOBRE SAÚDE BUCAL

✓ *CONHECIMENTOS:*

- ESCOVAR DENTES/LIMPEZA/ HIGIENE/ LIMPEZA GENGIVA/HÁBITOS ALIMENTARES /FIO DENTAL/ CREME DENTAL/ESCOVAR LÍNGUA/
- PREVENÇÃO DE DOENÇAS/ CÁRIE/ GENGIVITE
- TRANSMISSIBILIDADE
- APARELHO/USO DE CHUPETA
- TIRAR DOR DE DENTE C/ CACHAÇA / VINAGRE (INFÂNCIA) E ESCOVAR DENTES COM CARVÃO (INFÂNCIA)

✓ *JUSTIFICATIVA PARA CUIDADOS*

- BOCA BEM HIGIENIZADA/ NÃO TER MAÚ-HÁLITO
- CUIDAR BEM DOS DENTES/LIMPAR MEIO DOS DENTES

✓ *QUEM ORIENTOU*

- ESCOLA/MÃES
- DENTISTA (CONSULTÓRIO, POSTO, COLÉGIO)/PEDIATRA
- ESTUDOS/PAIS
- HEMOSC/ LBV

ORIENTAÇÕES DE SAÚDE BUCAL RECEBIDAS PELAS PUÉRPERAS DURANTE PRÉ-NATAL:

✓ *PARA O RECÉM-NASCIDO:*

- NENHUMA
- PASTILHA DE FLÚOR
- NÃO LIMPAR BICO SEIO E NÃO LIMPAR BOCA RN
- CONSULTA AGENDADA APÓS NASCIMENTO

✓ *FONTE DE INFORMAÇÃO:*

- MÍDIA
- MÉDICO PEDIATRA
- ENFERMEIRA

✓ *PARA A PUÉRPERA:*

- CUIDADOS COM ANESTESIA
- FAZER TRATAMENTO DENTÁRIO

✓ *FONTE DE INFORMAÇÃO:*

- MÉDICO
- ENFERMEIRA POSTO

Quadro 5 – Conhecimentos dos participantes sobre saúde bucal; Orientações de saúde bucal recebidas pelas puérperas, durante pré-natal.

PRÁTICA DA SAÚDE BUCAL DOS PARTICIPANTES
HÁBITOS DOS PARTICIPANTES COM A SAÚDE BUCAL

✓ *PELAS PUÉRPERAS PARA:*

SI PRÓPRIAS:

- ESCOVAÇÃO/ FIO DENTAL/ ESCOVA LÍNGUA TODO DIA
- USA POUCO FIO DENTAL/
- FALTA DE ESCOVAÇÃO INFÂNCIA/BOCHECHO ESCOLA

NOS FILHOS:

- DESDE CEDO ESCOVAVA OS DENTES
- LIMPEZA DA GENGIVA

✓ *POR PROFS DA EQUIPE DE SAÚDE:*

EM SI PRÓPRIOS:

- MÃE NÃO DEIXAVA DORMIR SEM ESCOVAR OS DENTES
- ESCOVA DEMAIS OS DENTES PARA NÃO TER CÁRIE
- ESCOVA OS DENTES E PASSA FIO DENTAL
- FALTA DE HIGIENE PELA CORRERIA DO TRABALHO

COM OS FILHOS:

- ESCOVA OS DENTES SOZINHO/ SEMPRE ENFATIZA MUITO A HIGIENE / QUANDO COME DOÇURA TEM QUE COMER MAÇÃ
- DIARIAM. VÊ SE ESCOVOU E FIO DENTAL NOS FILHOS
- HÁBITOS DE HIGIENE EXCELENTE DIFÍCIL COMER DOCE
- FILHO MAIS NOVO MANDA ESCOVAR OS DENTES SENÃO DORME NO SOFÁ

**FREQUÊNCIA DOS PARTICIPANTES AO CIRURGIÃO-
DENTISTA**

✓ *POR PUÉRPERAS PARA:*

SI PRÓPRIAS:

- NÃO VAI /DEPENDE MARCAÇÃO, CONSULTA SUS
- DESDE INFÂNCIA, SEMPRE, VISITA REGULAR
- VAI POUCO/ POR NECESSIDADE/ EM ÚLTIMOS CASOS,
- COMPLICADO IR, NÃO TEM CORAGEM, MEDO

FILHOS:

- SEIS EM SEIS MESES/ LEVOU FILHO MAIS VELHO C/3 ANOS

✓ *POR PROFS DA EQUIPE DE SAÚDE:*

SI PRÓPRIOS:

- POUCO CONTATO NA INFÂNCIA CONSULTA FREQUENTE
- DIFICULDADE DE IR DE 6 EM 6 MESES/ QUANDO TEM DOR
- LONGE DO PERÍODO MENSTRUAL

FILHOS:

- DESDE INFÂNCIA/ LEVA OS FILHOS REGULARMENTE

**EXPERIÊNCIAS COM CIRURGIÃO-DENTISTA
DURANTE A VIDA E PERCEPÇÃO SOBRE EXPERIÊNCIAS (PARTIC.)**

EXPERIÊNCIAS PASSADAS

✓ *CONSULTA ODONTOLÓGICA POR/PARA:*

- CLAREAMENTO/ ESTÉTICA
- TRATAM. CÁRIES/RESTAURAÇÕES/CANAL/GENGIVITE
- COLOCAR APARELHO ORTODÔNTICO/ COLOCAR PRÓTESE
- LIMPEZA /FLÚOR/
- PERDA DE DENTE/HIPERSENSIBILIDADE/ DOR
- ARRANCAR DENTE / SISO/ CIRURGIA

PERCEPÇÃO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS

- POSITIVA - BOAS EXPERIÊNCIAS, TRANQUILO, NÃO ME INTIMIDA, É MELHOR IR, NÃO TEM PROBLEMA, NENHUM TRAUMA
- NEGATIVAS- EXPERIÊNCIAS RUINS, DOR, TRAUMA, HORRÍVEIS, NÃO MUITO BOAS, MACHUCAR, CRUELDADE, BEM INVADIDA
- SEM OPINIÃO FORMADA POR SEREM RARAS OU POUCAS EXPERIÊNCIAS
- INSUCESSO TRATAMENTO

**PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ACESSO DAS
PUÉRPERAS AO CIRURGIÃO-DENTISTA NO SISTEMA DE
SAÚDE**

PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS

- SUS INSUFICIENTE/ DIFÍCIL CONSEGUIR CONSULTA/ DESISTIU SUS/ PARTICULAR É CARO
- HOJE ACESSO É MAIS FÁCIL

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- SUS INSUFICIENTE
- FALTA DE INVESTIMENTO DO MUNICÍPIO
- TEM QUE TER POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
- POLÍTICAS PÚBLICAS INEFICIENTES, POVO DESDENTADO
- PARTICULAR É CARO, QUANTOS PODEM PAGAR?
- PESSOAS DO INTERIOR NÃO TÊM ACESSO
- UNIDADE DE SAÚDE EXCELENTE E COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Quadro 7 – Experiências com Cirurgião-Dentista durante a vida e percepção sobre as experiências pelos participantes; Percepção dos participantes sobre acesso das puérperas ao Cirurgião-Dentista no Sistema de Saúde

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO CIRURGIÃO DENTISTA E À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PELAS PUÉRPERAS

✓ *PARA SI PRÓPRIAS*

- BOCA: CARTÃO DE VISITA/ ONDE COMEÇA APARÊNCIA/ É O ESPELHO DAS PESSOAS/ BOCÃO DE COLGATE/ ONDE RESPIRA COME/ TOMA ÁGUA
- SORRISO PERFEITO/SORRISO BONITO/DENTES LIMPOS/SAÚDE DA BOCA/ SER SAÚDAVEL COM DENTES SAUDÁVEIS
- TUDO NA VIDA/SONHO DE CONSUMO
- COMO QUALQUER OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE
- IMAGINA QUE VAI DETORNAR SUA BOCA
- AJUDA NA LIMPEZA DOS DENTES/ AJUDARIA NA BOCA
- MEDO, DOR, TRAUMA/ NÃO SENTIR DOR NENHUMA
- NÃO SABE
- DENTISTA PARTICULAR MELHOR QUE DO SUS
- NÃO É UM BICHO DE 7 CABEÇAS
- DIFÍCIL PARA QUEM DEPENDE DO SUS

✓ *PARA SEUS FILHOS*

- PREVENÇÃO/CUIDADO/ORIENTAÇÃO/PROTEÇÃO
- AUSÊNCIA DE SOFRIMENTO

SIGNIFICADOS DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E DO CIRURGIÃO DENTISTA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- É TUDO O SORRISO/ SORRISO BONITO E DENTES BEM CUIDADOS
- AJUDA A CUIDAR E REPOR DENTES
- ANTES TRATAMENTO CURATIVO HOJE PREVENÇÃO/ SAÚDE/SAÚDE PREVENTIVA/LIMPEZA/ ANTES ESTÉTICA E CUIDADOS, HOJE RISCO DE CONTAMINAÇÃO BACTÉRIAS E CÁRIE
- DOR, ALGO DESAGRADÁVEL/ DESCONFORTO/SOFRIMENTO/ MEDO/ OBRIGAÇÃO/ TRAUMA / PAVOR/DILEMA
- BOCA: PORTA DE ENTRADA MUITA COISA/ BOCA É HIGIENE TOTAL/ SUA CARA
- DENTISTA ALIADO, ORIENTADOR/ PROFISSÃO BEM BONITA
- SEM MEDO/ SEM TRAUMA, SENTIR-SE BEM/ GOSTA BASTANTE
- BOM ACOMPANHAMENTO, BOM CUIDADO
- NUNCA PENSOU/ PROF. DE SAÚDE COMO QUALQUER OUTRO
- PROCURAR QUANDO ESTÁ COM DOR DE DENTE/ TRATA A DOR DE DENTE

Quadro 8 - Significados atribuídos ao Cirurgião-Dentista e à Assistência Odontológica

6.2.1 Percepção dos participantes sobre as possibilidades de atuação do Cirurgião-Dentista no Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal

Tanto para Equipe de Saúde quanto para puérperas, a palavra *orientar* relacionou-se ao uso da chupeta, orientar as mães na saúde bucal do recém-nascido, orientação voltada para as mães e orientação na higiene do recém-nascido.

“... eu acho que prevenção é informação [...] se você é orientada você evita o problema.”
(P1)

Entre as puérperas, foi encontrado o orientar as mães sobre como passar a gaze na gengiva. Entre os profissionais da Equipe de Saúde, o Cirurgião-Dentista também poderia orientar a prevenção à cárie dental e aos problemas periodontais.

“... de toda orientação que cabe à sua área de atuação, que é higiene, prevenção de cárie e problemas periodonticos.” (ES5)

Para a Equipe de Saúde, o Cirurgião-Dentista poderá *informar* a família do recém-nascido na promoção e prevenção à saúde, *explicar* sobre saúde bucal e *estimular* amamentação.

“... explicar para a mãe de uma maneira mais completa, mesmo que no vocabulário dela, essa questão saúde bucal juntamente com estimular a amamentação...” (ES14)

Algumas puérperas relacionaram o *ensinar* a escovar os dentes e limpeza da gengiva, sobre limpeza dos dentes e como se pode cuidar da saúde bucal do recém-nascido. *Informar* sobre dedo na boca, chupeta e dentes mal formados e prevenção, como forma de informação, também foi lembrada. A palavra *prevenir* apareceu relacionada a dentes mal formados e à cárie de mamadeira.

“... muita gente perde o dente cedo por que não cuidou, não por que não queria, por que não sabia [...] cai um dente de leite antes do tempo, forma mal a dentição, tá com dente torto por que tá com dedo na boca, chupeta...” (P1)

Entre os profissionais da Equipe de Saúde participantes desse estudo, eles acreditam que o Cirurgião-Dentista poderá contribuir no “atendimento a pacientes hospitalizados em geral, pacientes com dor e pacientes com paralisia cerebral”.

“... realizar orientação para mães e bebês com alterações: paralisia cerebral, sequência de Pierre Robin, fissurados, entre outros, seria maravilhoso.” (ES1)

Tanto para as puérperas do Alojamento Conjunto quanto da Unidade Neonatal, o Cirurgião-Dentista poderia oferecer tratamento às mães e fazer limpeza:

“... além de ter para as mães, poderia ter para os filhos também.” (P6)
“... para a limpeza dos dentes, um tratamento bem bom.” (P12)

A profissional da saúde relacionada ao programa Capital Criança da PMF, observou que a contribuição do Cirurgião-Dentista na unidade hospitalar estudada seria a pré-orientação e relatou que “quando avisa da consulta, a mãe pergunta para quê, se nem dente o bebê tem”. Citou, também, que seria importante o Cirurgião-Dentista “ênfatizar a necessidade da consulta na Unidade de Saúde”.

“... o dentista se estivesse aqui na Unidade já ia ter uma pré-orientação para que quando chegasse lá a mãe já estaria mais por dentro do assunto.” (ES3)

Para algumas puérperas, o Cirurgião-Dentista contribuiria no encaminhamento para a Unidade de Saúde, o que tornaria bem mais fácil o atendimento odontológico. Outra fala seria no sentido de que o

atendimento ao recém-nascido seria mais precoce no Hospital, não precisando da consulta na Unidade de Saúde.

Alguns participantes entenderam que a presença do Cirurgião-Dentista na Unidade Neonatal e no Alojamento não teria nenhuma contribuição. Uma puérpera relatou que não era preciso para o recém-nascido, pois irá fazer as consultas na Unidade de Saúde; outra acredita que “é cedo, pois o recém-nascido ainda não possui dentes” e que não saberia dizer sobre contribuições.

“... bom eu acho muito cedo para o nenê [...] na idade que eles estão aqui eu não sei no que poderia contribuir.” (P15)

Um profissional da Equipe de Saúde do Alojamento Conjunto também não vê nenhuma participação por entender ser uma área ainda a conquistar seu espaço.

“... não pensei não, é ainda vejo que é uma área que não sei se posso falar a palavra conquistar, mas conquistar seu espaço nesse momento...” (P11)

6.2.2 Cuidados com a saúde bucal do RN

6.2.2.1 Cuidados com o recém-nascido realizados pela Equipe de Saúde

Segundo os profissionais da Equipe de Saúde, a prática de saúde bucal mais utilizada e com frequência foi a da limpeza bucal com gaze e água. Alguns relatos de profissionais mostraram que os profissionais fazem a higiene apenas para “remover resíduo de leite”, para avaliar sinal de alteração na deglutição.

“... não realizamos um cuidado específico com a boca, como limpar as gengivas e bochechas após as mamadas [...] mas realizo a limpeza na boca de alguns bebês, quando vejo que a boca está com acúmulo de leite, já que pode ser um sinal de alteração da deglutição.” (ES1)

“... na UTI nós já temos o hábito de fazer sempre a higiene bucal por que como eles estão em oxigênio, eles respiram muito pela boca [...] e tem a sonda ali colonizando...” (ES8)

“... A gente não tem esse preparo, na hora do banho a gente acha que é necessário quando o bebê está com a boquinha suja [...] mas ainda a gente não conseguiu fazer essa rotina e padronização...” (ES10)

A maioria dos profissionais da Equipe de Saúde do Alojamento Conjunto, não faz nenhum cuidado e as justificativas estão relacionadas à “falta de treinamento da equipe”, “não ter rotina padronizada” e “não ter atenção à saúde bucal”.

“... a gente tem até noção que limpa com uma gaze, mas eu não saberia de que forma que eu ia explicar para a mãe [...] não é uma coisa que a gente é treinado, de repente seria legal o dentista treinar a equipe de como lidar com o trabalho.” (ES14)

6.2.2.2 Cuidados com o recém-nascido realizados pelas puérperas

A maioria das puérperas revelou não realizar nenhum cuidado de saúde bucal no recém-nascido, outras, da Unidade Neonatal, justificaram não fazer por “medo de manusear o filho”. Apenas duas puérperas da Unidade Neonatal relataram fazer a limpeza ao redor da boca e na gengiva dos seus recém-nascidos e que a limpeza foi ensinada pelos profissionais da própria unidade.

“... nenhum cuidado, ninguém me explicou, a gente fica com essa dúvida se faz ou não faz...” (P14)

“... não, eu não faço, só as enfermeiras tenho medo de machucar ela tem a boca muito pequenininha.” (P7)

“... a gente pega uma gaze molha aguinha quente, por enquanto eles não deixam passar nenhum produto, eles só deixam passar um aguinha ao redor da boca e lá dentro.” (P4)

Quanto ao cuidado de saúde bucal realizado pelos profissionais, as puérperas do Alojamento Conjunto relataram não ter visto nenhum cuidado de saúde bucal pela equipe. Na Unidade Neonatal algumas puérperas relataram ter visto a utilização, pela equipe, de gaze na gengiva e ao redor da boca de seus filhos.

6.2.3 Orientações de saúde bucal durante puerpério

6.2.3.1 Orientações de saúde bucal recebidas, segundo puérperas, no puerpério

A maioria das puérperas relata não ter recebido nenhuma orientação da Equipe de Saúde do Hospital. Ainda houve relatos sobre o *ficar sem saber o que fazer*, que o recém-nascido é muito novo ou ainda que não recebeu a visita do Cirurgião-Dentista no leito.

“... o dentista não passou aqui, mas passa né?, acho que passa...”(P16)

Algumas puérperas relataram a consulta agendada, pelo técnico em enfermagem do programa Capital Criança, para o Cirurgião-Dentista da Unidade de Saúde:

“... até agora a única coisa é a primeira consulta agendada com o dentista no posto que é dia vinte, tá marcadinho.”(P15)

Algumas puérperas da Unidade Neonatal contam ter recebido da Equipe de Saúde do Hospital a orientação sobre limpeza da gengiva. Nenhuma puérpera relatou ter recebido orientações de saúde bucal para si mesma durante puerpério no Hospital.

6.2.3.2 *Orientações de saúde bucal fornecidas durante puerpério, segundo os profissionais de saúde:*

Alguns profissionais da Equipe de Saúde dessas Unidades relataram orientar e estimular as puérperas quanto à higiene bucal dos recém-nascidos e o momento escolhido, principalmente pelos profissionais da Unidade Neonatal, seria na hora do banho.

A maioria dos profissionais entrevistados relatou “falar muito pouco ou às vezes” sobre saúde bucal; outros afirmaram não ter o costume de orientar ou não orientam, acreditando não existir o momento, porque há uma consulta agendada na Unidade de Saúde ou, ainda, que “não está na rotina de trabalho”.

“... não está na rotina do meu trabalho [...] não é uma coisa intrínseca ao meu trabalho, nas minhas orientações normais, não tenho um momento que eu vou abordar isso.”(ES4)

Uma participante da equipe, compartilhando do pensamento de não ser o momento, entende que “a puérpera não tem a capacidade de assimilação”:

“... a gente procura trabalhar com elas num nível de informação muito baixo, porque as mães não têm essa capacidade de assimilação, é mais por imitação e observação que elas aprendem...”(ES2)

Um médico relatou que os seus pacientes de consultório privado não levam seus filhos ao Cirurgião-Dentista antes de nascerem os primeiros dentes e ele afirmou que sempre solicita a visita ao Cirurgião-Dentista pelos pais. Para ele, esses pais dão à saúde bucal menos importância. E também acredita que nas Unidades de Saúde a preocupação com a orientação em Odontopediatria é maior do que nas clínicas privadas:

“... a orientação do dentista dentro de um posto de saúde é melhor do que a privada, meus pacientes de consultório não vão ao dentista antes de nascer o primeiro dente de seus filhos, mesmo com eu pedindo por que isso é o menos importante para eles [...] por que a consulta com o pediatra na primeira semana é tão importante e com vocês não pode ser? (ES5)

6.2.4 Expectativas das puérperas para a saúde bucal do recém-nascido.

6.2.4.1 Planejamento das puérperas para preservar a saúde bucal do recém-nascido e suas expectativas para a saúde bucal dos mesmos

A maioria das puérperas de ambas as Unidades relataram que planejam levar seus filhos ao dentista, algumas responderam regularmente de seis em seis meses, outras, desde cedo ou, ainda, levar ao dentista para saber como escovar os dentes. Práticas de escovação dos dentes, uso do flúor, fio dental, evitar bicos e mamadeiras também foram lembrados. Nesse sentido, como forma de planejamento, as puérperas citam a importância de estimular escovação com pasta e escova bonitinhas, da educação bucal, uma puérpera relatou que irá cuidar desde cedo e cuidar em casa:

“... é estar escovando sempre, levar ao dentista, evitar de dar bico ou mamadeira [...] eu não vou poder amamentar, ela vai ter que usar bico, mas vou tirar o mais rápido possível para não dar má formação [...] cuidar e controlar em casa ...”(P3)

“... vai ter orientação, o que puder dar de orientação e procurar desde cedo, tipo o neném nasceu e nem um mês já tem que ir no dentista vou começar a levar...”(P15)

Uma puérpera relatou a importância da prevenção como forma de fortalecer os dentes e não ter gastos no Cirurgião-Dentista:

“... espero que para o meu filhote seja diferente, né filhão? Fortalecer para não ter que gastar com dentista...” (P1)

Quanto às expectativas para a saúde bucal de seus filhos, as respostas das puérperas foram: não ter cárie, a criança ter os dentes bem tratados, “procurar orientar o recém-nascido da mesma forma que fez com os outros filhos”.

Já para as expectativas da assistência do Cirurgião-Dentista na vida de seus filhos, seria oferecer para o filho o que não teve, que seus filhos não tenham medo, esperam ter orientação do Cirurgião-Dentista e um bom atendimento.

“... o que eu não tive para mim quero para as minhas filhas, eu não vou levar minha filha num dentista que não foi bom para mim...” (P9)

“... que não tenha medo, que vá desde pequeno, eu fui bem traumatizada tenho medo até hoje...” (P16)

6.2.5 Expectativas da Equipe de Saúde para o serviço do Cirurgião-Dentista no Hospital

A maioria das entrevistas da Equipe de Saúde trouxe aspectos positivos da presença do Cirurgião-Dentista no Hospital, dentre eles, somar conhecimento e informação para puérperas e para o recém-nascido, o trabalho multidisciplinar e, ainda, para “ajudar a enfermagem”.

Alguns valores citados foram: seria maravilhoso, imprescindível o apoio, bem interessante e bem importante.

Segundo alguns profissionais acreditam em ações conjuntas, no dividir conhecimento, integrar, treinar e capacitar a equipe, olhar preventivo e mais ampliado de saúde de todos os profissionais.

Alguns profissionais da equipe crêem na melhora do acesso da população, e relata ser uma falta importante do serviço ou uma “fragilidade do Hospital” a falta de preparo à higiene bucal. Solicitam não exigir do médico ou enfermeira que faça o serviço de saúde bucal, pois o tempo de trabalho é corrido.

Outro aspecto citado por uma profissional da Equipe foi da convivência, em um curso de especialização multiprofissional, com

Cirurgiões-Dentistas, ela observou uma visão mais individual de saúde pública e uma postura mais isolada das demais profissões.

“... minha especialização foi em saúde pública e tinha dentistas na minha turma e eu os percebia completamente isolados, e sem participar muito do engajamento do Centro de Saúde, a impressão que eu tinha é como se eles estivessem dentro do consultório deles, só que dentro do Centro de Saúde, a visão que eu percebia deles era mais individualista [...] coisa que eu nem percebia nas outras profissões...” (ES14)

Mas, segundo uma profissional da equipe, “seria a chance de começar, de fazer, de prevenir e acompanhar a saúde”.

“... seria mais um integrante da equipe multiprofissional, um olhar diferenciado frente a toda essa demanda que a gente tem, então eu acho que só poderia contribuir tanto no atendimento direto aos usuários como também para a equipe...”(ES4)

6.2.6 Significados atribuídos ao Cirurgião-Dentista e à Assistência Odontológica

Para a maioria das respostas das puérperas, do Alojamento Conjunto e da Unidade Neonatal, o Cirurgião-Dentista significa sorriso perfeito, sorriso bonito, dentes limpos, saúde da boca, cuidados com a boca. Um relato mencionou significar “bocão da Colgate”. Algumas puérperas entendem que o Cirurgião-Dentista significa cuidados com a boca e essa, o espelho das pessoas, onde começa a aparência, onde respira, come, toma água.

Uma puérpera relatou que é tudo na sua vida, porque ela não tem os dentes perfeitos, mas gostaria de ter, e ela acredita que não tem maior beleza que um sorriso bonito e bem cuidado.

Outra puérpera relatou ser um sonho de consumo, pois, em suas despesas, o Cirurgião-Dentista acaba sendo o último:

“... como eu posso dizer? Significa um sonho de consumo, porque de todas as despesas que eu tenho acaba sendo a última, eu vou deixando, por que é caro o tratamento...”(P1)

Outros significados foram relacionados ao Cirurgião-Dentista como pessoa que vai ajudar na limpeza da boca, não é um bicho de sete cabeças, significa ser saudável e ter dentes saudáveis, além das respostas, não sentir dor nenhuma e dentista particular é melhor que dentista do SUS.

Aspectos negativos também apareceram em várias respostas como, significa medo, dor e trauma ou, ainda, a puérpera imagina que o Cirurgião-Dentista vai detonar sua boca e também o relato de que é difícil para quem depende do SUS. Apenas uma resposta não sabendo o que significa o Cirurgião-Dentista. Para os filhos, as puérperas relatam que o Cirurgião-Dentista significa cuidado, prevenção, orientação, proteção e ausência de sofrimento.

Entre os profissionais, aspectos positivos foram bastante lembrados, tais como, significa saúde, prevenção, limpeza, higiene, sorriso bonito e dentes bem cuidados, é tudo o sorriso. Os profissionais também mencionaram a boca como significado da “porta de entrada para muita coisa”, boca como “higiene total” e a “sua cara”, ou ainda, “é muito triste uma pessoa sem os dentes da frente, que é o cartão de visita”.

Uma profissional relaciona a boca “como parte fundamental da saúde” e acredita que, assim como o oftalmologista e o massagista cuidam da saúde, o Cirurgião-Dentista também vai cuidar do bem-estar físico e emocional. Para uma profissional da Equipe de Saúde, o Cirurgião-Dentista estava relacionado, em sua vida, antes com estética e cuidados e hoje risco de contaminação e cárie. Outra acredita que o Cirurgião-Dentista significa alguém que irá ajudar e repor os dentes perdidos, ela também associa ir ao Cirurgião-Dentista antigamente apenas para fazer tratamento curativo e atualmente como tratamento preventivo:

“... o que representou? anteriormente era um cuidado curativo, hoje eu penso diferente que ele é preventivo, mas ainda no meu caso é curativo por que eu estou repondo situações em que fiquei deficiente.”(ES9)

Uma profissional relatou procurar o Cirurgião-Dentista quando está com dor de dente:

“... eu sou daquelas que procura o dentista uma vez por ano e olhe lá, ou quando estou com dor [...] infelizmente com esse tempo corrido a gente vai deixando, dá para ir empurrando a gente vai empurrando, enquanto não dói, não incomoda, não está vendo, vai empurrando.”(ES10)

Respostas positivas relacionada à pessoa do Cirurgião-Dentista foram observadas, como por exemplo, o Cirurgião-Dentista como aliado e orientador. Além de relatos sobre a profissão e tratamento, como profissão bem bonita, sem medo, sem trauma, sente-se bem, gosta bastante, sempre teve bom acompanhamento e bom cuidado.

Por outro lado, alguns relatos negativos também apareceram, significando dor e algo desagradável ou, ainda, desconforto, sofrimento e obrigação. Para uma profissional, o Cirurgião-Dentista significa viver num dilema, pois ela vive discutindo com o profissional a retirada do aparelho, sente-se invadida pelo tratamento ortodôntico:

“... eu me sinto bem invadida, eu vou ser bem sincera, tenho problemas de sentar na cadeira do dentista [...] vivo sempre num dilema por que eu quero tirar o aparelho e ele quer que eu continue...”(ES4)

Apenas um profissional “nunca pensou no significado do Cirurgião-Dentista”.

Os valores atribuídos foram: fundamental, muito importante, necessário, prioridade, profissional excelente e profissional como qualquer outro da Equipe de Saúde.

6.2.7 Conhecimentos dos participantes sobre saúde bucal

A maioria dos entrevistados citou que possuía como conhecimentos os “hábitos de escovar os dentes” e “higiene dos dentes”, seguidos pela “necessidade de utilizar o fio dental”. Alguns sujeitos do estudo dizem conhecer a importância dos “hábitos alimentares”, da cárie

e da “visita regular ao dentista”. Uma profissional da saúde atentou para o fator *transmissibilidade*, relacionando beijo na boca do recém-nascido, troca de chupetas entre irmãos e risco de contaminação por bactérias:

“... no Alojamento tem muito de irmãozinho que quer dar beijo na boca do irmão, bico do irmãozinho que o irmão maior quer colocar na boca...”(ES13)

Alguns citaram o creme dental, escovar a língua, limpeza da gengiva do bebê, limpeza no dentista, mau-hálito, doenças bucais, chupeta, gengivite, manutenção dos dentes e cárie de infância, ou, ainda, que o conhecimento sobre saúde bucal está relacionado a “ir ao dentista quando está com problema”. Uma profissional da saúde relatou que durante a infância, na ausência do creme dental, escovava os dentes com carvão e outro profissional contou que para tirar a dor de dente, na infância, sua mãe utilizava vinagre e cachaça:

“... minha mãe sempre me deu a escovinha de dentes, sempre orientou [...] se não tinha pasta ia com carvãozinho mesmo...”(ES12)
“... os meus maiores traumas de infância é por que eu tinha muita dor de dente e a minha mãe botava algodão com cachaça, vinagre, dentro do dente...”(ES11)

Os significados relacionados aos conhecimentos de saúde bucal são boca bem higienizada, não ter mal-hálito, cuidar bem dos dentes, importante limpar no meio dos dentes, dentes lindos, sem dor, sem cárie, saúde bucal e questão de saúde.

Entre as puérperas, a *escola* teve importante resultado, seguido pelas mães e dentista da Unidade de Saúde. Alguns relatos de dentista do colégio, dentista, pediatra, os pais e Equipe de Saúde do Hemocentro de Santa Catarina (HEMOSC).

“... na escola aprendi um monte, a professora sempre falava, tinha palestra e ia dentista lá ver a gente, era muito legal...”(ES7)

Para os profissionais da saúde, a mãe como fonte de orientação teve importante papel, seguido por: com os estudos, dentista da escola, dentista, pais, Legião da Boa Vontade e televisão.

Alguns profissionais relataram falta de orientação na infância:

“... eu fui conhecer escova de dentes com quatorze anos [...] não tinha nada de importância escovar os dentes na minha família [...] por que naquele tempo arrancar os dentes e botar prótese era moda e destino...”(ES11)

“... na verdade eu tive muita ausência de dentista [...] eu não tive acompanhamento [...] tenho falta de dentes, mordida cruzada [...] eu fui ao extremo de todas as coisas de um dentista por falta de orientação desde pequena para os meus pais e para mim...”(ES9)

6.2.8 Orientações de saúde bucal recebidas pelas puérperas, durante pré-natal

Para a maioria das puérperas, durante o pré-natal, nenhuma orientação de saúde bucal para o recém-nascido foi obtida. Uma puérpera do Alojamento Conjunto citou que leu em uma revista a necessidade da utilização de pastilhas de flúor durante a gestação para os dentes do recém-nascido e relatou que o pediatra que a acompanhava disse para não limpar o bico do seio após a mamada e não limpar a boca do recém-nascido:

“... nenhuma por que ninguém me explicou durante a gestação [...] eu li muita revista no meu pré-natal [...] eu vi até uma reportagem muito interessante que falava que na própria gestação eu deveria pedir para o meu médico pastilhas de flúor, e ele pegou e disse que não, aí a gente fica em dúvida se pode ou se não pode.”(P14)

Ainda no pré-natal, algumas puérperas citaram ter recebido da enfermeira da Unidade de Saúde a orientação sobre a consulta agendada com o Cirurgião-Dentista após o nascimento da criança:

“... a enfermeira do posto falou que depois que ela nascesse ia ter consulta direto com o dentista...”(P13)

Durante o pré-natal, algumas puérperas receberam atendimento odontológico para tratamento de cárie e profilaxia. Dentre as orientações recebidas do médico, estavam os cuidados com a anestesia. A necessidade de fazer tratamento dentário foi orientada pela enfermeira da Unidade de Saúde.

“... eu tive orientação da enfermeira do posto dizendo que eu tinha que ir no dentista mas não me marcaram...”(P6)

6.2.9 Práticas em relação à saúde bucal

Entre os hábitos e práticas de higiene bucal das puérperas, as respostas foram: “utilização de fio dental e escovação da língua diariamente”, “pouco uso do fio dental”, “às vezes não escova os dentes para dormir”, “falta de escovação na infância, reflexo na fase adulta” e “na infância fazia bochechos de flúor na escola”. Para os filhos maiores, as puérperas relatam desde cedo escovar os dentes deles, e algumas relataram limpar a gengiva desde recém-nascido.

Para os profissionais da Equipe de Saúde, os hábitos e práticas relacionaram-se a “escovar os dentes e passar fio dental regularmente após refeições” ou, ainda, “quando criança a mãe não deixava ir dormir sem escovar os dentes”, ou “escova demais os dentes para não ter cárie” e, ainda, “falta de higiene pela correria do trabalho”, “escovação começou apenas na adolescência, pois os pais achavam normal extrair os dentes”. Os profissionais da Equipe de Saúde relataram que “sempre enfatizam muito a higiene com os filhos”; alguns citaram “verificar diariamente a escovação e utilização do fio dental”; outros relataram que “tem que mandar escovar os dentes antes de dormir senão o filho dorme no sofá” ou, ainda, “quando as filhas comem doçura tem que comer maçã”. Uma profissional conta que “seu filho, desde pequeno, foi orientado a escovar os dentes e hoje escova os dentes sozinho ao levantar e antes de dormir”. Outra profissional cita que suas filhas, já

adolescentes, têm o hábito de higiene excelente e raramente comem doces:

“... eu tenho duas filhas adolescentes e elas não têm nada nos dentes, que desde pequena eu cuidei, elas têm um hábito de higiene excelente, hábito alimentar também, não são muito de doce, fio dental, tudo maravilhoso, mas eu sempre disse para elas, olha como está o estado da minha boca, eu vou para a prótese por que eu não cuidei...”(ES9)

A frequência ao Cirurgião-Dentista foi citada por algumas puérperas como: ir muito pouco, ir por necessidade, em últimos casos, complicado ir, não tem coragem ou, ainda, que depende da marcação e consulta do SUS. Algumas costumam ir regularmente e desde a infância. Uma puérpera relatou que não vai ao Cirurgião-Dentista. Outra atribuiu a visita ao Cirurgião-Dentista na fase adulta por não ter tido conhecimento na infância. Para os filhos maiores, relatos de levar ao Cirurgião-Dentista de seis em seis meses e, ainda, levou o filho mais velho apenas aos três anos e meio.

Quanto à frequência da visita ao Cirurgião-Dentista, alguns profissionais relatam “não terem tido contato com o profissional”, “contato na escola”, na Unidade de Saúde, na LBV ou “no exército”. Enquanto adultos e atualmente, em alguns depoimentos, verifica-se consulta frequente, consulta para manutenção, consulta uma vez por ano, dificuldade de ir de seis em seis meses, quando tem dor. Uma profissional relatou ir ao Cirurgião-Dentista quando está longe do período menstrual:

“... eu fico extremamente tensa e isso faz a dor aumentar, então eu só vou ao dentista longe do período menstrual, longe de algum stress, por que eu sei que vou ter uma carga de stress no dentista...”(ES8)

Alguns profissionais levam seus filhos ao Cirurgião-Dentista desde a infância rigorosamente ou regularmente e atribuem essa frequência a não desejar que os filhos tenham problemas como os vivenciados por eles.

“... eu levo minhas filhas rigorosamente ao tratamento com dentista, elas já fazem, é expansor, é freio para não crescer a mandíbula...”(ES8)

“... eu vejo a importância de se cuidar por que eu tenho duas filhas que não precisam de nenhum procedimento doloroso, eu sempre levei...”(ES9)

“... Eu não tive acompanhamento em que eu ia no dentista regularmente [...] diferente do que eu fiz para meus filhos...”(ES11)

6.2.10 Experiências com o Cirurgião-Dentista durante a vida e percepção sobre as experiências para os participantes

Alguns participantes citaram que a procura foi por causa do aparelho dentário, tanto que já utilizam aparelho como os que procuraram o Cirurgião-Dentista para colocar. A maioria respondeu que a necessidade de tratamento foi pela perda e extração de dentes, cárie, limpeza, dor, cirurgias bucais, estética. Foi lembrada, também, a procura do Cirurgião-Dentista para extração dos dentes do siso, restaurações, sensibilidade dentária, canal, gengivite e prótese. Uma puérpera relatou que a Cirurgião-Dentista ofereceu o clareamento dentário, mas ela precisa parar de fumar:

“... minha dentista fala para eu fazer um clareamento, mas como é que eu vou fazer um clareamento se eu continuo fumando e não vou largar.”(P15)

Quanto às percepções sobre as experiências no Cirurgião-Dentista, alguns participantes revelaram “ter boas experiências e não ter traumas com o Cirurgião-Dentista” ou, ainda, “ser tranquilo”, sempre gostou, sem traumas, não intimidada.

“... minha mãe sempre levou desde a infância, é por isso que nunca tive medo de dentista [...] meus filhos também não tem medo...”(P5)

“... para mim é normal, bem tranquilo, não tenho trauma.”(ES6)

Assim como também respostas negativas sobre as experiências com Cirurgião-Dentista, tipo “crueldade”, horrível, “bem invadida”, experiências ruins, dor, trauma, machucar. Poucos participantes do estudo relataram ter raras experiências com o Cirurgião-Dentista ou insucesso no tratamento realizado. Uma puérpera relatou que suas experiências são horríveis e que tem muito medo, e passa este medo para seus filhos e estes, ficam apreensivos para a consulta odontológica:

“... as minhas experiências são horríveis, eu tenho medo, e passo isso para os meus filhos também, eu tenho um filho de sete anos que fica apreensivo quando tem que ir...” (P16)

6.2.11 Percepção dos participantes sobre o acesso das puérperas ao Cirurgião-Dentista no Sistema de Saúde

Para algumas puérperas, as justificativas sobre a ausência de acesso ao Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde (SUS) relacionaram-se ou a problemas financeiros, por ser o “tratamento dentário em clínica particular muito caro”, ou ainda, pelo “SUS ser insuficiente, relacionando à dificuldade de marcação de consultas, pela carência de profissionais” e pela “competência do profissional que trabalha no SUS” e, ainda, relataram “desistir de alguns tratamentos no SUS, pois os profissionais não ofereceram um bom atendimento”. Apenas um depoimento mostrou facilidade de acesso.

“... é muito difícil para quem depende do SUS, e quem depende do SUS quase não vai ao dentista, por que tu vai marcar e não tem vaga [...] teria que ser mais fácil a consulta [...] estou tentando ver a cárie do meu filho, não consegui, uma hora entra em férias, uma hora está cheio [...] particular é caro...”(P16)

“... quando você paga, tá pagando vai tudo bem, agora quando é uma coisa que é SUS parece que eles não trabalham com aquela energia, aquela vontade [...] fui fazer uma limpeza nos dentes e ela machucou minha gengiva, deixou sangrando...”(P3)

Para os Profissionais, o acesso das puérperas ao SUS é insuficiente, existe falta de investimento do município. Também foi citada a necessidade de uma política de saúde bucal efetiva. Nesse sentido, alguns profissionais justificam a “falta de acesso ao Cirurgião-Dentista pelo alto valor das consultas particulares”, pelas “políticas públicas ineficientes” e pela “falta de acesso da população do interior do Estado, deixando o povo desdentado”. O atendimento no SUS, segundo uma profissional de saúde, significa conseguir uma consulta após um bom tempo de espera e depois ter que esperar novamente para a segunda consulta:

“... dizem que tem cinco dentistas para cada pessoa, mas a gente não vê isso, tu vai num posto de saúde para conseguir um dentista é um trabalho, tu fica esperando uns três meses na fila, daí tu vai e às vezes consegue fazer um procedimento e depois tem que ficar esperando de novo.”(ES7)

Uma profissional da Equipe de Saúde do Hospital que viveu a experiência da Estratégia Saúde da Família numa Unidade de Saúde elogiou a assistência odontológica local e acredita que também depende de cada profissional atuante.

7. DISCUSSÃO

Após análise reflexiva dos dados apresentados, das categorias e temas, a discussão deste estudo abordará quatro grandes temas que emergiram relacionados à visão dos participantes sobre o Cirurgião-Dentista, o trabalho interdisciplinar e a atenção à saúde bucal. A pesquisadora procurará criar nesse espaço considerações da Literatura e retomar os objetivos do trabalho.

O primeiro tema relaciona-se à **Contribuição do Cirurgião-Dentista na saúde bucal do RN**, onde será abordada a percepção dos participantes sobre a presença do Cirurgião-Dentista para a atenção à saúde bucal dos recém-nascidos nas Unidades Neonatal e Alojamento Conjunto do HU/UFSC.

Um segundo tema relaciona-se às **Experiências com a assistência odontológica e seus significados**, retomando as vivências dos participantes na assistência Odontológica e o que significam essas experiências para suas vidas, o que representa o Cirurgião-Dentista e os significados referentes à boca e à bucalidade.

Das práticas em saúde bucal realizadas às planejadas é o terceiro tema deste estudo, o qual reporta ao conhecimento dos participantes sobre hábitos de saúde bucal, tanto do passado, quanto do presente e o que almejam para o futuro. Também as relações familiares na transmissão de conhecimentos sobre os cuidados de saúde bucal.

O quinto tema é **Equipe multiprofissional e possibilidades da interdisciplinaridade na promoção da saúde integral do ser humano**, o qual emergiu do interesse da equipe de Enfermagem da Neonatologia no empoderamento das informações. Serão abordados conceitos do trabalho em equipe, de uma possível integração do Cirurgião-Dentista na equipe profissional do HU/UFSC e aspectos da formação acadêmica desse profissional.

7.1 Contribuição do Cirurgião-Dentista na saúde bucal do RN

Enquanto poucas puérperas não conseguem ver a contribuição do Cirurgião-Dentista na atenção à saúde bucal dos RN no HU/UFSC, a maioria acredita que o Cirurgião-Dentista promoverá o cuidado desde cedo de seus filhos no sentido da orientação e prevenção dos problemas bucais e acreditam que o conhecimento obtido por elas poderá ser transmitido para seus filhos, o que se traduz, portanto, na autonomia da mãe que promoverá o cuidado do filho futuramente. Muitas puérperas demonstraram interesse em assimilar e transmitir as orientações de

saúde bucal, enquanto poucas disseram não ter interesse nas orientações, pois acreditam não ser necessário. Para a maioria, o conhecimento assimilado torná-las-á capazes de promover a saúde bucal de seus filhos e mudar a realidade até então vivenciada na assistência Odontológica (experiências negativas, medos, traumas).

Estudos envolvendo gestantes, puérperas e mães encontraram dados semelhantes, em relação à crença da mulher ter capacidade de transmitir seus conhecimentos no processo de educação e formação dos hábitos de seus filhos.

Estudo qualitativo realizado numa maternidade de Ribeirão Preto por Stefanello; Nakano; Gomes (2008), com 12 puérperas e 11 familiares, a respeito do significado das crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto, mostrou que as práticas de cuidado pós-parto são transmitidas de geração em geração. É nesse sistema de representações culturais, crenças e tabus, que as mulheres vão abastecer-se e construir-se como mães, sendo a família o veículo primeiro dessa socialização. Para essas autoras, o meio familiar poderá ser o elo para a prática do cuidado.

No estudo de Rezende; Costa; Cardoso (2004) sobre conhecimento e atitude das mães em relação à saúde bucal do recém-nascido, quarenta e quatro mães que receberam orientações no período perinatal do projeto “Odontopediatria no alojamento conjunto” da Universidade Federal de Goiás (UFG), após 3 a 6 meses das orientações realizadas, disseram que se lembravam e utilizavam em casa os conselhos recebidos dos estudantes de odontologia durante o puerpério. Acrescentam ainda tais autoras, que os conhecimentos, atitudes, crenças e práticas de saúde bucal da mãe ou cuidador afetam a condição bucal da criança.

Um das conclusões da pesquisa qualitativa, realizada no México com quarenta mulheres de idade entre 35 e 65 anos, para compreender a realidade envolvida na formação do conhecimento dessas mulheres em relação aos cuidados de saúde, foi que o saber feminino sobre é construído socialmente e influenciado pelo acesso aos serviços de saúde, sua experiência no âmbito doméstico, pela transmissão de conhecimento por familiares e comunidade e dos meios de comunicação (TEZOQUIPA; MONREAL; SANTIAGO, 2001).

Para Kuhn (2002), a saúde bucal do recém-nascido tem relação direta na qualidade e no acesso das mães a medidas educativas e preventivas e de reafirmar, constantemente, a construção deste conhecimento. Além das ações e investigações em auto-cuidado que se correlacionam ativamente com a promoção da saúde, dentro de políticas

públicas saudáveis, ambientes de apoio, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento da capacidade pessoal e na reorientação dos serviços de saúde.

Dentre os relatos, sobre a contribuição do Cirurgião-Dentista, algumas puérperas acreditam ser necessária apenas após o nascimento dos dentes. Para a técnica em enfermagem, do Programa Capital Criança da Prefeitura Municipal de Florianópolis, o Cirurgião-Dentista contribuiria com uma pré-orientação no Hospital para as puérperas pois, rotineiramente, se confronta no Hospital com puérperas que julgam desnecessária a primeira consulta odontológica na Unidade de Saúde, pois as mesmas só vêm necessidade após o nascimento dos dentes. Sobre esse aspecto, observa-se a focalização do trabalho do Cirurgião-Dentista ao assistencialismo na presença dos dentes. O trabalho de promoção e educação em saúde bucal deve ser reforçado, assim como, mudar o estigma de saúde bucal sendo meramente como “saúde dos dentes”.

Essa mesma premissa foi evidenciada por Narvai e Frazão (2008, p.18), os quais acreditam que, lamentavelmente, a saúde bucal é vista como “coisa de dentista”, tanto pelos profissionais da Odontologia quanto pelas demais áreas da saúde, que não tratam saúde bucal nas práticas cotidianas e sim como fato separado. Acrescentam, ainda, que saúde bucal deveria ser vista como um conjunto de condições biológicas e psicológicas e que permitem ao ser humano exercer suas funções.

Grande parte dos profissionais atribui a atuação do Cirurgião-Dentista para promoção e prevenção em saúde, assim como, entendem ser mais um profissional a acompanhar a família do recém-nascido, dentro da Equipe de Saúde do HU/UFSC.

Alguns profissionais citaram que o Cirurgião-Dentista poderá contribuir no atendimento a pacientes com necessidades especiais ou, ainda, para puérperas internadas no Hospital com dor de dente. Nesses casos, o Cirurgião-Dentista teria uma contribuição também na assistência. Em consonância com documento apresentado pela American Academy of Pediatric Dentistry (2009), o Cirurgião-Dentista poderá ter um papel significativo dentro de um hospital, a oportunidade de se tornar membro de equipe profissional permitirá um acesso mais global dos pacientes, promovendo consultas para bebês, crianças, adolescentes, adultos e pessoas com necessidades especiais de saúde dentro do Hospital, além das oportunidades educativas. O profissional, em parceria com colegas médicos, poderá desenvolver a educação em saúde continuada.

O significado da contribuição do Cirurgião-Dentista no Hospital, para algumas puérperas, na prevenção em saúde bucal, foi relacionado à expectativa de não se ter gastos e evitar cáries. Observa-se que o valor da saúde bucal permeia uma relação com a situação econômica. Um relato chamou a atenção e era justificado pela renda mensal familiar obtida e a chegada do recém-nascido, pois os gastos estarão voltados para a “compra de fraldas”.

Percebe-se que as condições econômicas atuam de forma expressiva no estabelecimento da doença cárie e na necessidade de tratamento, tanto das puérperas quanto de seus filhos.

No estudo de Fadel; Wagner; Furlan (2008) com 61 pares de mães e filhos que frequentaram as clínicas infantis da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, Ponta Grossa (PR), foi demonstrado que 100% das mães de baixa renda tinham necessidades de tratamento odontológico e 64% do total das participantes do estudo tinham filhos com cárie e necessidade de tratamento dentário.

7.2 Experiências com a assistência odontológica e seus significados

Quanto às experiências com assistência odontológica durante a vida, nesta investigação, observou-se um equilíbrio entre os relatos das puérperas tanto para as que tinham medo quanto para as que não tinham medo do tratamento odontológico. Uma puérpera relatou transmitir o seu medo de ir ao Cirurgião-Dentista para seus filhos e estes, segundo ela, também ficam “aprensivos” com a consulta.

Em relação ao medo, estudo de Hilton et al (2007), realizado nos Estados Unidos, objetivou, a partir das respostas dos cuidadores, identificar as crenças culturais, práticas e experiências que influenciam o acesso aos cuidados preventivos de saúde bucal para crianças de diferentes grupos raciais e étnicos. Identificou que o medo era um fator do não acesso aos serviços odontológicos de rotina, pois os cuidadores manifestaram o seu próprio medo ao tratamento odontológico para as crianças e, muitos cuidadores, ficavam relutantes em expor suas crianças à dor e traumas possíveis no consultório odontológico. Algumas puérperas que relataram não ter medo atribuem às visitas desde a infância à Unidade de Saúde.

Por outro lado, alguns profissionais da Equipe de Saúde do HU/UFSC atribuíram o medo do tratamento odontológico às más experiências no passado. As situações odontológicas anteriormente vividas pelos pacientes influenciam a sua postura atual frente ao

profissional. Os relatos dos entrevistados mostram mudança de comportamento de acordo com as experiências passadas.

De acordo com Albuquerque; Abegg; Rodrigues (2004), as experiências complicadas, más ou desagradáveis no passado, condicionam o paciente ao medo; experiências boas parecem atenuar o impacto de experiências ruins.

Estudo qualitativo de Cruz *et al* (1997) sobre a representação social da imagem do Cirurgião-Dentista concluiu que o medo surge nos indivíduos de duas formas, através de suas próprias experiências ou através das expectativas e experiências dos outros, da mídia e do senso comum, ou seja, os indivíduos vivenciam o medo ou já o encontram estabelecido e o assimilam. Segundo os autores, as situações odontológicas anteriormente vividas pelos pacientes influenciam a sua postura atual frente ao profissional. Acrescentam ainda que as experiências complicadas, más ou desagradáveis, condicionam o paciente ao medo. Experiências boas parecem atenuar o impacto de experiências ruins.

Assim também, quando questionado sobre os significados atribuídos ao Cirurgião-Dentista, a imagem esteve associada ao comportamento do profissional perante o paciente, nesse caso uma puerpera revelou “não ser um bicho de sete cabeças”, pela sua experiência “não-negativa” com o profissional.

Por outro lado, aspectos negativos sobre os significados do Cirurgião-Dentista e da assistência também foram lembrados, como significando “medo”, “dor”, “trauma”, “alguém que vai detonar os dentes” e normalmente associados às experiências negativas vivenciadas durante a vida. Cruz *et al* (1997) entendem que o medo e a dor estão fortemente associados à imagem do dentista e estão relacionados ao instrumental e ao tratamento.

Foi observado, entre uma parte dos profissionais, que as experiências com a assistência odontológica são positivas e, em alguns relatos, atribui-se ao fato da Odontologia e o próprio paciente estarem mudando o enfoque para a prevenção.

No estudo qualitativo de Syrjälä; Knuutila; Syrjälä (2001) na Finlândia, envolvendo 5 participantes, revelou que mesmo com as experiências desagradáveis na infância, o adulto poderá ser capaz de superar esses traumas através dos conhecimentos adquiridos e das boas relações comportamentais com o Cirurgião-Dentista. Para esses autores, percepção de auto-eficácia, da crença e do controle pessoal dos pacientes, associados ao valor que se atribui à saúde bucal, confere uma

regularidade nos cuidados em saúde bucal e no atendimento odontológico.

Entre a maioria dos relatos da equipe, a mãe foi a maior responsável pelos conhecimentos em Saúde Bucal, desempenhando importante papel no processo de educação da família.

Para Tezoquipa; Monreal; Santiago (2001), mulheres voltadas para a família prestam o autocuidado com a saúde necessária tanto para a reprodução biológica e social de sua família quanto para si mesmas.

A escola e os professores foram a maior fonte de transmissão dos conhecimentos em saúde bucal. Stokes; Pine; Harris (2009) avaliando o potencial da escola como promotora de saúde, realizaram um estudo qualitativo no Noroeste da Inglaterra, com 22 coordenadores de escolas, a respeito da promoção de saúde bucal na escola, concluíram que era apropriado promover saúde bucal dentro das escolas. Todos os participantes vincularam a saúde bucal a geral, reconhecendo que a saúde bucal tinha sido historicamente separada da saúde geral, mas que, agora, deve ser incluída como parte da saúde geral. Três participantes conceitualizaram saúde bucal com indicadora de saúde geral. Para as autoras, o contexto escolar tem potencial de impacto na saúde bucal pela relação com a saúde e segurança, prevenção, saúde emocional e bem-estar.

Outros relatos das participantes deste estudo relacionaram a orientação, pelas enfermeiras da Unidade de Saúde, à necessidade do tratamento bucal curativo dessas puérperas. Poucos relatos relacionaram a assistência do Cirurgião-Dentista durante a gravidez.

A falta de orientação de saúde bucal durante o pré-natal também foi encontrada neste estudo, em que grande parte das puérperas citou não ter recebido orientações. Assim como nenhuma orientação de saúde bucal foi dada pela equipe do HU/UFSC durante o puerpério.

Estudo de Hajikazemi *et al* (2008) sobre a relação entre o conhecimento, atitude e prática sobre saúde bucal com mulheres grávidas, entre 28-42 semanas de gravidez, de um Centro de Saúde da cidade Shahriar, no Iran, verificaram que 70% das gestantes tinham atitudes negativas em relação à saúde bucal, 34% consideraram que a cárie dentária é inevitável durante a gravidez e 40,3% desistiram de escovar os dentes por náuseas e vômitos. Foi concluído que se faz necessário aumentar o conhecimento das mães e estimular atitudes positivas para os cuidados bucais durante gravidez.

Conforme preconizado pela American Academy of Periodontology (2009), deve-se levar em consideração o impacto de possíveis infecções periodontais na gravidez sobre o nascimento

premature, priorizando a educação de gestantes, enfatizando-se o planejamento dos exames periodontais durante o pré-natal.

Muitas puérperas relataram não saber o que fazer para promover a saúde bucal do recém-nascido por falta de orientação durante gestação e poucas puérperas da Unidade Neonatal relataram fazer a limpeza do recém-nascido prematuro.

A American Academy Pediatric Dentistry (2009), no seu guia “Orientação sobre cuidados de saúde bucal perinatal”, propõe recomendações incluindo avaliação de risco de cárie das puérperas, orientação, estratégias preventivas e terapêuticas adequadas para a saúde bucal da puérpera e da criança.

Da mesma forma, o estudo de Politano *et al* (2004) realizado com 42 puérperas internadas numa Maternidade de Campinas, SP, no intuito de obter informações sobre o conhecimento das puérperas nos cuidados de saúde bucal do recém-nascido, evidenciou que aproximadamente 33% das mães não sabem quando iniciar a higiene bucal de seu filho, 62% alegaram nunca ter recebido orientações de higiene bucal durante o pré-natal e apenas 7% receberam algumas informações do médico pediatra sobre saúde bucal.

A justificativa da maioria das puérperas para a falta de cuidados com a saúde bucal está nos serviços públicos de saúde. Elas revelam dificuldade para agendar consultas, carência profissional e relação profissional-paciente ruim. Nenhuma puérpera relatou boa relação com o Sistema Único de Saúde.

A mesma dificuldade foi encontrada por Andrade e Ferreira (2006), dos 120 questionários aplicados em seu estudo objetivando colher informações sobre o nível de satisfação em relação aos serviços oferecidos pela equipe do Programa Saúde da Família, com questões envolvendo a equipe como um todo e outras questões somente relacionadas à Odontologia. A pesquisa mostrou que os usuários encontram-se insatisfeitos com a prestação no atendimento, reclamando das longas filas de espera e não conseguindo resolver a maioria dos seus problemas de caráter emergencial. Ainda traz que os “problemas de boca” ficam sem solução, com desigualdades no acesso, ausência de integralidade, insuficiência de pessoal e insuficiência de recursos financeiros.

Estudo de Barros e Bertoldi (2002), relacionando a situação de utilização e acesso aos serviços de Odontologia no Brasil e diferenciais entre as classes socioeconômicas, mostrou que as maiores desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos foram encontradas, exatamente, nos grupos de menor poder aquisitivo. Verificaram que

entre as crianças de 0-6 anos, as mais favorecidas socioeconomicamente consultaram o dentista cinco vezes mais do que as menos favorecidas no ano anterior à entrevista e que a maioria (68%) dos atendimentos do grupo menos favorecido, foram realizados pelo SUS.

Muitos significados foram atribuídos ao Cirurgião-Dentista e à assistência odontológica. Observa-se relatos como “sorriso bonito”, “sorriso perfeito”, “dentes limpos”, “é tudo o sorriso” ou “não tem mais beleza que um sorriso bonito e bem cuidado”, em que a valorização da assistência e do profissional está atribuída à “estética dos dentes”. Um relato de uma profissional da saúde chamou muito a atenção da pesquisadora:

“... É muito triste uma pessoa sem os dentes da frente, que é o cartão de visitas. Se você não tiver um bom cuidado e um bom acompanhamento tu quebras o cartão de visitas que é o dente. Hoje assisti na televisão sobre um menino que na escola não sorria e a professora foi observando que ele, além de não sorrir, não chegava próximo dos colegas até que descobriu que ele tinha os dentes da frente estragados.”

Neste relato, o significado atribuído ao Cirurgião-Dentista e à assistência odontológica revelou a importância da saúde bucal, representada pela aparência estética, onde os dentes bem cuidados e um “sorriso bonito” são fundamentais para a integração social do indivíduo.

Bernd *et al* (1992), em seu estudo sobre a percepção popular da saúde bucal, envolvendo gestantes e não gestantes, dentes “estragados” significam interferir negativamente nas relações pessoais. Esses autores acreditam que a valorização especial aos dentes anteriores e sua associação com as relações sociais assume um importante papel na vida pessoal dos indivíduos, implicando não abrir mão dos padrões universais de se ter bons dentes ou aparentemente parecer tê-los, relaciona-se ao identificar-se socialmente.

Abreu, Pordeus, Modena (2005), em 2002, buscaram identificar as representações de saúde bucal entre 29 mães de escolares da área rural de Itaúna (MG). Entre as conclusões, identificaram uma grande preocupação dessas mães com a aparência da boca de seus filhos. A questão da estética é considerada importante fator de saúde bucal, pois acreditam ser um determinante do convívio social. Para as autoras, a imagem que o indivíduo faz de si é construída no contato com o mundo,

sempre associada a um padrão imposto pelas exigências sociais, e a família tem grande importância na construção desses valores. Acrescentam que se um indivíduo apresenta uma alteração física visível, como, por exemplo, uma alteração estética, ele não é socialmente aceito, sofrendo vários tipos de discriminações.

Algumas puérperas e profissionais deste estudo atribuíram significados para a boca, tais como, “boca espelho das pessoas”, “boca onde começa a aparência”, “boca onde se respira, come, toma água”, “boca como porta de entrada para muita coisa” e “boca como parte fundamental da saúde”. Nesses relatos, a boca e sua bucalidade mostraram-se presentes e agregadas à estética bucal e ao bem-estar geral.

Conforme definido por Botazzo (2008 p. 81 e 82), “bucalidade é a capacidade da boca em ser boca, com funções de mastigação, erótica e linguagem. A mastigação significa o processo biológico envolvido no ato de se alimentar, desde a pega do alimento até sua deglutição. A erótica relaciona-se às expressões bucais das sociedades humanas, como afetiva, emocional, amorosa e sexual. Nessa função, acrescenta o significado da amamentação, onde existe a relação boca-seio materno. A linguagem, em que a boca exerce a função da emissão dos sons e das palavras. Para esse autor, a boca humana é socialmente produzida e seus produtos mastigação, erótica e linguagem são produtos sociais que determinam o bem-estar social ou mal-estar bucal.”

Boltanski (1989, p.76) afirma que uma redução analógica das categorias da medicina científica às categorias da medicina popular ocorre em função da sinonímia do termo emprestado ou desconhecido com outros termos conhecidos.

No caso deste estudo, uma puérpera atribuiu o significado do Cirurgião-Dentista, a partir de uma redução analógica com o “bocão da Colgate”. Essa associação com uma marca de produtos odontológicos revela a influência dos meios de comunicação na educação em saúde bucal. Essa marca atinge os espectadores, associando o “sorriso Colgate” com o sorriso perfeito. De acordo com Freire (2002), os meios de comunicação, em especial a televisão, poderão ser um meio dos educadores (o profissional de saúde poderá ser incluído) de usá-la e, sobretudo, discuti-la.

A assistência odontológica significou ser “um sonho de consumo”, o que se relaciona ao anseio de acesso dessa puérpera à assistência odontológica.

Narvai e Frazão (2008, p.116) salientaram que, quando se pensa em educação e cidadania, deve-se promover equidade, ampliar ofertas

de ações na saúde bucal, garantir acesso aos mais vulneráveis pelas desigualdades sociais, de modo que o direito à saúde bucal deixe de ser apenas uma declaração e passe a integrar o cotidiano de todos os serviços odontológicos em todas as suas complexidades.

7.3 Das práticas em saúde bucal realizadas às planejadas

Dentre as práticas de saúde bucal, a maioria dos participantes do estudo citou realizar a escovação diária e o uso do fio dental também foi lembrado por alguns participantes. Poucos se lembraram da utilização do flúor na infância. Algumas puérperas citaram a escovação da língua como forma de evitar mal hálito.

As práticas de escovação citadas pela maioria dos participantes demonstram respostas pontuais de higiene bucal.

O uso de pasta, frequência de escovação, consumo de açúcar e visitas regulares ao Cirurgião-Dentista, são os principais fatores comportamentais citados intensamente pelas pessoas como influenciadores do status de saúde bucal e que permitem a redução das doenças bucais, mas ainda falta o verdadeiro conhecimento dos fatores cruciais que geram a saúde bucal, e isso deve fazer parte de qualquer programa preventivo (SHEIHAM; TSAKOS, 2008).

Práticas de saúde bucal tradicionais como escovação e flúor ainda estão presentes, tanto na mentalidade do Cirurgião-Dentista, quanto das pessoas.

O estudo exploratório descritivo de Almeida e Ferreira (2008), sobre a Saúde bucal no Programa Saúde da Família e as práticas de prevenção orientadas, com 91 Cirurgiões-Dentistas da cidade de Natal, RN, demonstrou que, apesar do PSF se apresentar como um modelo reestruturador, verifica-se que ainda existe reprodução de métodos tradicionais entre os Cirurgiões-Dentistas e o flúor gel foi a prática evidenciada por 95% desses profissionais. Segundo as autoras, a utilização do flúor gel emergiu fortemente no movimento preventivista, perpetuando-se até os momentos atuais. Dentre outras atividades em âmbito individual, a orientação de escovação esteve presente como forma de orientação dos Cirurgiões-Dentistas do PSF. Orientações sobre o câncer de boca se mostraram pouco presente no discurso dos dentistas, assim como foram mínimas as referências a hábitos deletérios e à saúde geral.

Entre os profissionais da Equipe de Saúde entrevistados, as práticas de escovação e fio dental são as mais citadas e percebe-se um rigor dos profissionais com seus filhos quanto aos hábitos de higiene

bucal diários, hábitos alimentares e visitas regulares ao dentista. Um profissional justificou essa “rigidez” em cuidar bem dos filhos pelo fato de que, na sua infância, seus pais acreditavam que “arrancar os dentes e botar prótese era moda e o destino na época” e que, para os pais, representava “normalidade”.

Alguns profissionais atribuíram seus problemas bucais atuais ao fato de as práticas de higiene bucal só terem surgido na adolescência.

A mudança da população mundial quanto ao perfil, idade e aspectos da saúde, levou Cronin *et al* (2009) a analisarem qualitativamente possíveis impactos também na saúde bucal e, assim, identificar alguns fatores que influenciavam as atitudes de 24 adultos na Irlanda para o tratamento odontológico. Concluíram que o impacto emocional dos pacientes pela perda de dentes é a principal motivação para procurar tratamento. Para a influência dos padrões sociais sobre as práticas na assistência odontológica, segundo os autores, os participantes identificaram a extração dentária como prática na Irlanda antigamente, pois se os pais tinham prótese, o futuro do filho seria prótese também. Para as práticas atuais, os participantes identificaram as extrações como último recurso e entendem a importância da conservação de seus dentes e de seus familiares para evitar dor ou, ainda, gastos financeiros. Esse estudo ainda mostrou uma mudança de perfil dos entrevistados e do Cirurgião-Dentista para a tomada de decisão do tratamento adequado, em que as discussões para o tratamento são mútuas. Os autores atribuíram a uma mudança de mentalidade e uma população cada vez mais politizada, e em contato com os meios de comunicação e acesso a informações sobre possíveis tratamentos dentários, via internet.

A ausência de escovação e a falta de contato com o Cirurgião-Dentista na infância também foi motivo, entre as puérperas, para justificar a não regularidade no cuidado com a saúde bucal atualmente. Mas para os filhos, as puérperas relatam cuidar da higiene diariamente.

Abreu; Pordeus; Modena (2005), em seu estudo, acreditam que pelo fato de não se conformarem com a perda dentária e, principalmente, com o edentulismo, as mães apresentam uma grande preocupação com a saúde bucal atual de seus filhos, bem como o impacto que a saúde bucal terá no futuro deles e não querem para seus filhos as mesmas experiências negativas vivenciadas, por isso acham que têm um papel social a cumprir, que é ser responsável pelas questões sanitárias em uma família.

Quanto ao planejamento futuro das puérperas para os filhos RN, diversas foram as formas encontradas para que seu filho tenha saúde bucal, desde visitas regulares, estímulos às práticas de higiene,

utilização do flúor e cuidados com hábitos bucais deletérios, como mamadeira e chupeta. Planejam, também, iniciar precocemente os cuidados com a saúde bucal. Os planejamentos futuros citados pelas mães agregam a esperança dos cuidados com os dentes, o que de fato realmente é indispensável. Mais abrangente seria a promoção de saúde bucal.

Segundo Moysés e Kusna (2008), ainda hoje, o modelo de atenção à saúde bucal é hegemônico, mesmo que centrado na família, ainda prioriza a natureza paliativa, com abordagens individualistas e desconceitualizadas das reais causas, sendo que a simples transmissão do conhecimento não provocará mudança de comportamento em saúde, pois esses comportamentos estão intimamente ligados ao contexto de vida coletiva, nas relações do homem com a sociedade e com o ambiente. Acreditam que mudanças de comportamentos estão fora do alcance dos indivíduos, necessárias seriam ações voltadas para os indivíduos, para os coletivos e para os ambientes, favorecendo escolhas saudáveis.

Algumas puérperas esperam que seus filhos tenham o atendimento que elas não tiveram no passado e que não tenham medo. O atendimento que não tiveram e as oportunidades para os RN refletem a esperança em receber um atendimento integral, e isso só será possível com a modificação na maneira de se pensar saúde bucal.

Em virtude disso, Watt (2007, p.6) acredita que diversos são os princípios fundamentais para o desenvolvimento da promoção da saúde bucal. Destacando o Empoderamento, no qual as intervenções devem permitir que os indivíduos e comunidades exerçam maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam sua saúde bucal; a intervenção Holística com a abordagem centrada sobre os riscos comuns e condições que determinam a saúde bucal e geral; Intersetoriais, da parceria de trabalho em todos os setores para garantir que a melhoria da saúde bucal esteja amplamente relacionada às necessidades de saúde pública; Base Epidemiológica, a partir da qual o conhecimento existente sobre a eficácia e de boas práticas devem ser a base para desenvolvimento futuro de melhoria da saúde bucal; Intervenções Sustentáveis, em que as melhorias em longo prazo da saúde bucal poderão ser mantidas pelos indivíduos e pelas comunidades; Multiestratégias, nas quais se deve compreender os fatores determinantes de saúde bucal numa combinação de ações complementares, como políticas públicas saudáveis para o desenvolvimento da comunidade em seu ambiente e, por fim, os

recursos suficientes e adequados para a avaliação e acompanhamento das intervenções em saúde bucal.

Durante investigação procurou-se saber sobre os cuidados de saúde bucal realizados nos RN pelos profissionais da Equipe de Saúde das Unidades estudadas e verificou-se que, entre os profissionais da Unidade Neonatal, a limpeza da gengiva do RNPT esteve presente em alguns relatos e, normalmente, a limpeza estava associada à hora do banho. Algumas puérperas da Unidade Neonatal relataram receber orientações dos profissionais nesse sentido. No Alojamento Conjunto, poucos disseram realizar. Alguns profissionais da Unidade Neonatal esclarecem a importância dos cuidados humanizados ao RN.

Estudo exploratório de Souza e Ferreira (2008), de natureza qualitativa, realizado na UTI Neonatal de um hospital materno infantil do Rio de Janeiro, RJ, com profissionais de diversas áreas da saúde, mostrou que, na visão dos profissionais, a humanização ainda é vista como uma forma de assistência, cujo cuidado está relacionado a um tipo de atendimento que envolve um processo assistencial resultante do conhecimento e da prática das várias categorias profissionais, atuantes na produção de cuidados em saúde.

Braga; Morshc (2003) *apud* Souza; Ferreira (2008) reconhecem a importância da integração entre a equipe e a família, e apontam que o aprendizado dos familiares, na ocasião da internação, servirá como base para a continuidade do cuidado quando o bebê estiver em casa.

Um estudo descritivo realizado por Faustino-Silva *et al* (2008), envolvendo 235 pais de seis Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre, RS, revelou que 45% dos pais acreditam que a higiene bucal das crianças deveria ser iniciada antes de seis meses de idade.

Nenhuma puérpera, participante do presente estudo, relatou realizar cuidados para evitar a transmissibilidade bacteriana. Estudo de Li *et al* (2005), no qual verificaram a fidelidade na aquisição inicial do SM por RN de suas mães, demonstrou que os genótipos de SM isolados de crianças, no momento da aquisição inicial, foram homólogos àqueles isolados da saliva da mãe em 71% dos pares mãe-bebê (24 das 34 crianças avaliadas).

Sheiham; Tsakos (2008) complementam que os comportamentos em saúde não são determinados apenas pela percepção, crença, atitude ou intenção do indivíduo, se estiverem isolados das condições socioeconômicas e ambientais sob as quais a população vive, é importante compreender o ambiente em que se é inserido.

Kuhn (2002) entende que a informação para as mães sobre a importância dos aspectos nutricionais, dietéticos, higiênicos e outros,

relativos aos cuidados básicos de saúde bucal, evidentemente resultam em uma redução da cárie dentária e, os programas de educação para a saúde bucal, não devem limitar-se à demonstração de procedimentos corretos, mas devem concentrar-se em criar hábitos próprios e readequados aos estilos de vida das pessoas. Para a pesquisadora, a presença de hábitos saudáveis desde a primeira infância, em geral, são incorporados à rotina destas crianças, gerando benefícios por toda a vida. Em seu estudo, acompanhando bebês por 15 meses, a menor prevalência da doença cárie foi nos bebês sob intervenção (9,83%), em comparação com o grupo sem intervenção (38,68%).

7.4 Equipe multiprofissional e possibilidades da interdisciplinaridade na promoção da saúde integral do ser humano.

A integração multiprofissional e interdisciplinar foi um dos temas que emergiu das expectativas de muitos profissionais para o serviço do Cirurgião-Dentista. Porém, alguns relatos de profissionais da Equipe de Saúde, ilustraram ver no Cirurgião-Dentista a imagem de um profissional ainda de difícil acesso, isolado das demais profissões e com uma visão individual de Saúde Pública. O reflexo da fragmentação da boca do corpo e de um trabalho técnico durante muitos anos, ainda é motivo para a imagem de um Cirurgião-Dentista desconectado do trabalho em equipe.

O excesso de tecnologias em odontologia, a forma de uma visão única de se tratar o processo da doença, não considerando o aspecto saúde, ou melhor, a causa, se contrapõe ao que é hoje instituído nas políticas públicas de saúde, nas quais o profissional deverá permitir-se entender o indivíduo em todos os aspectos no qual ele está inserido (Costa, 2004).

Para Botazzo (2008, p.84), a boca comunica com o corpo e vice-versa, a boca clínica faz parte da integralidade em saúde e propicia bem-estar para o indivíduo. Para esse autor, o Cirurgião-Dentista, numa visão integral, precisa se interessar por disciplinas na graduação que, tradicionalmente, ocupam pouco tempo, mas que são absolutamente necessárias no dia a dia. A bucalidade é um conceito do modo de se olhar bocas e dentes e, assim, o pensar na organização do trabalho, no modo de olhar, no que querem dizer as funções bucais e nas possíveis limitações de tais funções. Englobar conceitos de uma clínica ampliada na formação da Odonto-Estomatologia. Acrescenta, ainda, que o trabalho em equipe, para o Cirurgião-Dentista, significa o intercâmbio

entre médicos, enfermeiros e outros trabalhadores de saúde, pensando contextos sociais, muito além de correlações simplistas de dieta, placa bacteriana e cárie.

O perfil de uma formação demasiadamente técnica vem sendo confrontado no trabalho do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde desde sua atuação em equipe até seus conhecimentos sobre educação em saúde.

Estudo qualitativo de Besen *et al* (2007), de natureza exploratório-descritiva, em relação a compreensão dos Cirurgiões-Dentistas do Programa Saúde da Família (PSF) sobre Educação em Saúde, com 11 profissionais de Unidades de Saúde de Florianópolis (SC), inseridos nas equipes, relata que muitos Cirurgiões-Dentistas ainda têm uma concepção voltada para a prevenção de doenças e o modo de pensar a educação em saúde tem sempre um agente externo causador da doença e denominado por esses autores como o “inimigo”. O estudo identificou que um modelo tradicional de imposição de conhecimentos ao paciente ainda é seguido, pelo qual se transmite conhecimentos técnicos sobre as patologias e como cuidar da saúde, desconsiderando o saber popular e as condições de vida dessas populações. Concluem que o trabalho educativo a ser feito deve extrapolar o campo da informação, integrar a consideração de valores, de costumes, de modelos e de símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas.

Outra justificativa para a falta de relação entre as Equipes de Saúde Bucal (ESB) com as outras equipes no SUS seria o confronto, rotineiramente, com a demanda excessiva da antiga dívida assistencial do Brasil com a saúde bucal.

Para Lourenço *et al* (2009), num estudo envolvendo o PSF nos municípios de Minas Gerais (MG), faz-se necessária a melhora na integração entre os vários profissionais do PSF. O distanciamento talvez possa ser explicado por fatores como a inserção tardia das ESB no PSF, pela formação excessivamente individualista e tecnicista dos profissionais da Odontologia, que dificultam a abordagem do indivíduo como um todo e pela demanda excessiva, que toma grande parte do tempo dos Cirurgiões-Dentistas, impedindo-os de interagir com os demais profissionais. Acrescenta, ainda, que se deve vencer a barreira do tratamento exclusivamente do campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico, buscando uma abordagem do indivíduo como um todo e apropriar os aspectos da saúde bucal nas práticas.

Groisman *et al* (2005) acreditam que os problemas de ordem estrutural que acontecem no SUS são reflexos da falta de pessoal, dos

recursos financeiros, do despreparo de Gestores na reformulação dos modelos de atenção e dos Coordenadores Municipais de Odontologia em assumir o papel e a luta pela inserção efetiva da Odontologia na Estratégia Saúde da Família. Essas autoras acreditam que não se pode esperar que um programa novo possa transformar concepções históricas e culturais arraigadas no modelo tradicional e hospitalocêntrico com tamanha rapidez. Deve-se mudar conceitos, aprimorar o trabalho em equipe e atuar na prevenção e promoção à saúde do indivíduo e da coletividade. Acreditam que os passos da inclusão do Cirurgião-Dentista ainda são lentos, no entanto, uma conscientização da população no sentido de buscar por meio do controle social o direito à saúde bucal já é verificado. Acrescentam que o profissional deverá saber atuar no contexto social e exercer sua profissão de modo a garantir à população uma vida saudável e de qualidade.

Para que o Cirurgião-Dentista possa atuar nesse contexto, o ensino não pode estar atrelado a práticas assistencialistas e imediatistas, pois produzem o que Freire (1986) classifica como a educação bancária, em que o aluno arquiva o que foi depositado pelo professor sem o estímulo para a criação. Para esse autor, o ser humano torna-se consciente a partir do momento que conhece e se compromete com a realidade e adquire uma consciência crítica, a partir da qual não se satisfaz com aparências, reconhece que a realidade é mutável, é indagador, investiga e vai ao encontro.

Para Roncalli e Araújo (2004) deve-se polarizar um tipo de modelo assistencial e se reconstruir a organização dos serviços de saúde, redefinindo o conteúdo das práticas e tendo claro que não há um modelo padrão, mas modelos adaptados para a realidade e com eixos centrais na universalidade, integralidade, interdisciplinaridade e equidade dos serviços.

Complementando este pensamento, Tirelli (2004) investigando conhecimentos, atitudes e práticas de saúde bucal e tratamento odontológico para gestantes, por 204 médicos ginecologistas e obstetras da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Município de São Paulo, SP, observando que 100% dos entrevistados consideraram necessária a integridade da saúde bucal para o desenvolvimento normal da gestação e, entre os entrevistados, 76 % consideram que o relacionamento entre Cirurgião-Dentista e médico, no que diz respeito à saúde bucal da mulher durante a gravidez não é totalmente satisfatório. Conclui que é essencial o intercâmbio de informações entre a Medicina e a Odontologia na conscientização da gestante para a saúde bucal.

Uma mudança de mentalidade e o romper barreiras torna-se imprescindível para o trabalho, não somente multiprofissional, mas interdisciplinar. Para Delfino *et al* (2004), a promoção da saúde integral individual-coletiva seria um processo de interação entre os profissionais da saúde e os indivíduos, buscando a transformação das suas limitações em possibilidades de viver saudável, envolvendo os sujeitos a participar das decisões sobre o seu processo de viver, considerando o alcance de cidadania na dimensão individual-coletiva.

Alguns relatos, dos profissionais da Equipe de Saúde deste trabalho, atentaram para expectativas no trabalho multiprofissional que o Cirurgião-Dentista poderá realizar, no sentido de somar informação para puérperas.

Para Santos e Cutolo (2004), hoje, a prática leva a uma realidade totalmente distinta, onde o trabalho em equipe se aproxima mais do que se pode rotular como pluridisciplinar, já que os conhecimentos profissionais dos componentes das equipes não se integram, reproduzindo o que foi aprendido na Universidade.

Demo (2001, p. 111) acredita que a interdisciplinaridade não avança quando feita *intramuros* da mesma disciplina, sendo que trabalhar em grupo acaba por se confundir com trabalhos interdisciplinares. Acrescenta, ainda, que não é qualquer grupo que pode ser tomado como interdisciplinar. Para sê-lo, a condição prévia seria um grupo composto por especialistas diferentes, sobre mundos diferentes, assumindo uma formação diversificada. E complementa que a maior razão da interdisciplinaridade está que nenhum problema importante é especial e sim, complexo.

Japiassu (1976, p.61) vê na disciplina o sinônimo de ciência e a disciplinaridade é entendida como uma progressiva exploração científica, especializada numa certa área ou domínio.

Outros significados também foram atribuídos ao serviço do Cirurgião-Dentista no Hospital, no qual alguns profissionais da Equipe de Saúde lembraram a importância de dividir conhecimento, integrar, treinar e capacitar os profissionais da Equipe de Saúde do HU/UFSC.

Na interdisciplinaridade, deve-se ultrapassar o saber fragmentado das multi-especialidades, à medida que ela se opõe a tudo que é ensino tradicional e tem, como reflexo, a articulação do ensino com a realidade social. A interdisciplinaridade é uma reflexão sobre a repartição epistemológica do saber em disciplinas compartimentadas e se apresenta como uma nova maneira de organizar as ciências (JAPIASSU, 1976, p.50).

Demo (2001, p.134) sugere o desafio de inovar, com a ruptura sem precedentes da atitude mais ou menos especulativa do conhecimento acadêmico e a virada decisiva consistem no conhecimento, na sociedade e na vida das pessoas. Acrescenta que a interdisciplinaridade não é coisa de cientista, mas de um grupo de cientistas para o trabalho em equipe, na qual os conhecimentos especializados buscam convergência num texto único escrito a muitas mãos.

Seguindo por esse pensamento, a mudança de ensino transformará o Cirurgião-Dentista num promotor e educador em saúde. A postura profissional interdisciplinar permitirá abranger a perspectiva da saúde para a intersetorialidade. Para Narvai e Frazão (2008), os desafios a serem enfrentados, para produzir socialmente saúde bucal coletiva, implicam mais do que a clínica odontológica, pois requer ações sociais e protagonismo político, indo muito além dos limites do céu da boca.

Na perspectiva de mudanças no modo de trabalhar do Cirurgião-Dentista, atualmente, no Brasil, estão sendo implantadas novas diretrizes com reorientação para a formação de profissionais da área da saúde, o que, de acordo com Santos; Cutolo (2004) torna possível formar uma cultura ampla, de convivência multiprofissional, com respeito às peculiaridades de cada profissão, trabalhando e interagindo dentro de uma equipe, a fim de modificar os atuais padrões de atuação profissional para outro, com características interdisciplinares.

Minayo (2004) crê que a saúde não se institui nem em uma disciplina, nem em um campo separado da realidade social. A sua especificidade é dada pelas inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas, relacionadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença. Acrescenta, ainda, que a saúde relaciona-se à organização, administração e avaliação dos serviços e clientela dos sistemas de saúde.

Na possibilidade de concretizar a presença do Cirurgião-Dentista em Hospitais, um projeto de lei do deputado federal Neilton Mulim da Costa em atual tramitação na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei n.º 2.776/2008 (ANEXO C) se fundamenta na atuação de profissionais de Odontologia em hospitais públicos e privados, principalmente em UTIs. Assim, segundo projeto, os pacientes internados poderão receber cuidados referentes à saúde bucal, evitando que infecções bucais causem danos à saúde geral (COSTA, 2008; CRO/PI, 2008).

8. REFLEXÕES FINAIS

Neste estudo ficou evidenciada, pelos participantes, a importância do Cirurgião-Dentista para a atenção à saúde bucal do recém-nascido. A presença desse profissional nessas Unidades permitirá oferecer ao RN a atenção à saúde bucal contribuindo para a saúde integral e humanizada dessas crianças.

A integração da Odontologia com as demais profissões em âmbito hospitalar possibilitará ações conjuntas para a saúde integral do usuário, além de treinar e capacitar a Equipe para a saúde bucal e, dessa relação da troca de saberes entre profissionais, avanços para a interdisciplinaridade.

Pelas expectativas positivas das puérperas e dos profissionais de saúde em relação ao trabalho do Cirurgião-Dentista no HU/UFSC, na abordagem da promoção de saúde bucal, o presente estudo confirmou o que a American Academy of Pediatric Dentistry (2009) e o National Institute of Dental and Craniofacial Research (2001) preconizam sobre a importância de ações relacionadas também à Odontologia Perinatal, como um dos alicerces para a educação preventiva e de cuidados dentários.

As experiências passadas com a assistência odontológica, relatadas pelos participantes, culminaram com a antiga realidade assistencial brasileira, de uma população que vivenciou uma Odontologia das extrações e mutilações dentárias. Muitos participantes, atualmente, relatam boa convivência com o Cirurgião-Dentista e desejam para seus filhos e para si mesmos, boa assistência e educação em saúde bucal. Esse desejo dos participantes na educação em saúde bucal reflete a necessidade de implementação de ações envolvendo não apenas o recém-nascido como proposto no início do estudo, mas também, gestantes que realizam seu pré-natal e puérperas internadas no HU/UFSC.

Apesar do desejo da atenção à saúde bucal, muitas puérperas deste estudo, não as receberam durante a gestação, assim como, poucas tiveram a assistência Odontológica. O que faz refletir sobre o acesso da população à Odontologia no SUS e a postura do Cirurgião-Dentista frente às Unidades de Saúde e Estratégia Saúde da Família. Assim como permitiu também compreender limites e dificuldades que ocorrem na assistência odontológica oferecida pelo serviço público. Limitações essas, relacionadas principalmente a atenção primária do SUS.

Este trabalho não tem como objetivo propor o trabalho do Cirurgião-Dentista para suprir lacunas da atenção primária e, sim,

reforçar, a importância da presença do Cirurgião-Dentista na atenção terciária, atuando em equipe e promovendo a atenção à saúde bucal dos usuários. Também neste estudo não se teve a pretensão de caracterizar como imprescindível a presença do Cirurgião-Dentista no HU/UFSC e sim, identificar, a partir dos discursos dos participantes, a contribuição deste profissional nas Unidades Neonatal e Alojamento Conjunto, pela ótica do serviço e da real necessidade dos participantes. Uma vez que, uma das limitações encontradas, relacionou-se à dificuldade de trabalhos que mostrassem, em nível hospitalar, a atenção à saúde bucal como fator de promoção da saúde integral do RN.

Assim, sob a perspectiva do cuidado integral ao RN, sugere-se a ampliação da equipe multiprofissional pela presença do Cirurgião-Dentista. Este poderá contribuir na organização do serviço, sob a nova concepção de pensar o processo saúde-doença, atuando na atenção à saúde bucal individual e coletiva. Acrescentam-se também possibilidades de atuação para gestantes que realizam pré-natal no HU/UFSC.

A capacitação profissional das Equipes de Saúde, segundo políticas públicas vigentes atualmente no país, mantém a troca de saberes e práticas num processo permanente de aprendizado. No Hospital, o Cirurgião-Dentista, poderá colaborar na capacitação da atenção à saúde bucal da Equipe de Saúde da Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto e, assim, ampliar a dimensão do conhecimento na atenção à saúde do RN.

Entendendo na metodologia qualitativa, um campo de conhecimento que visa compreender significados, sugerem-se novos trabalhos abordando a temática da importância da intervenção Odontológica na atenção integral do RN em ambiente hospitalar, assim como da família acompanhante.

Pela literatura apresentada, verifica-se a importância do profissional compreender o significado de atuar em equipe para a integralidade das ações em saúde para o RN. Recomenda-se, portanto, uma formação acadêmica abrangendo o saber atuar em equipe para a saúde integral do RN.

Enfim, ao finalizar este estudo deixa-se o seguinte questionamento: “por que não?”. As novas possibilidades exigem mudanças de atitudes frente a padrões estabelecidos e uma mentalidade aberta a novos conceitos de se pensar saúde, em que o Cirurgião-Dentista será mais um profissional a integrar a equipe e o grande desafio de se produzir qualidade de vida.

Como reflexão final, deixa-se a campanha publicitária de 2009 do canal Futura:

Até hoje os cientistas discutem como a vida começou, se a orientação sexual é definida pela genética, e por que você boceja quando alguém boceja. Os biólogos querem entender como os pássaros migram e os nutricionistas, se o ovo faz mal à saúde. Como você pode ver, não são as respostas que movem o mundo, são as perguntas (CANAL FUTURA, 2009).

9. REFERÊNCIAS

ABREU, M.H.N.G. de; PORDEUS, I.A.; MODENA, C.M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.245-259, jan/mar 2005.

AINE, L. *et al.* Enamel defects in primary and permanent teeth of children born prematurely. **J Oral Pathol Med**, v.29, n.8, 403-409, sept 2000.

AGUIAR, A. D.; SANTOS, J. A.; BÖNECKER, M. J. S. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de crianças de 0 a 36 meses do município de Vila Velha – ES. **JBP- Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do bebê**, v. 2, n. 6, p.111-118, 1999.

ALBUQUERQUE, O. M. R. de; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.20, n.3, p. 789-796, mai/jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/16.pdf>. Acesso em: dez 2009.

ALCÂNTARA, N.P. *et al.* Manejo odontológico de La paciente embarazada. **Rev. Cuidados Odontológicos Especiales**, v.7, n.1, p. 5-11, 2000.

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. **Cad. Saúde Pública [online]**, v.24, n.9, p. 2131-2140, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/19.pdf>. Acesso em: jan 2010.

ALVES, A.M.L.; SILVA, E.H.A.A.; OLIVEIRA, A.C. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v.12, n.1, p. 23-28, jan 2007.

ALVES, R.T.; RIBEIRO, R.A. Relationship between maternal periodontal disease and birth of preterm low weight babies. **Braz Oral Res**, v. 20, n. 4, p. 318-23, jul 2006.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Guideline on perinatal oral health care**, 2009. Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines. Acesso em: julho, 2009.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Policy on early childhood caries (ECC): Classifications, consequences, and prevention strategies**. *Pediatr Dent*, v.30, n.7, p.40-43, 2008. Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCClassifications. Acesso em: julho, 2009.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Oral Health Policies. Reference Manual of Policy on Hospital Staff Membership**, 2009. Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_HospitalStaff.pdf. Acesso em: janeiro, 2010.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Statement on Periodontal Disease and Preterm Low Birthweight. **Gum Disease and Pregnancy Problems**. Chicago, 2009. Disponível em: <http://www.perio.org/consumer/nejm-statement.htm>. Acesso em: julho, 2009.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. **Statement on early childhood caries**. Chicago: 2000. Disponível em: <http://www.ada.org/prof/resources/positions/statements>. Acesso em: julho, 2009.

AMORIM, C.; VICENTE, R.B. Abordagens de família: uma aproximação da psicologia. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J., org. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 89-100.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. e. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Rev. Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.11, n.1, p. 123-130, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29456.pdf>. Acesso em: janeiro, 2010.

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A., editores. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 441p

ARIAS, S. M. B.; BRANDÃO, A. M.; NOGUEIRA, A. J. S. Prevalência de cárie em bebês de 0-3 anos. **RGO**, v. 45, n. 3, p. 163-169, maio/ jun 1997.

BARAK, O.O. *et al.* Severe pregnancy complication (Preeclampsia) is associated with greater periodontal destruction. **Journal of Periodontol**, v. 76, n.1, p. 134-137, jan 2005.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7 n.4, p.709-717, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: dez 2009.

BERND, B. *et al.* Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate**, n. 34, p.33-39, mar 1992.

BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 27^a ed., 2007. 247p

BERKOWITZ, R.J. Causes, treatments and prevention of early childhood caries: A microbiologic perspective. **J Can Dent Assoc**, v. 69, n.5, p.304-307, May 2003.

BERKOWITZ, R.; JONES, P. Mouth-to-mouth transmission of the bacterium *Streptococcus mutans* between mother and child. **Arch Oral Biol**, v.30, n.4, p. 377-379, Apr 1985.

BERKOWITZ, R.J.; TURNER, J.; GREEN, P. Maternal salivary levels of *Streptococcus mutans*: The primary oral infection in infants. **Arch Oral Biol**, v. 26, n.2, p. 147-149, Feb 1981.

BESEN, C. B. *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.

BIJELLA, M.F.T.B. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. **JBP- Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do bebê**, v.2, n.6, p.127-131, mar 1999.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

BOICE, J.B.; KROUS, H.F.; FOLEY, J.N. Gingival and dental complication of orotraqueal intubation. **J Am Med Assoc**, v. 236, n. 8, p. 957-958, Aug 1976.

BÖNECKER, M.J.S.; GUEDES-PINTO, A.C.; WALTER, L.R. de F. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade . **Rev. APCD**, v.51, n.6, p. 535-540, nov/dez 1997.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p. 13-64.

BOTAZZO, C. A bucalidade no contexto da Estratégia Saúde da Família: ajudando a promover saúde para os indivíduos, grupos e famílias. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J., org. **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 81-88.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br>. Acesso em: julho, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção humanizada ao recém-nascido baixo peso: método mãe-canguru**. 1ª edição. Brasília, 2002. 282p. Disponível em: <http://www.metodocanguru.org.br/manual.pdf>. Acesso em: agosto, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica - SIAB: indicadores 2001**. Brasília, 2003. Disponível em: www.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/siab. Acesso em: set 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003, condições de saúde bucal da população brasileira**. Brasília, 2004. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: outubro, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno 17 –Saúde Bucal**. Brasília, 2006. Disponível em: www.saude.gov.br/dab acesso em: março, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. BRASÍLIA, 2004. Disponível em: www.saude.gov.br, acesso em: março, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: www.opas.org.br/informacao. Acesso em: agosto, 2008.

BRICEÑO-LÉON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.7-30, jan./fev. 1996.

BROWN, A. *et al.* Preventing Early Childhood Caries: Lessons from the Field. **Pediatric Dentistry**, v. 28, n.6, p. 553-560, Nov/Dec 2006.

CAIXETA, F.F.; CÔRREA, M.S.N.P. Estudo dos defeitos do esmalte e padrão de erupção dentária em crianças prematuras. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 4, p.195-199, jul/ago 2005.

CANADIAN DENTAL HYGIENISTS ASSOCIATION. Position Statements. Review of the Oral Disease-Systemic Disease Link. Part II: Preterm Low Birth Weight Babies, Respiratory Disease. **Canadian Journal Of Dental Hygiene**, v.41, n.1, Jan/Feb 2007.

CANGUILHEM, G. **Entre o normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 307p.

CANAL FUTURA. Campanha publicitária: "*não são as respostas que movem o mundo, são as perguntas*", 2009. Disponível em: <http://www.futura.org.br>. Acesso em jan: 2010.

CAUFIELD, P.W.; CUTTER, G.R.; DASANAYAKE, A.P. Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants: Evidence for a discrete Window of Infectivity. **J Dent Res**, v.72, n.1, p.37-45, Jan 1993.

CHAN, S.C.L.; TSAI, J.S.J.; KING, N.M. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregivers' dental knowledge and attitudes. **Int J Paediatr Dent**, v. 12, n.5, p. 322-331, Sep 2002.

CHRISTENSEN, J.R.; FIELDS, H.W. Non nutritive sucking. In: CÔRREA, M.S.N.P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos editora, 1ª edição, 1998. p. 1-114. 675p

CÔRREA, M.S.N.P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos editora, 1ª edição, 1998. 675p

CORREIA, L.L.; MCAULIFFE, J.F. Saúde Materno-Infantil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 375-403.

COSTA, I.C.C. O paradigma da Promoção de Saúde e sua interface com a Saúde Bucal. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C., org. **Saúde Bucal Coletiva conhecer para atuar**. Natal: Ed. EDUFRN, 2004, 300p.

COSTA, I.C.C. *et al.* A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG rev. pos-grad**, v.5, n.2, p. 87-92, abr/mai/jun 1998.

COSTA, N.M.da. Projeto de Lei nº 2776/2008. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>. Acesso em: 06 nov. 2008.

COZZUPOLI, Carlota Augusta. **Odontologia na gravidez**. São Paulo: Panamed editorial, 1981. 154p

CRESPIN, J. **Puericultura : ciência, arte e amor**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: BYK, 1996. 265p.

CRO/PI. Conselho Regional de Odontologia do Piauí. Lei nº 2776/2008. Disponível em: < <http://www.cropi.org.br>>. Acesso em: 02 jul. 2008.

CRONIN, M. *et al.* A qualitative study of trends in patient preferences for the management of the partially dentate state. **Gerodontology**, v.26, n. 2, p. 137-142, Jun 2009.

CRUZ, A.A.G. *et al.* Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 4, n. 3, p. 185-189, set/dez 2004.

CRUZ, J.S. *et al.* The image of the dentist: a study on social representation. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 11, n. 4, p. 307-313, out./dez. 1997.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 174p.

DAVEY, A.L.; ROGERS, A.H. Multiple types of the bacterium *Streptococcus mutans* in the human mouth and their intra-family transmission. **Arch Oral Biol**, v.29, n.6, p. 453-60, jun 1984.

DELFINO, R.R.M *et al.* O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1057-1066, out/dez 2004.

DEMO, Pedro. **Conhecimento moderno:** sobre ética e intervenção do conhecimento. 4^a. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 317p.

DUAILIBI, S.E.; DUAILIBI, M.T. A odontologia para gestante. **Rev. Paulista de Odontologia**, v. 1, n.5, p. 12-36, set/out 1985.

ENLOW, D.H. **Crescimento Facial.** São Paulo: Artes Médicas, 3^a ed. , 1993, 553p.

FADEL, C. B.; WAGNER, D. M.; FURLAN, E. M. Associação entre características sócio-dentais maternas e experiência de cárie na primeira dentição da criança. **Revista Odonto Ciência**, v. 23, n. 1, p.31-34, 2008.

FAUSTINO-SILVA *et al.* Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Rev. odonto ciênc.**, v. 23, n.4, p. 375-379, 2008.

FEARNE, J.M. *et al.* Enamel defects in the primary dentition of children born weighing less than 2000 g. **Br Dent J**, v.168, p. 433-437, Jun 1990.

FERRINI, F.R.D.O.; MARBA, S.T.M.; GAVIÃO, M.B.D. Alterações bucais em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer. **Rev. paul. pediatr**, v.25, n.1, p. 66-71, mar 2007.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2^a ed., 2004. 307p.

FLÓRIO, F. M.; PEREIRA, A. C. Alicerce para a promoção de saúde bucal: o início precoce. In: PEREIRA, A. C., org. **Odontologia em saúde coletiva**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 413-425.

FONSECA, L.M.M. **Cuidados com o bebê prematuro: cartilha educativa para educação materna**. 2002. 151p. Dissertação (mestrado em enfermagem). Departamento materno-infantil e saúde pública da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 25^a ed., 2002. 165p.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra, 12^a ed., 1986. 79p

FUJINAGA, C. I. *et al.* Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 19, n. 2, p. 143-150, abr.-jun. 2007.

GARRAFA, V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: FORTES, P.A.C.; ZOBOLI, E.L.C.P., org. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

GAZOLLA, C.M. *et al.* Evaluation of the incidence of preterm low birth weight in patients undergoing periodontal therapy. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 78, n. 5, p. 842-848, May- 2007.

GOLDIE, M.P. Oral health care for pregnant and post partum women. **Int. J. Dental Hygiene**, v.1, n.3, p.174-176, Aug 2003.

GROISMAN, S.; MORAES, N.M.; CHAGAS, L.D. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. Rio de Janeiro: **Cadernos da ABOPREV II**, 2005. Disponível em: <http://new.paho.org/bra> Acesso em: dez 2009.

GROSSEMAN, S. **Satisfação com o trabalho: do desejo à realidade de ser médico**. 2001. 282 f. Tese (Doutorado) - Centro Tecnológico - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2001.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z.M. **Do desejo à realidade de ser médico: a educação e a prática como um processo contínuo de construção individual e coletiva**. Florianópolis: Ed UFSC, 2004, p. 17-40.

GUIMARÃES, M.S. *et al.* Atividade de cárie na primeira infância fatalidade ou transmissibilidade?. **Cienc Odontol Bras**, v.7, n.4, p. 45-51, out/dez 2004.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 8^a ed., 2001. 224p

HAIKAZEMI, E.; OSKOUIE, F.; MOHSENY, S.H.; NIKPOUR, S.; HAGHANY, H. The Relationship between Knowledge, Attitude, and Practice of Pregnant Women about Oral and Dental Care. **European Journal of Scientific Research**, v.24, n.4, p. 556-562, 2008.

HILTON, I.V. *et al.* Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n.6, p.429-438, Dec 2007.

HOFFMANN, R.H.; SOUSA, M.L.R.; CYPRIANO, S. Prevalência de defeitos de esmalte e sua relação com cárie dentária nas dentições decídua e permanente, Indaiatuba, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2, p. 435-444, fev 2007.

HUNGLER, B.P.; BECK,C.T; POLIT, D. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber.** Rio de Janeiro: Imago, 1976. p.7-103

JARED, H.; BOGGESS, R.B. Periodontal Diseases and Adverse Pregnancy Outcomes: A Review of the Evidence and Implications for Clinical Practice. American Dental Hygienists' Association. **Journal of Dental Hygiene**, v.82, n.3, p. 24-43, Jul 2008.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; GUYATT, G. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. **Quality of Life Research**, v. 13, n.7, p1297-1307, Sep 2004.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **Pais/bebê: A formação do Apego.** Porto Alegre: Artmed, 1993.

KÖHLER, B.; ANDREEN, I. Influence of caries-preventive measures in mothers on cariogenic bacteria and caries experience in their children. **Arch Oral Biol**, v.39, n.10, p.907-911, 1994.

KONISHI, F. Odontologia intra-uterina. **Rev. APCD**, v.49, n.2, p. 135-136, mar/abr 1995.

KUHN, E. **Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de ponta grossa – PR.** 2002. 90p. Dissertação (mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

LAW, V.; SEOW, W.K.; TOWNSEND, G. Factors influencing oral colonization of mutans streptococci in young children. **Australian Dental Journal**, v. 52, n.2, p. 93-100, jun 2007.

LEÃO, E. **Pediatria ambulatorial**. Belo Horizonte: COOPMED, 2^a ed., 1989, p. 84-110. 529p.

LI, Y.; CAUFIELD, P.W. The Fidelity of Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants from Their Mothers. **J Dent Res**, v.74, n.2, p. 681-685, Feb 1995.

LI, Y. *et al.* Mode of Delivery and Other Maternal Factors Influence the Acquisition of Streptococcus mutans in Infants. **J Dent Res**, v.84, n.9, p.806-811, Sep 2005.

LOPEZ, N. J.; SMITH, P.; GUTIERREZ, J. Peridontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with Periodontal Disease: a randomized controlled trial. **J. Periodontol.**, Chicago, v.73, n.8, p.911-924, Aug 2002

LOURENÇO, E. do C. *et al.* Inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v.14, suppl.1, p. 1367-1377, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc>. Acesso em: jan 2010.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986. 99p.

MACDONALD, R.E.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994, p. 151-195. 608p

MACHADO, F.C.; RIBEIRO, R.A. Defeitos de esmalte e cárie dentária em crianças prematuras e/ou de baixo peso ao nascimento. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.4, n.3, p.243-247, set/dez 2004.

MEDEIROS-JÚNIOR, A. *et al.* Experiência extramural em hospital público e a promoção de saúde bucal coletiva. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 305-310, abr 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: jun 2009.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 5^a ed., 2004. 269p

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 5^a ed., 2007. 404p

MOYERS, R.E.; CARLSON, D.S. Maturação da neuromusculatura orofacial. In: ENLOW, D.H. **Crescimento Facial**. São Paulo: Artes Médicas, 3^a ed., p. 260-271, 1993.

MOYSÉS, S. J. O contexto atual para a pesquisa em Saúde Bucal Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n. 4, p. 718-719, abr 2008.

MOYSÉS, S.J.; KUSNA, S. Promoção de Saúde e intersectorialidade na abordagem familiar. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A., editores. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 441p

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T. Diferentes abordagens dos estudos epidemiológicos- do individual ao ecológico. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A., editores. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 441p

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade.

Rev Saúde Pública, v.40, n. esp, 2006, p. 141-147.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. 148p

NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL AND CRANIOFACIAL RESEARCH. **The Face of a Child: Surgeon General's Workshop and Conference on Children and Oral Health: proceedings**. Washington DC, may 2001. Disponível em: www.nidcr.nih.gov. Acesso em: jul 2009.

NEWBRUM, E. **Cariologia**. São Paulo: Ed. Santos, 2ª ed., 1990. 326p
NITSCHKE, R.G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para interação familiar saudável**. 1991. 269p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

OFFENBACHER, S.I. et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J. Periodontol.**, v.67, n.10, p. 1103-1113, Oct 1996

OFFENBACHER, S.I. et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction. **Ann. Periodontol.**, Chicago, v.6, n.1, p. 164-174, Dec 2001

OLIVEIRA, A.F.B.; CHAVES, A.M.B.; ROSENBLATT, A. The Influence of Enamel Defects on the Development of Early Childhood Caries in a Population with Low Socioeconomic Status: A Longitudinal Study. **Caries Res**, v.40, n.4, p.296-302, jun 2006.

OPPERMANN, R.V. A cárie como processo saúde-doença. In: KRAMER, P.F.; FELDENS, C.A.; ROMANO, A.R., org. **Promoção de Saúde Bucal em Odontopediatria, diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 144p.

PAIM, J.S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C.M., org. **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 174p.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica**. 1995. 215f. Tese (Doutorado em enfermagem) – Programa pós-graduação em enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 1995.

PATRÍCIO, Z.M. **O processo ético e estético de pesquisar: um movimento qualitativo transformando conhecimentos e a qualidade de vida individual e coletiva**. Texto da Disciplina Introdução à Pesquisa Sócio-Ambiental do Curso de Especialização em Recursos Hídricos/UFSC. Florianópolis: Núcleo de Estudos das Águas/UFSC/CNPq, 2004, p. 06-21.

PINTO, A.C.G. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos editora, 6^a ed., 1997. 943p

POLITANO, G. T. *et al.* Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. **Rev. Ibero-am. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, v. 7, n. 36, p. 138-148, mar./abr. 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE-RIPSA. **Indicadores básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos>. Acesso em jul 2009.

REGO, J.D. **Aleitamento Materno**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. 518p
REIS, D.M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal no período pré-natal. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos>. Acesso em: jun 2009.

REZENDE, G.P.S.R.; COSTA, L.R.R.S.; CARDOSO, R. A. Pediatric dentistry during rooming-in care: Evaluation of an innovative project for Promoting oral health. **J Appl Oral Sci**, v. 12, n.2, p. 149-53, Apr/Jun 2004.

RIBEIRO, E.D.P. *et al.* **Odontologia Hospitalar**. Rev. Internacional Cirurgia Traumatologia Bucomaxilofacial, v.2, n.7, p.189-193, jul-set 2004.

RIBEIRO, A.G.; OLIVEIRA, A.F.; ROSENBLATT, A. Cárie precoce na infância: Prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.6, p. 1695-1700, nov/dez 2005.

ROBLES, Ana Carolina Couto. **Atitude e percepção sobre saúde bucal de mães de crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria da UFSC**. 2005. 76p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria). Programa de pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

RONCALLI, A.G.; ARAÚJO, L.U.A. O Sistema Único de Saúde e os modelos assistenciais: das propostas alternativas à saúde da família. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C., org. **Saúde Bucal Coletiva conhecer para atuar**. Natal: Ed. EDUFRN, 2004, p. 261-275.

RONCALLI, A.G. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A., editores. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 441p

ROSELL, F.L.; POMPEU, A.B.M.; VALSECKI, A. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.2, p.157-162, abr 1999.

SALLUM, A.W.; MARTINS, A.G.; SALLUM, E.A. A doença periodontal e o surgimento de um novo paradigma. In: BRUNETTI, M. C (org.). **Periodontia Médica**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 375-390, 642p.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano estadual de saúde 2007-2010**. Florianópolis, 2007. 196 f.

SANTOS, M.A.M.; CUTOLO, L.R.A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 33, n. 3, p. 31-40, 2004. Disponível em: < <http://www.acm.org.br> > Acesso em: jan 2010.

SCANNAPIECO, F.A.; BUSH, R.B.; PAJU, S. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes. A systemic review. **Ann Periodontol** v.8, n.1, p. 70-78, Dec 2003.

SEOW, W.K. Effects of preterm birth on oral growth and development. **Aust Dent J**, v.42, n.2, p.85-91, Apr 1997.

SEOW, W.K. *et al.* A study of primary dental enamel from preterm and full-term children using light and scanning electron Microscopy. **Pediatr Dent**, v.27, n. 5, p. 374-379, Sep/Oct 2005.

SERRA, C.G. A saúde bucal como política de saúde: a experiência de Niterói. **Physis**, v.11, n.2, p. 95-122, jul/dec. 2001. Disponível em: www.scielo.br/pdf/physis. Acesso em: jul 2009.

SIQUEIRA, F.M. *et al.* Maternal Periodontitis as a Potential Risk Variable for Preeclampsia: A Case-Control Study. **J Periodontol**, v.79, n.2, p. 207-215, Feb 2008.

SIQUEIRA, M.S. *et al.* Intrauterine growth restriction, low birth weight, and preterm birth: adverse pregnancy outcomes and their association with maternal periodontitis. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 78, n. 12, p. 2266-22766, Dec. 2007

SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. Avaliando Necessidades através da abordagem sócio-odontológica. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2008. p. 287-316.

SOUZA, K.M.O; FERREIRA, S. D. Assistência Humanizada em UTI Neonatal – Os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.471-480, 2010. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csc/v15n2/v15n2a24.pdf. Acesso em fev 2010.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A.M.S.; GOMES, F.A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.2, p.275-281, 2008.

STOKES, E.; PINE, C.M.; HARRIS, R.V. The promotion of oral health within the Healthy School context in England: a qualitative research study. **BMC Oral Health**, v.9, n.3, p.1-10, Jan 2009.

SYRJÄLÄ A-M.H.; KNUUTTILA, M.L.E.; SYRJÄLÄ, L.K. Self-efficacy perceptions in oral health behavior. **Acta Odontol Scand**, v 59, n.1, p.1-6, 2001.

TAKAOKA, Liliana Aparecida Mendonça Vespoli. **Defeitos de esmalte na dentição o decídua completa em crianças nascidas pré-termo e a termo.** 2007. 178p. Dissertação (mestrado em Ciências)- Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2007.

TEZOQUIPA, I.H.; MONREAL, M.L.A.; SANTIAGO, R.V. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.5, p. 443-445, out 2001.

TIRELLI, M.C. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes.** 2004. 115p. Tese (doutorado em Clínica Integrada)- Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA- UFSC. Hospital Universitário. **Plano 2012**, 2006. Disponível em: <http://hu.ufsc.br/>. Acesso em: abr 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO- UNIFESP. **Ambulatório para prematuros. Neonatologia.** Disponível em: <http://www.unifesp.br/dped/disciplinas/neonatologia>. Acesso em: mar 2008.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **A National Call to Action to Promote Oral Health.** Centers for Disease Control and Prevention, and the National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research. May 2003, p.10-11. Disponível em: www.nidcr.nih.gov/sgr/sgrohweb/welcome.htm. Acesso em julho 2009.

VILELA, A. C.S. *et al.* Educação dos pais *versus* saúde bucal de bebês fissurados. **Rev. APCD**, v.50, n. 4, p.357-360, jul-ago 1996.

WALDOW, D. **Concepções do pai acerca da prematuridade do seu filho**. Florianópolis, 2007. 166f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 246p.

WAN, A.K.L. *et al.* Oral colonization of *Streptococcus mutans* in six-month-old preterm infants. **J Dent Res**, v. 80, n.12, p.2060-2065, Oct 2001.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. **Community Dentistry & Oral Epidemiology**, v.35, n.1, p.1-11, Feb 2007.

WILLIAMS, R. C.; PAQUETTE, D. Periodontite como Fator de Risco para Doença Sistêmica. In: LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P., org. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 356-375, 1013p.

WORLD HEALTHY ORGANIZATION. The World Oral Health Report 2003. **Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme**. Geneva: WHO, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA****Prezada Mãe e Equipe de Saúde**

As informações contidas neste, foram fornecidas pela mestranda Daniela de Rossi, aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, UFSC, objetivando firmar acordo por escrito, mediante a sua participação nesta pesquisa, com o conhecimento da natureza desta, assim como a capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

1. Título preliminar do trabalho experimental

Percepção de puérperas e profissionais da Equipe de Saúde da Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago sobre a contribuição do Cirurgião-Dentista a atenção à saúde bucal dos recém-nascidos.

2. Objetivo principal

Conhecer a percepção de puérperas e profissionais da Equipe de Saúde da Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago sobre a contribuição do Cirurgião-Dentista a atenção à saúde bucal dos recém-nascidos.

3. Justificativa

A inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. No entanto, tem-se observado esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida. Segundo a American Dental Association (2009), a ECC (Early Childhood Caries), cárie precoce, é um problema significativo de saúde pública em diversos países. RAMOS E MAIA (1999), ALVES E RIBEIRO (2006), descreveram respectivamente a necessidade de promoção de saúde,

inclusive bucal, direcionada para mãe e para o recém-nascido como forma de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais.

4. Procedimentos

O método utilizado nesse projeto de pesquisa será a abordagem qualitativa, seguindo um roteiro de critérios de observação na Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto, com entrevista individual, a partir de um questionário com perguntas abertas. Algumas ocorrências percebidas pelo pesquisador serão anotadas num diário de campo. O questionário e gravação das respostas serão aplicados mediante explicação dos objetivos e metodologia do estudo, garantia de liberdade de participação, de desistência, de sigilo e de acesso a todas as informações pessoais produzidas durante a coleta de dados e os resultados da pesquisa.

5. Desconfortos e/ou riscos esperados

Não há riscos previstos, uma vez que serão realizadas apenas entrevista e gravação das mesmas. Todos os dados coletados serão arquivados pela autora deste estudo, junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC, e sua utilização só será permitida para a coleta dos dados necessários para esta pesquisa.

6. Benefícios do experimento

As mães e Equipe de Saúde receberão informações sobre a melhora na condição de saúde bucal e orientações sobre os cuidados de higiene com a boca do recém-nascido.

7. Informações

As mães terão a garantia de que receberão respostas ou esclarecimentos a todas as suas dúvidas sobre assuntos relacionados com a pesquisa, através de contato com a aluna pesquisadora, através do telefone (48) 99827526. A autora assume o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante o estudo.

8. Retirada do consentimento

As mães participantes e Equipe de Saúde deste estudo terão a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer represália ou prejuízo para as mesmas.

9. Consentimento livre e esclarecido

Eu,.....
concordo em participar da pesquisa “Percepção de puérperas e profissionais da Equipe de Saúde da Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago sobre a contribuição do Cirurgião-Dentista a atenção à saúde bucal dos recém-nascidos”, que será executada pela mestrandia Daniela

de Rossi sob orientação da Profa. Dra. Inês Beatriz da Silva Rath, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC, bem como com a utilização dos dados coletados desde que seja mantido o sigilo da minha identificação, conforme normas do Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade. Também autorizo a gravação das perguntas e estou ciente de que apenas as respostas de interesse para essa pesquisa serão utilizadas e concordo que os dados obtidos nesta pesquisa, são de propriedade exclusiva do curso de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, através dos seus pesquisadores, ao qual permito pelo direito de retenção, uso para qualquer fim de ensino, pesquisa e extensão, bem como, o resultado poderá ser divulgado em jornais e/ou revistas científicas do país ou estrangeiras e eventos da área da saúde.

Florianópolis, de de 2008.

Assinatura do mãe
R.G.

Equipe de Saúde
RG

Elaborado com base na Resolução 01/88 do CNS, publicado no Diário Oficial, 14/06/1988, Brasília, p. 10713-8.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA E QUESTÕES NORTEADORAS

Roteiro de Entrevista

Entrevista n° _____

Local _____

Data: _____

Hora: _____

Características do Sujeito

Participante (mãe): () a termo () prematuro

Nome: _____

Idade: _____ anos.

Procedência: _____

Estado civil: _____

Endereço: _____

Profissão: _____

Telefone: _____

Escolaridade: _____

Renda Familiar: _____

Número de filhos: _____

Questões Norteadoras

- 1) Se houvesse a presença de um dentista, de que forma ele poderia contribuir?
- 2) Conte para mim quais foram as orientações que você recebeu sobre como você deveria cuidar de sua boca.
- 3) Que tipo de cuidado você faz na boca do bebê?
- 4) O que o dentista representa para você?

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E PARECER DO HU/UFSC

54



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO DE ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E PARECER DO HOSPITAL

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição (Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Percepção e atitude das mães e equipe de saúde da Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em relação à atenção em saúde bucal", e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis

08/11/08
Felipe Felício
Responsável HU/UFSC

ASSINATURA

CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL

ANEXO B - CERTIFICADO COMITÊ ÉTICA CEPESH/ UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos



CERTIFICADO

Nº 287

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 330/08 FR- 229163

TÍTULO: Percepção e atitude das mães e equipe de saúde da Unidade Neonatal e Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, em relação à atenção em saúde bucal.

AUTOR: Inês Beatriz da Silva Rath e Daniela de Rossi.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 25 de novembro de 2008.


 Coordenador do CEPESH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO C - Projeto de Lei

PROJETO DE LEI DE 2008 (Do Sr. Neilton Mulim)

Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva.

Art. 2º Em todas unidades de terapia intensiva, bem como em clínicas ou hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados será obrigatória a presença de profissionais de odontologia para os cuidados da saúde bucal do paciente.

Parágrafo único. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) o profissional será um cirurgião-dentista, e nas demais unidades profissionais de odontologia com qualificação para atuar nessa área.

Art. 3º O descumprimento desta lei implicará nas penalidades legais aplicáveis pelos órgãos e entidades de controle social dessas atividades.

Art. 4º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Os pacientes internados em Unidades de Terapia intensiva (UTIs) devem receber - como o próprio nome sugere - cuidados especiais e constantes, não só para tratar o problema que o levou à internação, mas também para cuidar dos demais órgãos e sistemas que podem sofrer alguma deterioração prejudicial para sua recuperação e prognóstico. Nesses cuidados deve estar incluído o tratamento odontológico, com higiene bucal adequada, dada a inter-relação entre doenças bucais e sistêmicas. No entanto, é raro encontrar um cirurgião-dentista fazendo parte da equipe multiprofissional das UTIs.

Esse atendimento específico busca manter a higiene bucal e a saúde do sistema estomatognático do paciente durante sua internação, controlando o biofilme e prevenindo e tratando a cárie, a doença

periodontal, as infecções perimplantares, as estomatites e outros problemas bucais.

Acrescenta-se, ainda, que o atendimento odontológico do paciente crítico também contribui na prevenção de infecções hospitalares, principalmente as respiratórias, entre elas a pneumonia nosocomial, ou hospitalar, uma das principais infecções em pacientes de UTI favorecidas por microrganismos que proliferam na orofaringe. Sua ocorrência é preocupante, pois é bastante comum entre esse grupo de pacientes, provocando um número significativo de óbitos, prolongando a internação do paciente e exigindo mais medicamentos e cuidados, conforme demonstrado no livro *Cardiologia e Odontologia – Uma Visão Integrada* (Editora Santos).

Considerando, também, que a grande maioria dos pacientes de UTI não tem como se queixar de seu estado e de seus incômodos, os profissionais responsáveis por cuidarem da manutenção de suas vidas e saúde devem estar presentes na equipe multiprofissional, que deve ser a mais completa possível. Com isso, requeremos a presença dos cirurgiões-dentistas, pois o fato de não haver cuidados bucais provoca desdobramentos que vão além da boca e além até da saúde integral do paciente. Dificuldades na melhora do quadro clínico do paciente e o prolongamento da sua estada na UTI geram uma diminuição no número de vagas disponíveis e aumentam os gastos hospitalares.

O atendimento odontológico desses pacientes, por outro lado, tem custo bastante baixo, é mais saudável e preventivo e ainda promove o conforto e bem estar deles, conforme assegura a cirurgiã-dentista, Teresa Márcia Nascimento de Moraes - *Mestre em clínica Odontológica Integrada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo* - que há cinco anos assiste os pacientes da UTI da Santa Casa de Misericórdia de Barretos/São Paulo, e tem vários artigos publicados comprovando a redução significativa desses custos, bem como das altas taxas de pneumonia encontradas nos pacientes críticos.

Para conhecimento de mais detalhes sobre o assunto, recomendo a análise do conteúdo de meu discurso sobre o tema, que estarei proferindo hoje, 14 de fevereiro de 2008, o qual estará registrado nos anais desta Casa.

Há mais de cento e cinquenta anos, a higiene das mãos é a mais importante medida para o controle da infecção hospitalar. Mas, até o momento, outra fonte de infecção tão importante como a boca vem sendo esquecida. Deve-se, portanto, considerá-la um ambiente propício para o crescimento microbiano, principalmente nos pacientes que

necessitam de ventilação mecânica, impedidos de fecharem a boca e em contato maior com o meio ambiente.

Pelo acima exposto, temos a certeza que os nobres Pares irão aperfeiçoar este projeto e, ao final, aprová-lo no sentido de darmos uma saúde de qualidade integral para a nossa sociedade e garantirmos ao nosso próximo o cuidado que gostaríamos que fosse dispensado a nós mesmos se estivéssemos em uma UTI.

DEPUTADO NEILTON MULIM

PR- RJ <http://www.camara.gov.br>.