

Ciclo Gravídico-Puerperal: Oportunidades para Saúde (Bucal) na Estratégia Saúde da Família

Pregnancy-Puerperal Cycle: Opportunities for (Oral) Health in the Family Health Strategy

Maria Isabel de Lucena Simões¹
Ailma de Souza Barbosa²
Otacílio Batista de Sousa Néto³
Verônica Ebrahim Queiroga⁴
Emerson Tavares de Sousa⁵
Franklin Delano Soares Forte⁶

RESUMO

Objetivo: Compreender as percepções de gestantes sobre a implementação de rodas de conversa a respeito da saúde bucal, no ciclo gravídico-puerperal, como proposta de estímulo ao debate entre as gestantes e a Equipe de Saúde da Família (eSF). **Metodologia:** A pesquisa-ação foi concebida em três fases: exploratória (entrevistas com gestantes), de planejamento e execução (intervenção: rodas de conversa) e de avaliação (grupo focal - GF). As entrevistas e o GF foram gravados, transcritos e interpretados pela análise temática. As entrevistas revelaram crenças e dúvidas relacionadas à gestação, ao parto e aos cuidados com os bebês recém-nascidos. A interpretação das transcrições foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin. As etapas da pesquisa foram orientadas pelo instrumento *Quality Improvement Reporting Excellence* e pelo *Consolidated criteria for reporting qualitative research*. **Resultados:** O estudo identificou que existe um claro reconhecimento da necessidade de inserir a saúde bucal nas temáticas abordadas, durante o ciclo gravídico-puerperal. As gestantes consideraram que as rodas de conversas foram potentes dispositivos, proporcionando vínculos, reflexões e aproximação entre os sujeitos envolvidos. O método apresentou potencial para o agir em favor do diálogo, para a compreensão da realidade e para as novas formas de construir práticas promotoras de saúde. **Conclusão:** O percurso da pesquisa-ação evidenciou a importância da construção de conteúdos e significados para as gestantes, com base na compreensão crítico-reflexiva da realidade e construção de práticas colaborativas para efetivamente promover saúde e vida nos territórios.

DESCRIPTORES

Cuidado Pré-natal. Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Relações Interprofissionais.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to understand the perceptions of pregnant women regarding the implementation of conversation circles about dental prenatal care as a proposal to stimulate the debate between pregnant women and the Family Health Team (FHT). **Methods:** The action research was conceived in three phases: exploratory (interviews with pregnant women), planning and execution (intervention: conversation circles), and evaluation (focus group - FG). The interviews and the FG were recorded, transcribed and interpreted by thematic analysis. The interviews revealed beliefs and doubts related to pregnancy, childbirth and care for newborn babies. The interpretation of the transcriptions was performed based on Bardin's content analysis. The research steps were guided by the *Quality Improvement Reporting Excellence* instrument and the *Consolidated criteria for reporting qualitative research*. **Results:** The study identified that there is a clear recognition of the need to include oral health in themes addressed during the pregnancy-puerperal cycle. The pregnant women consider that the conversation circles were a powerful strategy, providing bonds, reflections, and approximation between the subjects involved. The method had the potential to act in favor of dialogue, understanding of reality, and new ways to construct health-promoting practices. **Conclusion:** The course of the action research evidenced the importance of development of contents and meanings for pregnant women, based on the critical-reflexive understanding of reality and the construction of collaborative practices to effectively promote health and life in the territories.

DESCRIPTORS

Prenatal Care. Health Education. Family Health Strategy. Interprofessional Relations.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Campus Universitário I, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

² Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretaria Municipal de Saúde, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

³ Departamento de Patologia e Odontologia Clínica, Campus Universitário Petrônio Portela, Teresina, Piauí, Brasil.

⁴ Enfermeira da Prefeitura Municipal de João Pessoa, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

⁵ Department of Pediatric Dentistry, Piracicaba Dental School, Campinas University, Piracicaba, São Paulo, Brasil.

⁶ Departamento de Clínica e Odontologia Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Campus Universitario I, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Em 2010, a proposta de implementar diretrizes nacionais para estruturar ações e serviços de saúde em áreas prioritárias direciona a garantia da integralidade do cuidado por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nessas circunstâncias, a Rede Cegonha emerge como um dispositivo de operacionalização da saúde materno-infantil, ancorada no princípio da humanização¹.

Um componente importante da Rede Cegonha é a atenção pré-natal e puerperal. Quando realizada de forma oportuna e efetiva está associada a melhores desfechos perinatais e à maior qualidade de vida familiar². Dados da pesquisa Nascer Brasil evidenciaram que a menor cobertura pré-natal, o início tardio da assistência e o menor número de consultas neste período são fatores de risco obstétrico². Nesse cenário desafiador, é necessário melhorar a qualidade do pré-natal, o fortalecimento do vínculo entre a gestante e a equipe de Saúde da Família (eSF), assim como o reconhecimento das barreiras e facilitadores para o cuidado e prevenção de agravos, que são críticos para a operacionalização dessa RAS na atenção básica³.

Integrando as ações prioritárias durante ciclo gravídico-puerperal, a saúde bucal tem sido evidenciada como componente importante para o acompanhamento integral das gestantes e puérperas. A gravidez é tida como um período fisiológico complexo, ainda que não patológico, em que as alterações ocorridas podem contribuir para desfechos adversos na saúde bucal, desde que estejam associadas à presença indispensável de outros fatores^{4,5}. Tais desfechos e inter-relações não se explicam apenas do ponto de vista biológico, ocorrendo influência de

aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais, que atravessam os modos de vida das grávidas e de suas famílias abordadas pelo trabalho das eSF⁶.

Mudanças que acontecem durante a gestação levam parte das mulheres a temer e, por conseguinte, a não procurar a atenção odontológica nesse período^{4,5}, contribuindo para a secundarização do cuidado com a saúde bucal da mulher grávida. Crenças de que o tratamento odontológico na gravidez é prejudicial e/ou contraindicado^{4,5} trazem dificuldades adicionais à questão. Além disso, profissionais da saúde (inclusive dentistas) podem ser barreiras à efetivação do cuidado em saúde bucal na gestação e no puerpério, devido a equívocos conceituais, a mitos e a crenças⁷.

Nesse contexto, o trabalho em equipe na perspectiva da interprofissionalidade surge como estratégia de inovação e de trabalho compartilhado⁸. Assim, potencializa-se o fazer colaborativo visando à melhoria na qualidade e à resolutividade da atenção oferecida nos serviços de saúde e ao consequente fortalecimento do SUS. A educação interprofissional (EIP) se materializa quando diferentes núcleos profissionais da saúde aprendem com, para e sobre outros, centrados nas demandas de sujeitos, famílias, comunidade e territórios, no caso específico do coletivo tecido por um ciclo gravídico-puerperal.

Diante disso, o que uma equipe da Estratégica Saúde da Família (eSF), estudantes e docentes de cursos da saúde em estágios supervisionados podem fazer juntos, visando a ações dialógicas e participativas com gestantes de seu território? Assim, o desenvolvimento deste estudo está alicerçado

na relação entre os sujeitos na produção do cuidado, em prol da promoção da saúde de gestantes e de seus filhos, valorizando seus saberes, fazeres em um percurso em que se constroem relações viabilizadas por encontros dialógicos⁹.

O objetivo deste trabalho foi apresentar a trajetória da construção coletiva e a troca de saberes entre gestantes, eSF, estudantes e docentes interessados na melhoria da produção do cuidado em saúde, no ciclo gravídico-puerperal.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem qualitativa, a partir do campo investigativo dos significados e das ações das gestantes, expressos nos processos sociais, incluindo-se nas relações humanas e entre gestantes, eSF e estudantes^{10,11}. A pesquisa-ação é uma investigação implicada com os sujeitos em seus cenários e contextos de vida. Tem uma função política partir de uma ação orientada pelas demandas locais e visa a resolução de um problema coletivo. Nas ações pesquisadores e os participantes representativos da situação estão envolvidos na perspectiva do diálogo e da construção coletiva.

As etapas da pesquisa foram orientadas pelo instrumento Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE)¹² e pelo Consolidated criteria for reporting qualitative research (Coreq)¹³.

Esse caminho metodológico considerou a voz das gestantes, suas perspectivas, mas não apenas para registro

e posterior interpretação do pesquisador; a voz do sujeito foi o motivo da investigação. Assim, assume-se o caráter emancipatório, pois, mediante a participação consciente, os sujeitos da pesquisa têm a oportunidade de discutir mitos e preconceitos que organizam suas defesas à mudança e reorganizam a sua autoconcepção de sujeitos históricos. A concepção teórica que orientou o trabalho foi baseada em Freire⁹. A pesquisa-ação não pretende apenas compreender ou descrever o mundo da prática, mas também transformá-lo. Assume uma postura diferenciada diante do conhecimento, uma vez que busca, ao mesmo tempo, conhecer e intervir na realidade que pesquisa¹¹.

Cenário da pesquisa

O município cenário do trabalho reorientou a Atenção Primária à Saúde a partir da ESF, no início dos anos 2000. Possui 780.738 habitantes, Índice de Gini 0,628, Índice de Desenvolvimento Humano 0,763. São cinco distritos sanitários com 193 EqSF e 179 equipes de saúde bucal, 1.344 Agentes Comunitários de Saúde. Na Unidade Saúde da Família, trabalha uma equipe de saúde da família (eSF), composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, dez agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar de saúde bucal e técnico de enfermagem.

A seleção da EqSF se deu em função da longitudinalidade na integração ensino-serviço e na inserção nos Programas de Reorientação da Formação em Saúde (Pro-Saúde) e no Programa de Educação pelo Trabalho em todas as suas versões. É cenário de aprendizagem dos cursos de Graduação em Odontologia, Nutrição, Enfermagem,

Fonoaudiologia de uma Instituição Federal de Ensino Superior e de Residência de Medicina de Família e Comunidade de uma Instituição Privada.

Coleta e Análise de dados

Fase Exploratória: visitas domiciliares e entrevistas semiestruturadas

As visitas domiciliares foram realizadas com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a 15 mulheres, em diferentes trimestres de gestação, cadastradas na USF. Um único pesquisador conduziu as entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado, com o objetivo de compreender a percepção das gestantes sobre sua saúde, saúde bucal e a gestação e, assim, construir as rodas de conversa na fase seguinte. A construção desse roteiro foi feita pelos pesquisadores com base nas demandas desse território relatadas pela eSF: dados sociodemográficos; questões sobre a gestação atual e passada quando essa existia; saúde bucal da gestante; presença de dor; ida e motivos da ida ao consultório odontológico. Também se informou sobre a próxima fase da pesquisa, quais as dúvidas que se tinham; foram informados o formato, horário, local da realização das rodas de conversa.

As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição. Para assegurar o anonimato, as entrevistas foram numeradas de forma aleatória e apresentadas com a letra "E", seguida de uma numeração. A interpretação das transcrições foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin¹⁴.

A partir da análise das entrevistas, surgiram alguns temas nos eixos saúde geral

(direitos da mulher, gestação, parto, cuidado do bebê e alimentação) e saúde bucal (cárie dentária e doenças do periodonto, saúde bucal da grávida e tratamento odontológico em gestante, amamentação e saúde bucal da criança e traumatismo dentário). Assim, a ação proposta nas rodas de conversa partiu dos sujeitos, nesse caso, as gestantes implicadas nos problemas em observação¹⁵.

Fase de planejamento e execução das rodas de conversas

Pensou-se em estratégia de trabalho colaborativo entre pesquisadores, trabalhadores da saúde, estudantes e participantes, de forma a construir uma proposta centrada nas demandas das gestantes e de suas famílias, no contexto desse território. A proposta assumiu o caráter de inacabada, tendo em vista que o próprio percurso trilhado a qualificaria, bem como os sujeitos envolvidos, que, de forma colaborativa poderiam contribuir, sugerir. Esse movimento alicerçou o espírito de equipe de trabalho com objetivos em comum e, assim, mobilizou saberes, fazeres e a implicação com o processo.

As rodas de conversas fazem parte do processo de trabalho da eSF e das atividades do grupo de gestantes, sempre antecedendo as consultas de prenatal, sendo desenvolvidas na perspectiva dos círculos de cultura freirianos^{15,16}, com vídeos, cartazes e mesas expositivas problematizadoras e com a intencionalidade de que os papéis dos diferentes sujeitos envolvidos tomassem outros significados, com outros lugares de enunciação das falas, de atenção e valorização respeitosa da escuta, e dos olhares.

Esse espaço privilegiou as práticas colaborativas entre os sujeitos sociais envolvidos (eSF, professor da IES, estudantes). A intervenção proposta procurou favorecer que todos reconhecessem seu papel, ao mesmo tempo, que houvesse abertura para aprender com e sobre o outro, melhorando a comunicação a partir de uma construção coletiva desse ambiente, visando, conforme já destacado, o desenvolvimento de competências comuns, complementares e colaborativas interprofissionais.

A problematização do cotidiano das gestantes foi utilizada como fundamento da construção compartilhada de conceitos, estimulando a reflexão sobre os desafios enfrentados^{15,16}. Histórias vivenciadas pelos sujeitos tecem um enredo de palavras, imagens, ritmos, significantes e imagens, conduzindo todos na roda com atenção e riscando as realidades com o cinzel das singularidades._

Terceira Fase: avaliação das rodas de conversas por meio do grupo focal

Um grupo focal (GF) foi conduzido com 10 gestantes, com o objetivo de avaliar, em profundidade, e, a partir do campo perceptivo das gestantes, as rodas de conversas foram realizadas. Essa técnica privilegia a busca de significados e sentidos por parte das gestantes sobre a vivência nas rodas¹⁷, favorecendo o diálogo em um espaço protegido. O moderador fez um acolhimento fazendo um convite à reflexão sobre o vivido nas rodas, procurando trazer à memória

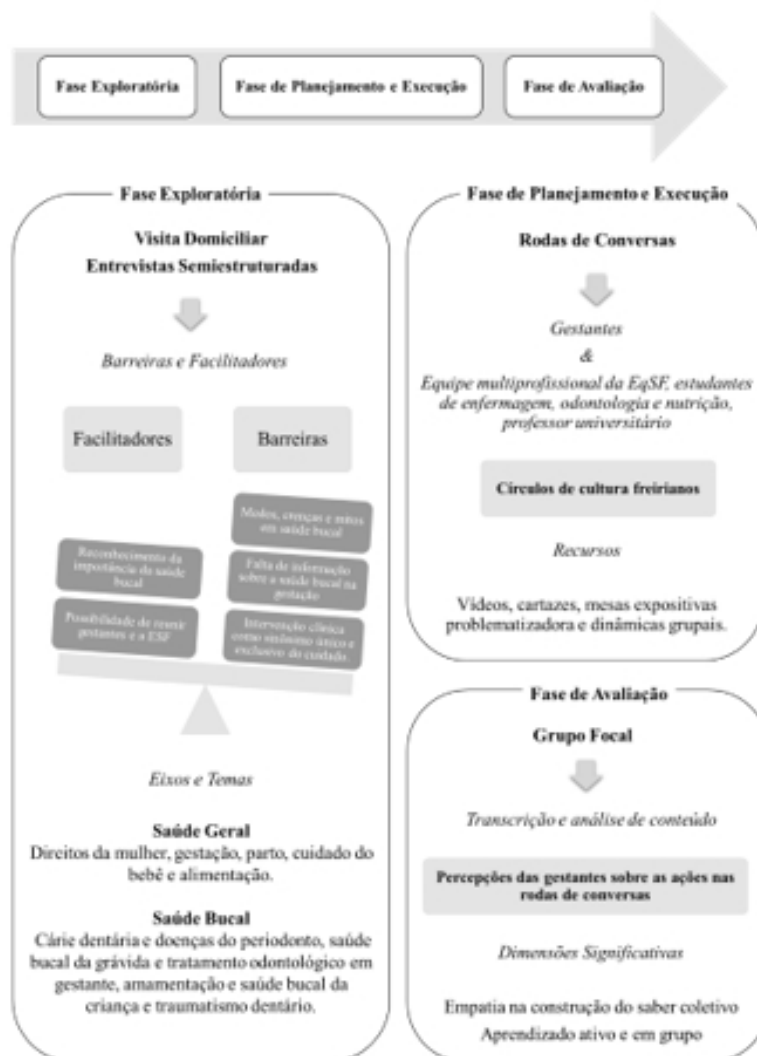
as experiências, percepções, impressões, significados e sentidos. O local escolhido era confortável, silencioso e conhecido por todas as gestantes.

O GF foi registrado em mídia digital - duração de uma hora - e transcrito para posterior análise. Não foram feitas correções em conformidade com a língua culta, mas as falas foram descaracterizadas para permitir o anonimato. Após a realização desse grupo, verificou-se que um novo encontro para o GF não remeteria a nenhuma ideia nova, sendo assim a coleta foi realizada em único encontro¹⁸.-

De posse das transcrições, foram realizadas a leitura e a releitura exaustivas do material. A opção da interpretação dos dados foi a análise de conteúdo¹⁴, seguindo os seguintes passos: leitura e releitura do material transcrito; organização desse material, procurando responder as orientações de validade (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); elaboração da hipótese e objetivos; eleição dos registros das falas das gestantes como unidade e por fim análise, conforme o referencial teórico. Nesse momento da pesquisa, três pesquisadores com experiência em pesquisa qualitativa trabalharam. A análise foi orientada pela concepção do trabalho colaborativo em equipe interprofissional⁸ e em Freire^{9,15}. Dessa análise, emergiram as seguintes categorias: Empatia na construção do saber coletivo e Aprendizado ativo e em grupo.

A coleta de dados foi realizada em três fases: Exploratória de Planejamento, Execução e de Avaliação (Figura 1).

Figura 1. Representação esquemática das etapas de coleta e análise de dados



Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da instituição onde a pesquisa foi realizada (CAAE 40542614.9.0000.5188). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As gestantes estudaram mais que

oito anos (73,3%), a renda familiar média era maior ou igual a um salário mínimo (80%), e a idade média das voluntárias foi de 25,6±7,6 anos. Das entrevistadas, 53,3% residiam em casas com mais de cinco cômodos e 73,3% relataram que o número de moradores da residência era de até três pessoas. 60% das mulheres viviam sua primeira gravidez.

As entrevistas domiciliares evidenciaram, e a literatura apontou concordância^{4,19} de que uma das principais motivações que levam as gestantes à procura

do atendimento odontológico é a urgência provocada pela dor de dente. A experiência da dor influencia negativamente o cotidiano humano, aproximando a pessoa do sofrimento e afastando-a do que se compreende como qualidade de vida^{20,21}.

São desfechos que, geralmente, acompanham a odontalgia: rejeição seletiva de certos alimentos e, por conseguinte, mudança do padrão alimentar, queda na produtividade no trabalho de qualquer natureza social. Destacam-se ainda as implicações desfavoráveis como a duração e a qualidade do sono e, em situações mais intensas e extremas, o absenteísmo, sobrecarregando o andar da vida cotidiana do indivíduo, em efeito idade-independente^{5,20,21}. Nessa perspectiva, a dor de dente constitui um importante indicador individual e, ao mesmo tempo, coletivo e social da condição de saúde bucal.

Bocas e seus elementos constitutivos são dotados de outras simbologias e sentidos, de outras sociabilidades, que vão muito além das tradicionais expressões de choro e riso, ou das captadas pelo espelho e pelo exame clínico do cirurgião-dentista. Bocas em polissemia têm personalidade, são parte de um todo, que é mais que a soma de todas as suas partes e anexos. Bocas desejam, comunicam, excitam-se, transpiram e conspiram a favor ou contra o cuidado odontológico previamente estabelecido e aprendido, protocolizado e programado, quase sempre muito limitado nas suas propostas de intervenção clínica, tidas como sinônimo único e exclusivo de cuidado. Bocas não existem independentes do ser e até silenciam, mas, em geral, reagem entre dentes e para além dos dentes, línguas, gengivas e saliva, com as vísceras e com as emoções,

pedindo um cuidado clínico ampliado para além de um conhecimento pelas mãos²². É preciso dedicar mais tempo e saber aprender mais do ser humano e das suas bocas e, com as mulheres em idade fértil e naquele momento grávidas, não seria diferente.

Todas as gestantes envolvidas na pesquisa tinham passado por alguma consulta odontológica. Entre os motivos da consulta recente com a equipe de saúde bucal, o mais citado relacionou-se ao momento de gravidez. Seria a gravidez um disparador da busca pelo cuidado odontológico, ou seria o início do pré-natal com a intervenção da clínica médica e de enfermagem o fator que justifica a ida ao dentista, ou ainda a prerrogativa de garantia do atendimento prioritário, sem filas, seria o fato que facilitaria e justificaria a consulta?

Diante de uma aproximação dessa questão que busque compreender mitos, crenças, porquês, a eSF precisa atuar como promotora de saúde, com um repertório mais amplo de abordagens e ofertas, não ficando restrita apenas aos tradicionais serviços de reparação de danos causados pelas doenças bucais, em um script de consulta centrado na queixa dental que muito empobrece a atenção odontológica e a limita à mera assistência. Torna-se indispensável que as eSF trabalhem em/com uma perspectiva educativa contemporânea, que desmistifique crenças relacionadas à interface saúde bucal-gravidez, sem desconsiderar o saber popular, destacando a importância do poliarco de cuidados necessários, mas não somente o período pré-natal²³.

As falas das gestantes revelaram sentidos e foram fundamentais para a elaboração dos temas e para a articulação com a eSF, com os estudantes e com os professores.

“Dizem que os dentes ficam sensíveis... Porque dizem que não pode fazer muita coisa, né? quando tá grávida. Aí, nisso fico um pouco com medo.”. E2
“Por estar grávida, tenho. Sobre anestesia, se pode fazer obturação, essas coisas. Mas, antes de estar grávida, nunca tive não. Só agora mesmo.... Eu sei que tem que ir, né? Tem que fazer. Só tenho dúvida que procedimento pode ser feito.”. E3

As interrogações revelam que o pré-natal em sua etapa odontológica possui um apelo simbólico dentro das preocupações femininas e familiares, apelo que não deve ser desconsiderado e que tem, portanto, potencial concreto para ser efetivado. Cabe-se aqui questionar o alcance efetivo e a capilarização da Política Nacional de Saúde Bucal como tantas outras políticas setoriais no campo da saúde coletiva brasileira, uma vez que, geralmente, tais políticas transversais não conseguem se disseminar entre outros pares, sendo atributo apenas dos seus núcleos profissionais. Ainda que pelo ciclo materno-infantil devessem deter-se muitos atores sanitários, essa não tem sido a regra e a rotina.

Com importante implicação para a efetividade das ações em saúde bucal, o reconhecimento da saúde bucal como uma importante faceta do autocuidado no período gestacional é evidenciado na fala das gestantes. Entretanto, ressalta-se a necessidade de contrapor medos, crenças e mitos que possibilitam a construção do estigma negativo do tratamento odontológico no imaginário das gestantes e dos indivíduos

que com ela (con)vivem. No pré-natal, em sua disposição odontológica, existe a necessidade de uma atenção inicial que esclareça a possibilidade e a oportunidade de atendimento durante a gestação, a identificação de problemas de saúde bucal importantes, bem como orientações sobre hábitos alimentares, de higiene bucal e outros.

Muitas das participantes relataram não ter percebido alterações na cavidade bucal durante o período gestacional. Uma menor parte reportou alterações:

“No começo da gravidez, eu tinha sangramento na gengiva.”. E2
“Nessa gravidez agora, não tô sentindo, não. Mas, na outra, eu senti meus dentes mais fracos. É tanto que teve dente que quebrou. E quebrou nessa (gestação) também! Assim, partiu, né? Estragou de dentro pra fora.”. E3

Nesse contexto, a fala das gestantes sinaliza a necessidade de informar a respeito dos limites entre o que é fisiológico (inato à gestação) ou não. As evidências disponíveis não identificam o período gestacional como o principal ou único responsável por essas alterações²⁴⁻²⁶. As doenças bucais mais prevalentes e que são mediadas pelo biofilme dental, bem como suas consequências, podem, em tese, ser manejadas ou ter o seu risco reduzido por meio do controle do biofilme associado à fluoroterapia individual, não apenas com o conhecimento etiológico, mas, sobretudo, com a adoção de práticas de autocuidado adequadas, moduladas em hábitos saudáveis.

As rodas de conversas

Das entrevistas, foram construídos os temas que nortearam as rodas de conversa. A promoção de saúde apresenta-se como estratégia de articulação transversal identificável na Atenção Primária à Saúde, no trabalho interprofissional, intersetorial e que objetiva avanços na qualidade de vida e na redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem a população a um modo de viver mais digno e adequado²⁷.

Esse contexto favorece e convida à educação interprofissional e às práticas colaborativas⁸, ressaltando a necessidade de que outros profissionais de saúde cuidem, orientem as gestantes e falem sobre a oportunidade de consultas odontológicas, assim como os profissionais de saúde bucal dialoguem com os demais colegas da equipe, contribuindo assim para um trabalho comum, recriando fazeres, saberes e a prática compartilhada.

O objetivo desse novo fazer é romper com o cuidado em saúde fragmentado e posicionar a atenção primária à saúde como coordenadora do cuidado. Para que o trabalho interprofissional se institua, é necessário que alguns fatores estejam presentes: respeito entre pares, clareza de papéis, vontade e abertura para conhecer e desvendar o outro e o seu trabalho, estratégias de comunicação assertiva e afetiva entre os membros da equipe, tendo o cuidado usuário-centrado como alvo a ser alcançado⁸.

Percepções das gestantes sobre as ações nas rodas de conversas

Na avaliação das atividades

desenvolvidas, o diálogo no grupo focal evidenciou significados que foram categorizados em duas dimensões: empatia na construção do saber coletivo e aprendizado ativo e em grupo.

Empatia na construção do saber coletivo

Nessa dimensão, existiu uma menção inicial, digna de registro, relativa ao processo de amadurecimento:

“A gente amadurece a cabeça com muita coisa, porque a gente aprendeu coisas que a gente não sabia. (...) Futuramente, se a gente tiver outro neném, a gente já sabe.”. (grupo focal)

O aprendizado vira sinônimo de uma energia potencial para o cuidado, energia represada, não transformada em energia cinética, ação, movimento, sempre tempo de futuro incerto, deixando descoberto o tempo que corre aqui ao lado. Essa é uma questão preocupante do tempo, oportunidade muitas vezes negligenciada: o presente, que é o único tempo concretamente modificável.

A narrativa de cada gestante favoreceu a criação de pontes e passagens para as narrativas de outras. Cada narradora deslinda e partilha o enredo de sua história, começo e meio, sem necessariamente ter a cronologia do calendário como guia. O que ela considera mais importante ganha relevo. Uma bricolagem de cuidados, trama que tem personagens, protagonistas, cenários, enredo, contexto e tempo.

Assim, os diálogos foram alinhavados, espaços dialógicos especulares mostraram

imagens comuns e distintas, a palavra fluindo e valorizando apreciativamente os saberes e fazeres em saúde das gestantes. E, desse modo, sem que houvesse um esforço deliberado ou compulsório, os significados de cuidado apareceram para cada sujeito e para o grupo como um todo.

As falas revelaram também a percepção das gestantes sobre a presença de estudantes nas atividades. Historicamente, o ensino da odontologia no Brasil recebeu a influência e a hegemonia do paradigma biomédico cirúrgico-restaurador, centrado na clínica, frequentemente, restauradora e repetitiva na intervenção invasiva, na prescrição medicalizada. Outros aprendizados cada vez mais evidenciam-se como necessários.

“E eu digo pros estudantes (...) quando eles vêm aprender com a gente, e a gente com eles: futuramente, eles vão ser um bom profissional, vão tendo mais qualificação e aprendendo mais. (...) amadurece, tanto a gente amadurece como eles, como o profissional neles.”.
(grupo focal)

Estudantes, professor, trabalhadores e gestantes, a cada encontro, fortaleceram o vínculo, o afeto e o reconhecimento da outra pessoa como sujeito autônomo, singular, que necessitava ser respeitado em seus direitos e ter compreendidas as suas percepções, crenças e ritos. As falas revelam a produção do cuidado como um mosaico, com diversos fragmentos irregulares, algumas vezes, pontiagudos, noutras, cuidadosamente cinzelados, relacionados entre si, em processo de encaixe, desde as necessidades dos sujeitos até as redes que ligam os sujeitos

entre si com os serviços de saúde e seus trabalhadores.

“O atendimento, as pessoas, as meninas aqui parecem que trabalham com gosto. A hora que você chegar, é bem atendido.”. (grupo focal)

“(...) porque não é só pra famílias carentes, não, até pra pessoas que têm condições vir, aprender... porque particular não ensina essas coisas não... Quem já passou sabe que não ensina não. Aqui ensina mais coisa que particular. É muito bom.”.
(grupo focal)

Uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada é condição *sine qua non* para a saúde materna e neonatal, o que não significa peremptoriamente que essa atenção aconteça apenas nos espaços institucionalizados e, muitas vezes, burocratizados. A atenção se dá por intermédio da incorporação de condutas acolhedoras e respeitadas, tecnicamente respaldadas, de práticas integrativas e complementares, e, claro, também da garantia do acesso facilitado aos serviços de saúde²⁸.

“Eu comecei particular o pré-natal, eu não estava gostando com minha médica particular. Deixei... me disseram que aqui era bom. Vim pra cá... Desde o primeiro dia que comecei aqui, as meninas atendem muito bem.”. (grupo focal)

Destaca-se que a satisfação das mulheres com relação à assistência prestada era, na maior parte das vezes, relacionada ao acesso, ao acolhimento e ao

acompanhamento clínico. Os profissionais envolvidos precisam ser e estar sensibilizados para receber a mulher e sua família (se presente), responsabilizando-se por ela, sem, no entanto, desresponsabilizá-la também, ouvindo suas queixas, permitindo a expressão de preocupações, sem pré-julgamentos. Dessa forma, garantindo a resolutividade das ações, o respeito a história e a autonomia das gestantes, a fim de consolidar o acolhimento enquanto tecnologia potente de humanização do cuidado²⁸.

As consultas no pré-natal são categorias de espaço e tempo fundamentais para o desenvolvimento do diálogo, da socialização de saberes, da compreensão de tensões, de aproximação com a usuária e seu universo de significados. O empoderamento feminino e familiar com relação ao ciclo gravídico-puerperal estão entre os papéis da ESF, não apenas a porta de entrada do SUS, garantidora do pré-natal e da *advocacy*, mas o espaço de auxílio na construção dos protagonismos femininos sobre suas próprias histórias e vidas.

“Trouxeram também até uns dentes pra mostrar como é que se limpa... Da criança também, que é que... pra quando cair, né? Que é pra ir pro dentista.” (grupo focal)

O alicerce dessa ação foi a reconstrução da ideia de produção coletiva de cuidado⁹, na medida em que vidas foram e são gestadas, cuidado permeado nem sempre pelo pacífico clima desejado das unidades de saúde, mas atravessado pelo cotidiano de suas tensões, privações, precarizações e problemas, superados com um horizonte da atenção

integral às gestantes, reconstruindo não só os sujeitos, mas também o fazer/trabalho em saúde, juntando os fragmentos, para o enfrentamento do distanciamento na produção e a reestruturação da prática²⁹.

Aprendizado ativo e em grupo

A participação dos sujeitos nas atividades envolveu vontade, desejo, disponibilidades pessoais e institucionais de tempo, organização de agendas, compondo um grande desafio. O compromisso e a presença das gestantes provavelmente se deram por um conjunto de motivos e pelo caráter dialógico entre eSF, estudantes e gestantes e pela valorização dos sujeitos corresponsáveis pelas rodas de conversa. Esses aspectos como princípios fortaleceram o grupo.

Percebe-se pelas falas que os encontros foram momentos de troca de informações, em um contexto em que existiu abertura e legitimação para que todos aprendessem e ensinassem⁹. Portanto, cada um, doutor ou paciente, pode aprender e descobrir novas dimensões e possibilidades do real e da realidade nos momentos de partilha da vida. São momentos de formação recíproca e coletiva.

“A gente conversa, né? Conversando com ela, quando é que a gente começa a sentir dor, quando é pra ir direto pro hospital... aquilo ali eu já memorizei, né? Ela já passou uma coisa boa pra mim que eu não sabia. É muito importante isso, se juntar, conversar.” (grupo focal)

“(...) foi importante porque eu mesmo sou mãe de primeira viagem, não

sabia de nada, e aqui eu aprendi muita coisa.”. (grupo focal)

Na educação e trabalho inter-profissional, é importante que se crie um ambiente favorável à comunicação, confiança, bem como oportunizar a equidade na tomada de decisões, ancoradas nos princípios de respeito, escuta, partilha em um movimento em que todos aprendem e ensinam simultaneamente⁸. Ganharam destaque as seguintes competências centrais: clareza de papéis e comunicação.

É possível que a satisfação encontrada no acesso e no acolhimento tenha facilitado a adesão das mulheres às orientações e recomendações discutidas nas rodas. A terapêutica do ato e da fala, da palavra e do gesto, permeada pela técnica, mas que não se encerra ou encarcera nela, produziram resultados. Segundo os relatos, as atividades ressignificaram o agir, o pensar, o dia a dia de todos.

“(...) nas minhas outras gestações, quando eu ia entrar em trabalho de parto, não era natural, era induzido. (...) eu aguentava a dor deitada. Podia vir a dor, e eu deitada, não fazia movimento nenhum. As médicas mandavam eu fazer caminhada, e não caminhava. (...) dessa vez, não. Como as estudantes explicaram a gente que era muito comum, ajudava em muito a gente, a posição, os exercícios que era pra mim fazer, aí eu fiz e não sofri.”. (grupo focal)

O aprender não se limita a tornar

o indivíduo adaptado com uma caixa de ferramentas à realidade, mas inclui criar um sujeito ativo, capaz de transformá-la e intervir sobre ela, recriando-a. Inclui, ainda, um sujeito lúdico que, diante das dificuldades e impossibilidades e com seu agir leigo, contorna-as, desvia-as, produz a si mesmo em saúde e alegria³⁰.

“Mudou que, no meu pensamento, eu acho que a gente aprendeu muita coisa com os estudantes, assim como eles aprenderam com a gente, né? E, futuramente, o que a gente aprendeu com eles a gente pode passar pra outras pessoas ou mãe de primeira viagem... Na minha cabeça, é isso.”. (grupo focal)

“A gente falava com a boneca como se fosse nosso filho, pra mostrar pra a gente como se fosse ele ali, aí é bem interessante, foi bem interessante.”. (grupo focal)

Para além do que já foi dito, deixa-se explícita a compreensão das possíveis limitações do estudo. Trata-se de uma pesquisa-ação com base em dados qualitativos, com objetivo de trabalho específico conforme um contexto e possibilidades locais, sendo destacado o papel ativo dos atores envolvidos nas etapas da pesquisa. Sugere-se como armistício a inclusão de outros atores envolvidos avaliando externamente a proposta. De toda forma, espera-se que esta pesquisa-ação tenha gerado reflexões e evidenciado a necessidade de adoção da educação interprofissional e das práticas colaborativas na ESF frente ao cuidado humanizado no pré-natal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, percebeu-se no percurso da intervenção realizada que é importante que ações de educação em saúde voltadas à mulher sejam realizadas na APS, durante o período pré-natal, para a promoção da saúde no ciclo gravídico-puerperal. A intervenção, com base na realidade das pessoas, nos seus modos de vida, hábitos, costumes e nos seus valores, proporciona maior autonomia, protagonismo e participação em todo processo. A problematização favoreceu o diálogo entre a vida, a teoria, as práticas de promoção da saúde, o trabalho em saúde e a formação

de novos profissionais em curso. Construir e compartilhar conhecimentos sobre saúde bucal para toda equipe envolvida com os pré-natais foi importante, visto que forneceu conceitos comuns sobre atendimento odontológico durante o ciclo gravídico-puerperal.

O envolvimento de toda equipe é importante na construção das ações, pois estimulou as práticas colaborativas e a interprofissionalidade, ao se reconhecer como membro dessa equipe. O alvo foi romper com a lógica fragmentada e individualizada nas práticas com a comunidade e ancorá-las na produção de formas de atenção que levam à gestão de vidas ainda mais bem cuidadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (ME). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): MS, 2011.
2. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Supl.1):85-100.
3. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama, SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2020; 54:8.
4. Santos KT, Sakugawa KO, Martinelli KG, Esposti CDD, Pacheco Filho AC, Garbin CAS, Santos-Neto ET. Saúde bucal e qualidade de vida de gestantes: a influência de fatores sociais e demográficos. *Cien Saude Colet*. 2020; 25(6):2315-2324.
5. Lopes FF, Ribeiro TV, Fernandes DB, Calixto NRV, Alves CMC, Pereira ALA, Pereira AFV. Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008. *Epidemiol Serv Saúde* 2016; 25(4):819-826.
6. Warmling CM, Fajardo AP, Meyer DA, Bedos C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(4):e00009917.
7. Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(8):e00130817.
8. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6(6):CD000072.
9. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: paz e terra; 2011.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2015.
11. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18ªed. São Paulo: Cortez; 2011.
12. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden PB, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality and Safety*. 2016; 25(12):986-992.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Heal Care*. 2007; 19(6):349-357.
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *II Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília (DF): MS; 2014. [acessado 2020 Agost 13].

16. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
17. Stewart DW, Shamdasani PN. *Focus groups: theory and practice applied social research methods series*. Newbury Park: Sage; 2015.
18. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual. Quant.* 2018; 52(4):1893-1907.
19. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42(2):151-159.
20. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(11):3057-3068.
21. Silva CC, Savian CM, Prevedello BP, Zamberlan C, Dalpian DM, Santos BZ. Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2020; 25(3):827-835.
22. Botazzo C. Conhecimento pelas Mãos. *Rev ABENO.* 2017; 17(4):2-19.
23. Cabral MCB, Santos TS, Moreira TP. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. *Rev Port Saúde Pública.* 2013; 31(2):173-180.
24. Kruger MS, Lang CA, Almeida LH, Bello-Corrêa FO, Romano AR, Pappen FG. Dental Pain and Associated Factors among pregnant women: an observational study. *Matern Child Health J.* 2015; 19(3):504-510.
25. Bressane LB, Costa LNBS, Vieira JMR, Rabelo MAB. Oral health conditions among pregnant women attended to at a health care center in Manaus, Amazonas, Brazil. *Rev Odonto Cienc.* 2011; 26(4):291-296.
26. Catão CDS, Gomes TA, Rodrigues RQF, Soares RSC. Evaluation of the knowledge of pregnant women about the relationship between oral diseases and pregnancy complications. *Rev odontol UNESP.* 2015; 44(1):59-65.
27. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, Akerman M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(6):1683-1694.
28. Barreto CN, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN, Cremonese L, Ressel LB. “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. *Rev gaúch enferm.* 2015; 36(esp):168-176.
29. Pohlmann FC, Kerber NPC, Pelzer MT, Dominguez CC, Minasi JM, Carvalho VF. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. *Texto & contexto enferm.* 2016; 25(1):1-8.
30. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015; 43(5):385-396.

CORRESPONDÊNCIA

Franklin Delano Soares Forte

Departamento de clínica e odontologia social,
Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da
Paraíba, Campus Universitario CEP: 58.051-900, João
Pessoa, Paraíba, Brasil.

E-mail: franklinufpb@gmail.com