

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e de Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

CARMEN LUCIA DE OLIVEIRA PEREIRA

**REDE CEGONHA E SAÚDE BUCAL – UM PANORAMA NA REGIÃO  
CENTRAL DO ESTADO DE SÃO PAULO**

São Carlos  
2020

CARMEN LUCIA DE OLIVEIRA PEREIRA

**REDE CEGONHA E SAÚDE BUCAL – UM PANORAMA NA REGIÃO  
CENTRAL DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Aline Guerra Aquilante

São Carlos  
2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Carmen Lucia de Oliveira Pereira

“REDE CEGONHA E SAÚDE BUCAL-UM PANORAMA NA REGIÃO CENTRAL DO  
ESTADO DE SÃO PAULO”

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 30/05/2018

### COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Guerra Aquilante - UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sueli Fatima Sampaio – USP-RP

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda Lopez Rosell- UNESP

*Ao meu pai Izidro (in memoriam), que infelizmente não pode estar presente neste e em tantos outros momentos felizes da minha vida, mas que não poderia deixar de dedicar a ele este trabalho, pois se hoje estou aqui, devo muitas coisas aos seus ensinamentos e valores passados. Obrigada por tudo! Saudades eternas!*

*Ao maior de todos os amores, minha filha Melissa, responsável por me ensinar o que é o amor incondicional.*

*Ao meu marido Marcelo que sempre me apoiou e cuidou de tudo para que pudesse alcançar meus objetivos. Obrigada, meu amor!*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Eliana Hegg e Denise Gualtieri, por todo apoio, competência, incentivo e por sempre acreditarem e lutarem por um serviço público de qualidade.

À Fernanda Duvra, pelo seu incentivo e auxílio em muitos momentos desta trajetória. Por sua amizade, pelos tantos compartilhamentos, em especial, pela confiança.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me abençoar sempre. O que seria de mim sem a fé que tenho nele?!

À minha mãe, que me ensinou o valor da dignidade, honestidade e a lutar por aquilo que se deseja e que me mostrou a importância de não desistir apesar das dificuldades.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Aline Guerra Aquilante, pela amizade, apoio e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Aos docentes e coordenadores do curso, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão e pela amizade.

A todos os docentes do curso de Psicologia da UNICEP, que foram tão importantes na minha vida acadêmica, obrigada por cada experiência transmitida.

Aos meus colegas de Mestrado, pelo apoio, incentivo, convívio e amizade ao longo dessa jornada. As discussões, partilha de saberes e experiências fizeram este percurso ganhar um especial encanto.

Aos profissionais de saúde do DRS III, os meus sinceros agradecimentos a todos os participantes que doaram parte do seu tempo para construção deste trabalho.

Aos participantes que doaram seu tempo para realização deste trabalho.

Aos amigos e colegas de trabalho do CEO, por todo apoio, competência e incentivo.

Aos meus compadres Dani e Maurício, Glaucia e Vagner pela amizade, apoio, pelos momentos de descontração e, principalmente, pelas orações.

Aos membros da banca por valiosas contribuições.

## RESUMO

Estudo descritivo e exploratório com o objetivo de analisar o cuidado em Saúde Bucal na Rede Cegonha dos municípios do Departamento Regional de Saúde III – DRS III/Araraquara, estado de São Paulo. Foi realizado mapeamento do acesso à saúde bucal por meio do levantamento do número de gestantes cadastradas no SISPRENATAL no recorte de janeiro de 2015 a dezembro de 2016; e a identificação do percurso de cuidado em Saúde bucal na Rede Cegonha, reconhecendo suas potencialidades e fragilidade. As informações obtidas das bases de dados SISPRENATAL e dos questionários aplicados foram submetidas à análise estatística descritiva com a finalidade de resumir, organizar e apresentar uma visão global dos resultados. As informações obtidas a partir das entrevistas com os articuladores do DRS-III foram submetidas à análise de conteúdo temática, obtendo um panorama dos movimentos de interlocução da Rede Cegonha com a Saúde bucal. De acordo com os dados obtidos pelo SISPRENATAL, foram cadastradas 17.959 gestantes no sistema pelos 170 estabelecimentos de saúde que prestam assistência ao Pré-natal nos 24 municípios que compõem o DRS-III. Do perfil das gestantes a predominância foi de mulheres brancas, com idade entre os 20 e 29 anos. Gestão do cuidado, Gestão do trabalho e Gestão da educação foram as categorias avaliadas, apontando Protocolos e Fluxos como tema com maior representatividade, sendo indicado pelos participantes como maior fragilidade no cuidado integral ao pré-natal. Por outro lado, a gestão plena dos municípios traz autonomia a construção, implementação de ações que atendam a realidade de cada cidade. A saúde bucal permeia as Redes de Atenção a Saúde de forma que este estudo pode contribuir para promover o fortalecimento e visibilidade do cuidado em saúde bucal, potencializando a concepção da Rede Cegonha com o desenvolvimento de intervenções que possam promover a saúde bucal, facilitando o acesso dos usuários da Rede Cegonha.

Palavras-chave: Saúde bucal. Rede Cegonha. Integralidade em saúde.

## **MEMORIAL DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL**

Minha trajetória profissional na área da saúde deu início em 1998 quando trabalhei pouco mais de cinco anos como auxiliar odontológica em um consultório particular. Em 2004, fui convocada pela Prefeitura Municipal de São Carlos no concurso para auxiliar odontológica (hoje auxiliar de saúde bucal), onde atuei até o início de fevereiro de 2018. Inicialmente, atuei na UPA/UBS Cidade Aracy, que realizava tratamento curativo, preventivo e de pronto atendimento. Após nove meses fui transferida para o Conjunto Modular Quádruplo móvel, onde atuei por quase cinco anos. O conjunto modular Quádruplo móvel é uma equipe composta de quatro dentistas, quatro auxiliares e uma Técnica de saúde bucal, que vão até as escolas de educação infantil do Município levando tratamento preventivo e curativo para os alunos, além de conscientizar e capacitar os professores sobre a importância da Saúde bucal, tornando-os multiplicadores sendo que com as famílias é realizado um trabalho de informação e conscientização sobre a Saúde Bucal. O Município conta com 3 conjuntos modulares, denominados: Quádruplo, Triplo e Creche. Este trabalho é desenvolvido em parceria entre as Secretarias de Educação e de Saúde.

Em meados de 2009, pedi transferência para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Desenvolvi meu trabalho junto à cirurgiã dentista de Endodontia e na especialidade de “Pacientes Especiais” (autistas, pessoas com paralisia cerebral, transtornos psiquiátricos, câncer, entre outras patologias) tendo como principal desafio o cuidado integral ao paciente. Eventualmente atuei nas especialidades de Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Diagnóstico e Prótese. Durante esse período no CEO participei ativamente do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade), obtendo excelente nota.

No início da carreira como auxiliar de saúde bucal, não tive formação teórica, somente prática. Porém, ao longo dos anos passei por diversos cursos de educação continuada, jornadas e palestras voltadas para a área da saúde, sempre visando formação e aprimoramento profissional. Na prefeitura tive a oportunidade de trabalhar na Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Ainda em 2009 ingressei no curso de graduação em Psicologia. Durante o curso, sempre busquei aliar o conhecimento científico com minha experiência adquirida durante minha trajetória no Município. Buscando sempre apresentar aos colegas e professores, equipamentos e ferramentas de diversas Secretarias, tais como: Assistência Social, Educação e Saúde, como forma de agregar conhecimentos e informações sobre os trabalhos desenvolvidos pelo Município. Fui representante discente junto aos órgãos colegiados, como

o Conselho do Curso de Psicologia no biênio 2009/2010 e da Comissão de Melhoria do Curso. Já em 2015 conclui a Especialização em Saúde Mental e Hospitalar, onde a integralidade do cuidado foi bastante ressaltada. Neste mesmo ano, passei no concurso para Psicóloga, também da prefeitura Municipal de São Carlos, no qual atuo desde fevereiro de 2018.

Em julho de 2015, participei do Percorso Formativo na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial): Intercâmbio entre experiências. Foram enviadas para Recife/PE, 11 duplas multiprofissionais de diversos equipamentos da Rede de Atenção a Saúde para vivenciarem durante 28 dias a experiência da Rede de Saúde Mental, na área de demandas associadas ao consumo abusivo de álcool e outras drogas. Atualmente, os 22 profissionais, juntamente com os articuladores de Saúde Mental, vem desenvolvendo ações para a implementação da RAPS no Município. Ainda no ano de 2015, participei de uma formação em Libras para qualificar o serviço no acesso do surdo.

Desde a inauguração do CEO, em 2006, a equipe adotou e implementou a Política de educação permanente em Saúde já existente no Município, fortalecendo o trabalho em equipe. Além disso, o trabalho é desenvolvido a quatro ou seis mãos e todos os casos são planejados levando em conta a singularidade do usuário.

Acredito muito na viabilidade do conhecimento teórico aliado a prática, através de parcerias entre as universidades e as demais instituições. Promovendo assim, um ciclo de Educação continuada e permanente. Durante 13 anos no serviço público como Auxiliar de Saúde Bucal acompanhei avanços na atenção à saúde bucal. A temática tornou-se para mim um problema de pesquisa a ser investigado, possivelmente pelo desejo de contribuir para que a Rede Cegonha possa se consolidar como um programa fundamental para assistência à saúde e os achados possam servir de referência para a implantação da saúde bucal nas demais Redes de Atenção à Saúde.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo sobre o modo de organização da saúde	18
Figura 2 - Pontos de atenção da Rede Cegonha	23
Figura 3 - Organograma do departamento regional de saúde – DRS III	28
Figura 4 - Mapa das regiões dos Departamentos regionais de saúde do Estado de São Paulo, 2012.	29
Figura 5 - Municípios que compõe do Departamento regional de saúde III – DRSIII, subdivididos em quatro Colegiados de Gestão Regional, 2012	30
Figura 6 - Categorias temáticas: gestão do cuidado, gestão do trabalho e gestão da educação	39
Figura 7 – Percentual de municípios com protocolo de atendimento para gestantes	42

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Características sociodemográficas das gestantes cadastradas no SISPRENATAL nos anos de 2015 e 2016	33
Tabela 2 – Distribuição das gestantes segundo critérios do SISPRENATAL	35

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Matriz diagnóstica composta por quatro grupos de indicadores	41
---	----

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CGB	Casa da Gestante e Bebê
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartides
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
DOE	Diário Oficial do Estado
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAPs	Instituto Nacional de Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Teste imunológico de Gravidez
UBS	Unidade Básica de saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1 Modelos Tecnoassistenciais em Saúde.....	19
3.2 Rede Cegonha e Saúde bucal .....	25
4. MÉTODO.....	30
4.1 Tipo de estudo .....	30
4.2 Cenário e sujeitos do estudo.....	30
4.3 Etapas do estudo .....	33
4.4 Procedimentos éticos .....	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	55
REFERÊNCIAS .....	57
APÊNDICES .....	61
Apêndice A - Roteiro semiestruturado de entrevista.....	61
Apêndice B – Questionário para coordenadores de saúde bucal.....	62
Apêndice C – Termo de consentimento livre esclarecido .....	63
Apêndice D – Resultados quantitativos dos questionários.....	65
ANEXOS.....	66
Anexo A – Carta de autorização da instituição .....	66

## 1 INTRODUÇÃO

“A saúde é um direito de todos e dever do Estado”, é o que trás a Constituição Federal em seu artigo 196, garantindo o acesso universal e igualitário através de políticas sociais e econômicas. Diante disso, foi preciso que se pensasse num novo modelo assistencial, como forma de reorganizar a prática em saúde e que pudesse assegurar ao cidadão o atendimento garantido pela Constituição. É criado então, em 1990, o Sistema Único de Saúde – SUS através das leis 8080 e 8142, visando contemplar o atendimento do usuário de forma integral, universal e com equidade. Como forma de organizar e concretizar o SUS foi preciso inserir os princípios de Regionalização e Hierarquização, articulando os serviços existentes e visando o comando unificado dos mesmos. A hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e complexidade e garantir formas de acesso a serviços nos limites dos recursos disponíveis numa dada região. Além disso, a descentralização e comando único trouxeram autonomia para cada esfera de governo, que deve sempre ter a participação popular por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde para formulação de estratégias, controle e avaliação das Políticas de Saúde propostas.

Godoi *et. al* (2013), acrescenta que apesar dos grandes avanços alcançados e da reestruturação dos Serviços de Saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), persiste uma fragmentação das ações e serviços de saúde. Para que houvesse a integração das ações e serviços exigidos para atender as necessidades de saúde da população, foi necessário um arranjo organizacional que articulasse os serviços existentes em forma de Rede. As Redes de Atenção à Saúde são: Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas, Rede de cuidado à pessoa com deficiência e Rede Cegonha. Essa última voltada para desenvolver ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida, enfrentamento da mortalidade materna e infantil, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento.

Mas não se pode pensar na saúde sem pensar na saúde bucal. “A saúde começa pela boca”, muitos de nós já ouvimos essa frase; se pararmos para pensar que muitas doenças podem estar associadas à saúde bucal, tais como: pneumonia, diabetes, endocardite bacteriana, úlcera e outros problemas estomacais que podem surgir pela falta de dentes, fazendo com que o indivíduo engula alimentos sem mastigar corretamente. Cuidar da saúde é importante em qualquer momento da vida, sobretudo no período gestacional.

A gestação é uma fase muito singular em que a mulher passa por diversas mudanças, trazendo alterações em seu cotidiano. É um período no qual a mulher necessita de cuidados especiais pelo fato de vivenciar um momento ímpar com alterações fisiológicas, emocionais e psicossociais. Algumas alterações podem ocorrer na boca durante a gravidez, sem dúvida, no primeiro trimestre, os enjoos podem dificultar os cuidados de higiene e esse descuido pode levar a alterações na cavidade bucal, aumentando o risco de desenvolvimento de doença periodontal e cárie. Outra implicação importante a ser apontada é que a má condição bucal pode levar a gestante ao parto prematuro e o nascimento de bebês de baixo peso, portanto, o cuidado em saúde nesta fase deve ser planejado, ágil e humanizado.

De acordo com Pinheiro (2009), ‘Cuidado em saúde’ não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação mais abrangente em relação à compreensão de saúde para cada indivíduo e sua singularidade, garantindo que o usuário possa participar ativamente da decisão acerca do tratamento a ser utilizado. O “Cuidado em saúde” é o tratar, o respeitar, o acolher, atender o ser humano em seu sofrimento com qualidade, respeito e dignidade, a fim de contemplar uma ação integral e ter como efeitos e repercussões interações positivas entre usuários, profissionais e instituições.

O cuidado em saúde é um aspecto da integralidade que deve estar presente em todas as práticas de saúde. Para Mattos (2004), a integralidade deve ser uma postura exercida por meio de um olhar atento e ampliado às necessidades de saúde no contexto de cada encontro. É fundamental que haja um reconhecimento das ofertas da equipe de saúde ao sujeito no momento do encontro em dada situação.

Conforme Cecílio (2001), a integralidade deve ser vista em várias perspectivas para ser contemplada, tendo duas dimensões: a focalizada e a ampliada. A focalizada está relacionada ao compromisso e a preocupação da equipe de saúde de um determinado serviço, em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelos usuários que procuram atendimento. A ampliada, por sua vez, é pensada no contexto de redes, correspondendo, assim, à articulação entre os serviços de saúde e outras instituições, visto que as várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços e a melhoria das condições de vida depende de uma articulação intersetorial.

Neste aspecto, a consulta de pré-natal é defendida por Silva et.al (2012) como o momento que permite ao profissional de saúde elaborar o plano terapêutico singular. A adesão e a satisfação das mulheres ao pré-natal estão relacionadas à qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde. Diante disso, é necessário que encontre um espaço comum de conversa com o paciente, reconhecendo sua singularidade, orientando-a, de

modo a desenvolver autonomia. Nesta perspectiva, para que o cuidado na atenção pré-natal seja resolutivo, deve incluir a qualidade da assistência e a atenção ser centrada na mulher – e não na doença – para que se estabeleça uma relação dialógica entre os profissionais e as gestantes.

O cuidado deve ser um processo de trabalho em saúde, em que o vínculo entre os sujeitos e trabalhadores da saúde deve ocorrer de forma singular e afetiva, o que possibilita o acolhimento. A entrada na atenção básica dá início ao acolhimento e universaliza o acesso a todos os que necessitem. O acolhimento é fundamental para o bom funcionamento da rede de serviço de saúde. É o momento em que a equipe deve oferecer uma escuta qualificada à gestante (MERHY, 2002; SCHIMITH, LIMA, 2004).

Pensando que o acesso aos serviços de saúde se dá por qualquer porta de entrada, é fundamental que as equipes estejam preparadas para realizar o acolhimento desta demanda. Mas afinal, o que é acolhimento?

De acordo com Baraldi e Souto (2011), o acolhimento é uma ferramenta capaz de apoiar a qualificação do sistema de saúde, definido como uma prática que possibilita ao usuário acessar o cuidado digno, ampliado e integral por meio de uma assistência interprofissional e intersetorial.

Segundo Motta et. al. (2014), essa movimentação para a interdisciplinaridade, a integralidade e a intersetorialidade nos diversos serviços de saúde se deve ao acolhimento nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário).

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2010, 2013).

Conforme Araújo (2012), para que se tenha o cuidado em saúde é necessário que haja interação e corresponsabilidade entre os sujeitos envolvidos (profissionais de saúde, usuários, familiares, comunidade). Neste caso, o diálogo terapêutico possibilita a pactuação do tratamento mais adequado para dado momento ao restabelecer o equilíbrio da saúde, devolvendo ao usuário suas capacidades de conviver com sua condição de estar doente, de trabalhar e de se relacionar com os outros, de ser feliz e de se autocuidar.



Silva et. al (2012) ressaltam a importância do diálogo como parte do tratamento e o significado da comunicação que se cria entre profissionais de saúde e pacientes. É primordial que os profissionais saibam ouvir, sobretudo, porque a vivência, os medos, os mitos de cada indivíduo são baseados na sua visão de mundo. O estabelecimento de uma boa relação dialógica oferece cuidado humanizado, superando possíveis falas desconexas e bloqueios de comunicação entre profissionais de saúde e o paciente.

Como cuidar do indivíduo de forma integral sem incluir o cuidado com a saúde bucal? A saúde bucal sempre ficou às margens dos serviços de saúde e das Políticas Públicas. Pensando nisso, em 2003, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, lança o Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, com o objetivo de mudar o atual cenário da saúde bucal no país. A partir desta iniciativa é ampliada a oferta de serviços odontológicos para a população de todas as idades.

Visto que a saúde bucal permeia as Redes de Atenção a Saúde, este estudo pode contribuir com o fortalecimento e visibilidade do cuidado em saúde bucal, potencializando a concepção da Rede Cegonha por meio do desenvolvimento de intervenções que possam promover a saúde bucal, facilitando o acesso dos usuários a Rede Cegonha. Também pretende-se indicar caminhos que venham contribuir para consolidar a saúde bucal na Rede Cegonha como forma de garantir vínculo com os usuários, no sentido integral do cuidado, por meio do incentivo a novas discussões e estudos sobre a temática.

## **2 OBJETIVO**

Analisar o cuidado em Saúde Bucal na Rede Cegonha dos municípios do Departamento Regional de Saúde III – DRS III/Araraquara, estado de São Paulo, com identificação de suas potencialidades e fragilidades.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Modelos Tecnoassistenciais em Saúde

Entende-se que as formas de organização das práticas de saúde, por meio do modelo assistencial, embora seja uma proposta interessante, devido se tratar de um fenômeno complexo, ainda carece de um consenso para a área da saúde.

Para Silva Junior e Alves (2007), o modelo de atenção à saúde se caracteriza pelo modo como são organizadas e articuladas as ações de atenção à saúde, em seus diferentes níveis e recursos, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. O modelo tecnoassistencial se refere a um processo composto por “tecnologias do trabalho em saúde” e a assistência, a uma “tecnologia do cuidado” em que há necessidade de maior investimento em tecnologias leves – do tipo relacional, centrado nas necessidades dos usuários– em relação às tecnologias duras ou leve-duras.

Tecnologias essas propostas por Mehry (2002) sobre as “caixas de ferramentas tecnológicas” utilizadas como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam durante o encontro entre o profissional e o usuário diante do objetivo que se pretende. A caixa de ferramentas é composta por três diferentes tipos de tecnologia: “dura”, “leve-dura” e “dura”. A “tecnologia dura” consiste em manusear e acessar equipamentos, tais como: o estetoscópio, exames laboratoriais e imagens, necessários para auxiliar no diagnóstico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. A “tecnologia leve-dura” permite processar o olhar do profissional sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de compreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de certo ângulo. Esse é sempre um estado de apreensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário. É a partir deste terreno que os produtos da tecnologia dura ganham significados como atos de saúde, podendo predominar processos mais estruturados ou não. E por fim, as ferramentas que permitem o estreitamento das relações envolvendo o profissional e o usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança, possibilitando que o profissional realize um trabalho vivo e o usuário se torne participante na construção do cuidado, são chamadas de “tecnologia leve”.

O modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho devem estar comprometidos com a produção do cuidado do indivíduo, do coletivo, do social e do contexto em que está inserido.

De acordo com Paim (2001), os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (leve, leve-dura e dura) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. O modelo biomédico, focado no atendimento de doentes, seja por demanda espontânea ou não, apresenta uma série de fatores que limitam a atenção à saúde baseada na equidade e comprometida com as necessidades de saúde, ainda que venha, em determinadas situações, permitir um cuidado de qualidade.

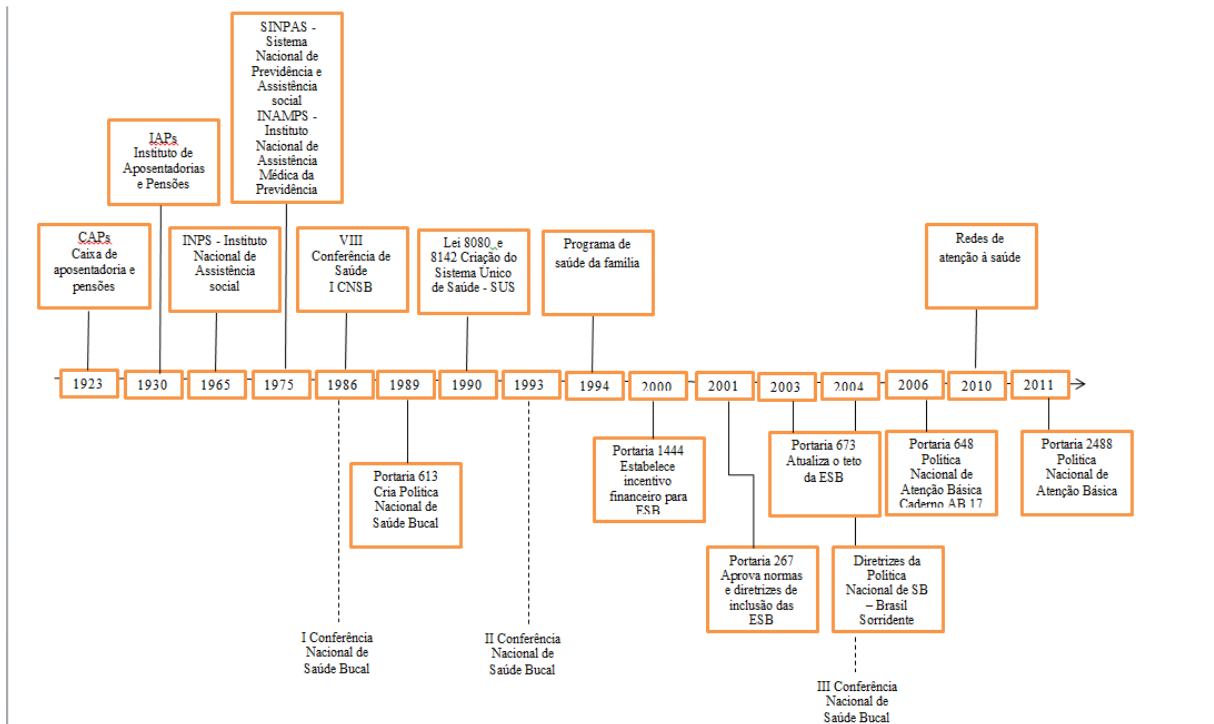
Segundo Cecílio (2002), o modelo biomédico, devido sua centralização no médico, no atendimento curativo, com pouca ou nenhuma prática de prevenção de doenças e promoção de saúde, é um modelo que vem sendo criticado. Por outro lado, o modelo sanitário, que tem seu foco nas necessidades de saúde, tem enfrentado dificuldades nos atendimentos que visem à promoção e proteção de saúde e que tenham qualidade, sejam efetivos e pautados na equidade.

Para Silva (2007, p.48):

A utilização de modelos assistenciais variados pode ser eficazmente utilizada com foco na Promoção de Saúde, objetivando a redução da demanda assistencialista, centrada na cura e no controle de doenças, reduzindo os gastos com assistência médica no setor público e privado.

No Brasil, o modo de organização da saúde sofreu alterações ao longo da história, como se observa na figura abaixo:

Figura 1 – Linha do tempo sobre o modo de organização da saúde



Fonte: Silva Junior e Alves (2007)

De acordo com Silva Junior e Alves (2007), no início da República, a organização de campanhas para combate contra epidemias era organizada por sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos. Essas campanhas perduram até os dias de hoje como estratégias no combate às endemias e epidemias. Na década de 20, com o início da industrialização, as pessoas começaram a reivindicar assistência à saúde e políticas previdenciárias. Mediante isso, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Diante disso, já na década de 30 deu-se início a instalação de centros e postos de saúde e a criação de alguns programas que pudessem dar conta de atender a demanda de determinados problemas de saúde de modo rotineiro, tais como: pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis. Durante a era de Getúlio Vargas, as CAPs transformaram-se em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Cada instituto dispunha de uma rede própria de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho. Com a adesão de outras categorias profissionais, houve mais investimento em unidades de saúde, mantendo seus programas verticalizados.

Ainda no estudo de Silva Júnior e Alves (2007), com o início do governo militar em 1964, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado a partir da unificação dos IAPs, mantendo o foco na assistência à saúde individual, pois as ações de saúde pública eram de responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde. Em

1975, definiu-se um Sistema Nacional de Saúde que manteve as atividades de saúde pública desarticuladas da assistência médica individual, apesar de ser uma década evidenciada por doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas que desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do processo de adoecimento. Do ponto de vista tecnológico, ocorreu um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras, elevando os custos a cada novo equipamento lançado, que demandava a necessidade de mão de obra especializada para sua operação. Além disso, quanto mais cara é a tecnologia, maior é a dificuldade de acesso por grande parte da população. No final dos anos 70, a medicina comunitária ganha destaque como uma estratégia que oferecia acesso à população aos reais avanços tecnológicos na saúde, além de levar assistência à saúde à população em geral.

Durante os anos 80, com o auxílio das Universidades, muitos municípios começam a organizar a Atenção Primária. Em março de 1986, em Brasília, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve ampla participação social e seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do SUS (BRASIL, 1986).

Já nos anos 90, com ações programáticas operadas por meio de políticas públicas e a construção de um conceito mais amplo sobre o processo saúde-doença, começa a surgir a concepção de território, visando a integralidade do sujeito, contemplando a promoção de saúde e prevenção de agravos. Ocorre uma reorganização das práticas de saúde, do modelo de gestão (que passa a ser compartilhada e horizontal) e de conceitos tais como: hierarquização, integralidade e intersetorialidade.

De acordo com Silva Junior e Alves (2007), a Rede básica de saúde tem papel fundamental na articulação entre o sistema de saúde e os usuários e, visto que as necessidades de saúde são construídas e estão em constantes mudanças, a gestão e os serviços oferecidos pela Atenção Primária precisam ser capazes de devolver estratégias que acompanhem todo esse dinamismo para que possam atender, sempre numa “releitura”, as demandas trazidas pela população.

Neste cenário, em 1994 nasce o Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde renomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visa a ampliação e fortalecimento da rede básica como principal porta de entrada no SUS, na tentativa de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico. Apresentando-se como eixo estruturante para a reorganização e hierarquização das redes assistenciais, baseado na Atenção Primária à Saúde (APS). Teoricamente, os usuários teriam seu fluxo organizado entre os serviços, inclusive de

média e alta complexidade, através de referência e contrarreferência. Na prática, os serviços não trabalham de forma articulada e a lógica da atenção básica como porta de entrada não acontece, uma vez que o usuário acaba entrando pela alta complexidade, por exemplo (BRASIL, 1997).

Fica sempre o questionamento em relação à dificuldade de articulação dos diferentes serviços do sistema de saúde. A articulação com outros setores é fundamental. Faz-se necessário que haja uma inversão da média e alta complexidade em relação à atenção primária. Pensando na noção da pirâmide, a base é formada pela atenção básica e no topo está a alta complexidade, com profissionais e equipamentos mais especializados com alta densidade tecnológica; desta forma, os serviços terciários atenderiam às situações com maior risco de morte evitando uso “indevido” do sistema de saúde e assegurando a retaguarda para atenção básica em situações de agravos. Por outro lado, a atenção básica precisa se fortalecer enquanto espaço de acolhimento e escuta aos usuários (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Segundo Fertoni et.al (2015), para que haja um rompimento do paradigma biomédico e a construção de novo modelo assistencial, é importante considerar dois aspectos: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários. A construção do desenho assistencial será baseada no cotidiano dos serviços de saúde mediante suas especificidades. Contudo, a efetividade de um novo modelo assistencial, no Brasil, apresenta desafios que precisam ser compreendidos pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e pelos âmbitos de controle social, bem como pelos gestores da saúde.

Para atender esta demanda, o Ministério da Saúde, em 2010, cria a portaria 4279 de 30 de dezembro, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como ampliar o desempenho do SUS em termos de acesso, equidade, eficácia e eficiência (BRASIL, 2010).

De acordo com Mendes (2009, p.82) o conceito de Rede pode ser definido por:

(...) organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A rede de atenção à saúde temática deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou a população. Diante disso, após pactuação tripartite, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas e Rede de cuidado à pessoa com deficiência (BRASIL, 2010).



### 3.2 Rede Cegonha e Saúde bucal

Visando qualificar o modelo da atenção à saúde da mulher e da criança na atenção ao parto e nascimento e no desenvolvimento e crescimento da criança nos primeiros dois anos de vida, o Ministério da Saúde, em 2011, apresenta a Rede Cegonha, instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011, como uma estratégia de enfrentamento da mortalidade materna e infantil, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida. Visto que há uma fragilidade na Rede causada por diversos fatores, tais como: fragmentação das ações e dos serviços de saúde que pode levar a mulher a peregrinar para encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto e a atenção ao parto e nascimento, a oferta dos serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames muitas vezes não contempla a necessidade dos Municípios e tão pouco a gestante.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), esta estratégia:

instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, visa organizar uma rede de cuidado que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade, assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Diretrizes, tais como: Pacto pela Saúde, o Pacto Pela Redução da Mortalidade Materno-Infantil e o Programa de Qualificação das Maternidades foram importantes iniciativas no âmbito nacional para a construção da forma de operacionalização e do referencial teórico da Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Para execução da Rede Cegonha, os municípios recebem financiamento para o pré-natal com custeio integral dos exames, fornecimento de kits para as UBS e para as gestantes; 100% de custeio do transporte (vale transporte e vale táxi); centro de parto normal (CPN) e casa da gestante, bebê e puérpera (CGB), com investimento para construção nos dois primeiros anos e custeio anual integral; e ampliação e qualificação dos leitos (Unidade de Terapia Intensiva - UTI, Unidade de Cuidados Intermediários - UCI, Canguru) com contrapartida de 80% do custeio e financiamento da ambiência para os locais de parto (BRASIL, 2011a).

A figura a seguir ilustra os pontos de atenção à saúde (primários, secundários e terciários), que compõem a Rede Cegonha.

Figura 2. Pontos de atenção da Rede Cegonha



Fonte: Ministério da Saúde

Em relação à Operacionalização da Rede Cegonha, a mesma está estruturada em cinco fases (BRASIL, 2011):

**1. Diagnóstico:** apresentação da rede Cegonha no território, apresentação e análise da matriz diagnóstica nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), Homologação da Rede Cegonha na Região e instituição de um grupo condutor formado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde.

**2. Desenho regional:** realização do diagnóstico situacional e pactuação do desenho no Colegiado de Gestão Regional (CGR) e proposta de plano operativo, inclusive com o aporte de recursos necessários.

**3. Contratualização municipal:** realização da contratualização dos pontos de atenção da Rede e instituição do Grupo Condutor Municipal.

**4. Qualificação:** cada um dos componentes da rede sendo qualificados através do cumprimento de requisitos mínimos

**5. Certificação:** após a verificação da qualificação de todos os componentes, o Ministério da Saúde certifica a rede cegonha no território, e realiza reavaliações anuais da certificação.

De acordo com Giovanni (2013), se olharmos para a gestação como processo fisiológico e natural para perpetuação da espécie, e não como um processo patológico ou doença, esse momento se constituirá numa experiência ímpar para a mulher, parceiro(a) e toda família e é nesse sentido que a Rede Cegonha orienta seu modelo de atenção.

A captação precoce da gestante (antes de completar 12 semanas) e o acesso aos cuidados de pré-natal são fundamentais para a avaliação da vulnerabilidade e risco, a realização de exames oportunos, em especial para detecção de sífilis, ações de práticas integrativas e a promoção da vinculação ao local do parto. Para isso, apoiados pelo gestor municipal, as equipes de saúde da atenção básica devem desenvolver ações de planejamento reprodutivo e de reconhecimento dos sinais de gravidez junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens. (BRASIL, 2011)

De acordo com Cavalcanti *et al* (2013):

Essa iniciativa convoca os gestores, os trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento praticado no país, o qual não coloca a gestante/parturiente no centro da “cena”, como protagonista do processo de gestação e parto, medicalizando e intervindo muitas vezes desnecessariamente.

Segundo Guerra *et al* (2016), a Rede Cegonha mostrou avanço na proteção integral ao processo de gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida, em termos da gestão do cuidado e do sistema, colocando a mulher, o bebê e os familiares como protagonistas deste processo. Para isso, os serviços e equipes de saúde tentam se organizar de modo que atendam e respeitem os direitos reprodutivos se pautando na política nacional de atenção integral à saúde.

Para Giovanni (2013), a Rede Cegonha produziu bons resultados desde sua implantação, atingindo a adesão de quase 100% do território brasileiro no componente da Atenção Básica. Diante disso, houve um aumento na oferta de recursos e qualificação do cuidado pré-natal, puerpério e cuidado do bebê. Diversos Planos de Ação Regional e Municipal foram firmados, equipamentos e serviços já existentes receberam qualificação com incentivo financeiro, apoio técnico e institucional e aumentou o número de serviços na média e alta complexidade.

Conforme Ferreira et. al. (2015), na gestação as mulheres ficam mais receptivas às informações que podem levar a mudanças e melhorias no cuidado com a saúde. Contudo, é fundamental que o profissional de saúde bucal, em especial o cirurgião dentista seja bem formado e preparado, para orientar as gestantes e os demais profissionais de saúde, dentro da equipe multidisciplinar, sobre a importância de procedimentos preventivos, a possibilidade de tratamento e aspectos de interesse na saúde bucal da gestante, uma vez que as gestantes demonstram interesse e expectativas com a participação no pré-natal odontológico, mas tem pouco conhecimento sobre seus aspectos relacionados ao fluxo e pouca experiência nessa linha de cuidado.

De acordo com Correia e Silveira (2011) não são reconhecidos pelas gestantes a má saúde bucal relacionada ao parto prematuro e/ou bebê de baixo peso, conforme apontado pela literatura. Quando estabelecem alguma relação, baseia-se em “mitos” que podem representar o começo de uma aproximação para desmitificação através de abordagens educativas. Além disso, há uma divergência entre os próprios profissionais de saúde sobre saúde bucal e as consequências na gestação.

Pretendendo ampliar o acesso, reorientar as práticas em saúde bucal em todos os níveis de atenção e garantir o avanço do modelo assistencial de saúde sobre o modelo biomédico, em 2004 é apresentada a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Diante deste novo modo de se pensar a saúde bucal, os profissionais de saúde bucal são inseridos nas Equipes de Saúde da Família; com isso, foi preciso que as equipes se reorganizassem para garantir assistência à saúde bucal da gestante, como rotina, incluindo a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, inserindo-as no grupo operativo e no pré-natal (BRASIL, 2004).

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004, p.13) no que tange o cuidado de gestantes:

Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Deve-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos:

- a) orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação;
- b) exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;
- c) diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo;
- d) diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;
- e) orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal;
- f) em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante, sob pena de gravíssima infração ética.

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento. Nos grupos operativos ou rodas de sala de espera é importante que as gestantes sejam ouvidas sobre os problemas, mitos, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o autocuidado e hábitos de vida saudável. O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer fase da gestação, principalmente nos casos de urgência, porém o período mais adequado para se fazer o tratamento é no segundo trimestre, lembrando que cirurgias e procedimento mais invasivos não são contraindicados, mas quando possível, devem ser realizados após a gestação (BRASIL 2004, 2008).

Rios (2018) aponta que a maioria dos profissionais de odontologia desconhecem os protocolos de atendimentos às gestantes. E, que apesar de serem os principais agentes de desmistificar os mitos medos sobre a atenção odontológica na gestação, muitos profissionais ainda os alimentam, em especial, a utilização de anestésicos.

## 4. MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

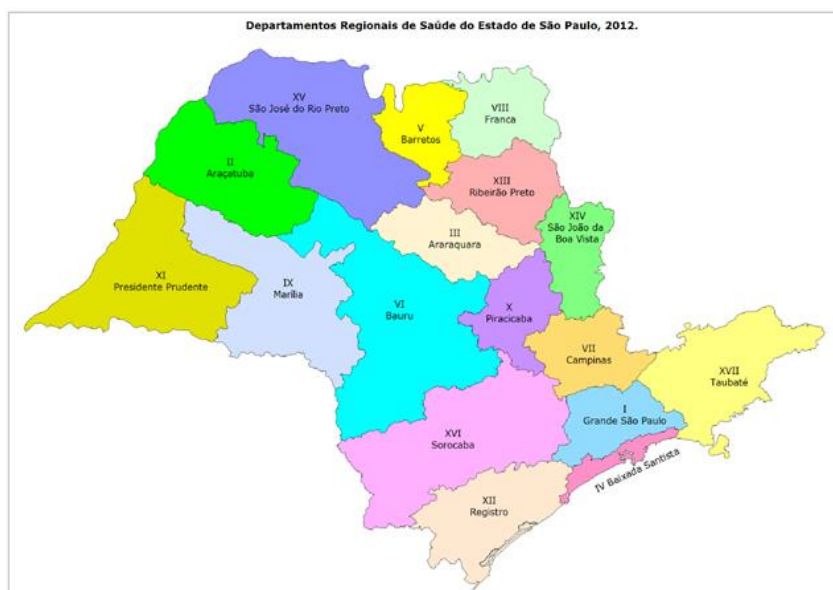
Esta pesquisa se caracteriza como um estudo descritivo exploratório. Este tipo de estudo tem como objetivo proporcionar maior entendimento do problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2002), além de descrever as características do fenômeno (TRIVIÑOS, 1987).

### 4.2 Cenário e sujeitos do estudo

O local da coleta de dados foi o Departamento Regional de Saúde III – DRS III, cujo município sede é Araraquara.

O Estado de São Paulo é dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, sendo responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e favorecer a articulação entre os diversos atores sociais, identificando as potencialidades e fragilidades de cada região (Figura 3).

Figura 3 Mapa das regiões dos Departamentos regionais de saúde do Estado de São Paulo, 2012.



Fonte: Secretaria Estadual do Estado de São Paulo

A estrutura organizativa do DRS III está dividida em: Assistência técnica e Núcleo de apoio administrativo (Figura 4).

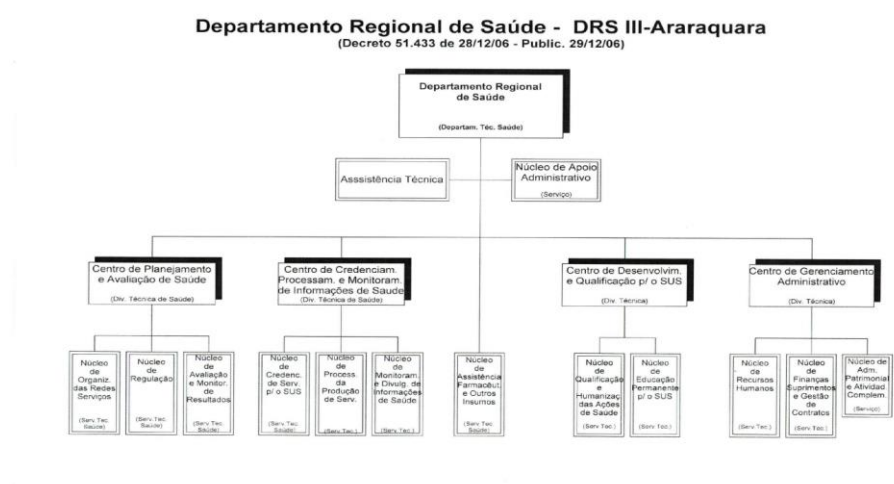
A assistência técnica compreende dois Centros (Planejamento e avaliação de saúde; Credenciamento, processamento e monitoramento de informações de saúde). Cada Centro é subdividido em três Núcleos, respectivamente:

- Organização das redes serviços; Regulação; e Avaliação e monitoramento de resultados.
- Credenciamento de serviços para o SUS; Processamento da produção de serviços; e Monitoramento e divulgação de informações de saúde.
- e .
- O Núcleo de apoio administrativo é dividido em dois Centros (Centro de desenvolvimento e qualificação para o SUS; e Centro de gerenciamento administrativo). Cada Centro é subdividido em dois e três Núcleos respectivamente. São eles:

- Núcleo de Qualificação e Humanização das Ações de Saúde;
- Núcleo de Educação Permanente para o SUS; e,
- Núcleo de Recursos Humanos;
- Núcleo de Finanças, Suprimentos e Gestão de Contratos;
- Núcleo de Administração Patrimonial e Atividades Complementares; (Figura 2).

O DRS III conta com 80 funcionários que fazem a interlocução com os municípios pertencentes ao departamento.

Figura 4. Organograma do departamento regional de saúde – DRS III – Araraquara, 2006

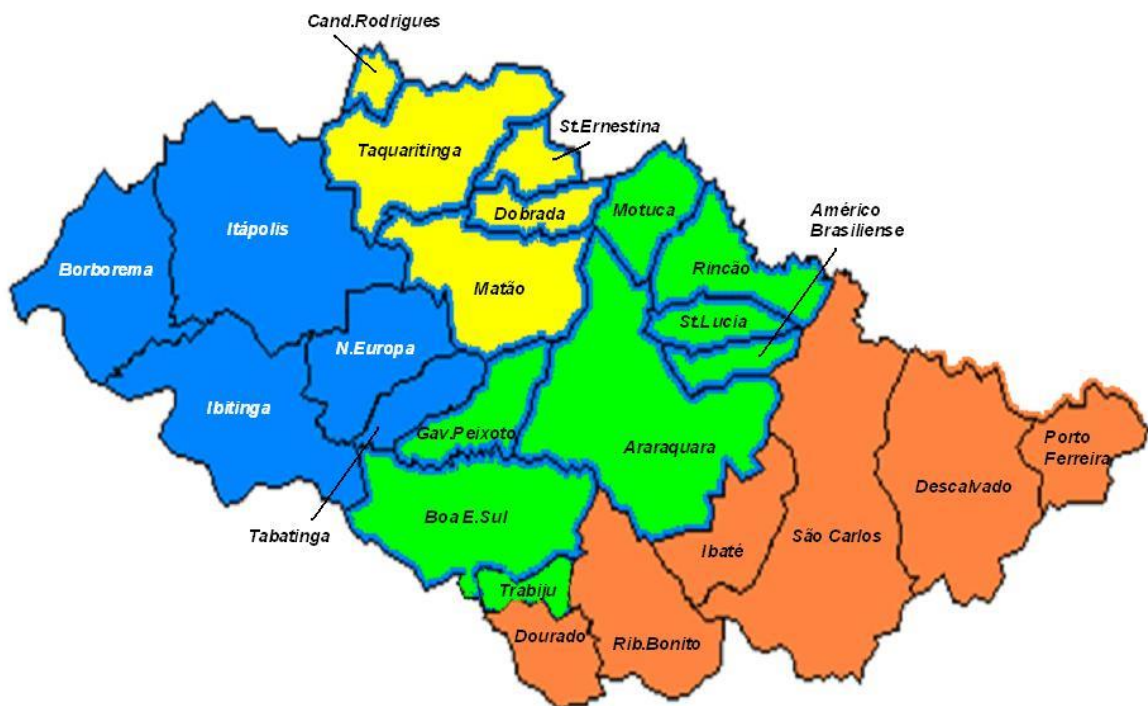




O DRS III é composto por 24 municípios subdivididos em quatro Colegiados de Gestão Regional - CGR (Figura 5): **Norte:** Matão, Dobrada, Santa Ernestina, Taquaritinga e Candido Rodrigues; **Central:** Araraquara, Santa Lucia, Rincão, Américo Brasiliense, Motuca, Gavião Peixoto, Boa Esperança do Sul e Trabiçu; **Centro-Oeste:** Ibitinga, Itapópolis, Nova Europa, Borborema e Tabatinga; **Coração:** São Carlos, Descalvado, Porto Ferreira, Ibaté, Ribeirão Bonito e Dourado (BRASIL, 2006).

Ocupa uma área de 8.027,257 Km<sup>2</sup>, onde residem cerca de 920 mil habitantes. O município com maior população tem 221.950 habitantes e o com menor população possui 1.544 habitantes. A renda média per capita é de R\$12.158,59 e ao todo há 265 estabelecimentos de saúde SUS, segundo os dados do Censo de 2010. Apesar de serem numerosos os equipamentos de saúde do DRS III, não se observa homogeneidade na distribuição dos mesmos (IBGE, 2010).

Figura 5. Municípios que compõem o Departamento Regional de saúde III – DRSIII, subdivididos em quatro Colegiados de Gestão Regional, 2012.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Atendendo a Portaria da Rede Cegonha no DRS III, o Grupo condutor regional, composto por representantes (multiprofissionais) dos 24 municípios, representantes



do DRS III, além de representantes das maternidades, reúne-se mensalmente para discutir os avanços e fragilidades da Rede Cegonha.

### 4.3 Etapas do estudo

O estudo foi dividido em duas etapas. A primeira teve um caráter quantitativo e consistiu no mapeamento das gestantes cadastradas no SISPRENATAL. A segunda etapa possuiu um componente quantitativo e qualitativo, cujo escopo foi a identificação do percurso de cuidado em saúde bucal na Rede Cegonha, bem como suas potencialidades e fragilidades. As etapas ocorreram de forma concomitante e independente.

Inicialmente, foi realizado contato telefônico para agendamento de visita ao DRS III com a finalidade de conhecer o banco de dados e programar as entrevistas para que não houvesse prejuízo nas atividades diárias dos participantes.

Foi realizada análise dos Bancos de dados SISPRENATAL para mapear o cadastramento das gestantes em todos os municípios do Departamento Regional de Saúde III – DRS III/Araraquara. As informações obtidas das bases de dados, tendo como recorte os anos de 2015 e 2016, foram submetidas à análise estatística descritiva com a finalidade de resumir, organizar e apresentar uma visão global dos resultados (GUEDES, ACORSIN e MARTINS, 2005).

O SISPRENATAL web foi elaborado a fim de qualificar o Sistema da Gestão da Informação, disponível em todo território nacional desde março de 2012. Trata-se de um sistema *online* que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestada pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde até o atendimento hospitalar de alto risco. Tem como benefícios: fornecer informações fundamentais para planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; melhorar o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal; e permitir o repasse do incentivo financeiro aos municípios (BRASIL, 2012).

Na 2ª etapa foram entrevistados os articuladores de Saúde Bucal e da Rede Cegonha do DRS III, utilizando-se um roteiro semiestruturado (Apêndice A) para identificar como é realizado o cuidado em Saúde bucal na Rede Cegonha, destacando suas potencialidades e fragilidades. As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas em áudio, com duração média de 40 minutos e posteriormente transcritas na íntegra. Para assegurar o anonimato dos entrevistados, os mesmos foram codificados em P1 e P2. As

entrevistas transcritas foram submetidas à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011), que compreende momentos de pré-análise através de leitura flutuante, elaboração dos indicadores e elaboração das categorias de análise; posteriormente foi realizada a exploração do material obtido e, finalmente, o tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

Num segundo momento foi aplicado questionário com perguntas abertas e fechadas aos coordenadores municipais de saúde bucal presentes na reunião mensal com o DRS III, totalizando 12 questionários respondidos (Apêndice B).

#### **4.4 Procedimentos éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP - UFSCar) em consonância com as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos”, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, resolução nº 466/2012 (Anexo 1).

Após aprovação pelo CEP, os participantes foram convidados e diante da manifestação de interesse de participação na pesquisa, foram informados sobre os objetivos e sigilo da identidade dos participantes e formalizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias (Apêndice C).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos pelo SISPRENATAL e apresentados na Tabela 1, entre os meses de janeiro de 2015 e dezembro de 2016, foram cadastradas 17.959 gestantes no sistema pelos 170 estabelecimentos de saúde que prestam assistência ao Pré-natal nos 24 municípios que compõe o DRS III. Do total de gestantes cadastradas, 58,79% eram brancas, seguidas de mulheres pardas (24,97%). A faixa etária predominante ficou entre os 20 e 29 anos (52,96%) – período mais fértil – seguida de mulheres entre 30 e 34 anos (18,59%). Conforme dados do IBGE, em 2001, 82,8% das mulheres de 25 a 49 anos tinham pelo menos um filho.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das gestantes cadastradas no SISPRENATAL nos anos de 2015 e 2016. Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III), estado de São Paulo, Brasil.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Raça/Cor</b>	Amarela	810	4,51
	Branca	10559	58,79
	Indígena	04	0,02
	Parda	4484	24,97
	Preta	1221	6,79
	Sem informação	881	4,90
<b>Faixa etária</b>	<10	0	0,00
	10 a 14	58	0,32
	15 a 19	2403	13,38
	20 a 24	4977	27,71
	25 a 29	4535	25,25
	30 a 34	3339	18,59
	Acima de 34	2647	14,73

Fonte: SISPRENATAL/PRÉNATAL

Para cada gestante cadastrada no SISPRENATAL captada até a 12ª semana, o município tem o repasse de incentivo fundo a fundo no valor de R\$ 20,00. Entre o biênio 2015/2016, nos 24 municípios do DRS-III, foram cadastradas 17.959 gestantes, perfazendo o total de R\$ 359.180,00.

Se a gestante realizar os exames laboratoriais até a 20ª semana de gestação, realizar no mínimo 6 consultas de pré-natal, ser acompanhada até a 40ª semana de gestação, realizar o parto em hospital SUS e realizar a consulta de puerpério até 40 dias após o parto, o

município recebe mais R\$ 20,00. Quando a gestante chega para o parto com todos os critérios acima relatados, o hospital também recebe R\$ 40,00, além do faturado normalmente pelo procedimento (parto).

A verba recebida pelos municípios se destina a melhorias na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, além de apoio financeiro para transporte com a finalidade de realização de exames, como ultrassonografia, por exemplo, e a ida à maternidade. Esse apoio financeiro é importante para estimular as gestantes a iniciarem o pré-natal o mais rápido possível. De modo geral, o repasse deste recurso é feito fundo a fundo e sua gestão é feita pelos municípios.

De acordo com dados do portal do Ministério da Saúde, publicado em junho de 2017, a Rede Cegonha desenvolve ações em 5.488 municípios, alcançando 2,6 milhões de gestantes. Desde o lançamento da Rede, foram investidos mais de R\$ 3,1 bilhões para o desenvolvimento das ações (BRASIL, 2017).

No Brasil o número de consulta de pré-natal, no âmbito do SUS, vem crescendo, passando de 1,2 consultas em 1995 para 10,95 consultas em 2010, tendo o Norte e o Nordeste os menores índices. Somente em 2013 foram realizadas 18,9 milhões de consultas de pré-natal pelo SUS, o que representa aumento de 93% em relação a 2003. Contudo, apesar do aumento da cobertura do acompanhamento do pré-natal, continua elevada a incidência de sífilis congênita (BRASIL, 2011, 2017). A região do DRS III vem contribuindo para o aumento dos índices de sífilis congênita, sendo a terceira região do estado com maior número de casos, só perdendo para o DRS-IV (Baixada Santista) e DRS-VI (Bauru); muito destes números alarmantes pode se dar pela baixa qualidade da assistência oferecida, por divergências nas notificações ou por tratamentos incompletos.

Um dado alarmante é que menos da metade das mulheres fazem pré-natal. Na média nacional, apenas 46% das gestantes realizaram mais de sete consultas durante a gravidez, segundo pesquisa realizada pelo IBGE em 2001. Ainda de acordo com a pesquisa na região Norte e Nordeste, a proporção de gestantes que tenham feito o pré-natal são 25,8% e 32,9% respectivamente e, mesmo nas regiões mais desenvolvidas, essas proporções estão um pouco acima de 50%. Somente três estados brasileiros apresentam números em torno de 60%, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Paraná.

Em decorrência da baixa adesão ao pré-natal, as taxas de mortalidade infantil dos nascidos menores de seis dias são extremamente altas nas regiões onde a assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido é mais precária. O Ministério da Saúde estabelece, como

norma, um mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, realizadas por médico ou enfermeiro.

Do total de gestantes cadastradas (17.959) no DRS III em 2015 e 2016, 10.668 gestantes receberam assistência pré-natal de 6 ou mais consultas apenas, não tendo outra informação registrada. No campo que se refere “acompanhada por 6 ou mais consultas”, a gestante realizou o mínimo de 6 consultas, exames, parto e puerpério pelo SUS, sendo que 1.371 gestantes foram cadastradas. O total de gestantes cadastradas que realizaram os exames laboratoriais obrigatórios fica bem abaixo do total contabilizado (482 gestantes). No campo, “acompanhadas até 40 semanas”, as gestantes chegaram até a 40ª semana dentro dos critérios, mas não foi informado parto realizado pelo SUS e consulta de puerpério, totalizando 2.732 mulheres (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das gestantes segundo critérios do SISPRENATAL, 2015 e 2016. Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III), estado de São Paulo, Brasil.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Gestantes cadastradas</b>	17959	100,0
<b>6 ou mais consultas</b>	10668	59,4
<b>Acompanhadas em 6 ou mais consultas</b>	1371	7,6
<b>Acompanhadas com idade gestacional até 20 semanas que realizaram exames</b>	482	2,7
<b>Captadas até 12ª semana de gestação</b>	12647	70,4
<b>Acompanhadas até 40ª semana de gestação</b>	2732	15,2

Fonte: SISPRENATAL/PRÉNATAL

Embora 92% dos municípios não relatem dificuldade em alimentar o banco de dados do SISPRENATAL, há grande tendência dos números apresentados serem subnotificados, visto que há uma discrepância entre os dados, por exemplo, 78,4% das gestantes captadas até a 12ª semana de gestação não foram acompanhadas até a 40ª semana de gestação de acordo com os dados. Essa variação pode ocorrer por diversos fatores, tais como: abortamento, migração do acompanhamento pré-natal para particular ou convênio médico.

Uma hipótese é que muitos equipamentos de saúde contam com uma série de dificuldades para o registro das informações, como: ausência de rede de internet e computadores ou estes estão obsoletos, mão de obra, sobrecarga de trabalho e outros. Além disso, os dados são informados pelos municípios diretamente ao Ministério da Saúde e não há monitoramento por parte do DRS III. Isso implica na perda de recursos financeiros: estima-se que a região deixou de receber R\$ 198.300,00 no período de 2015 e 2016.

Outro dado curioso aconteceu no município de Gavião Peixoto. Segundo os dados do IBGE, nos anos de 2015/2016 a taxa de nascidos vivos registrados foi de 124 pessoas; porém, não houve nenhum registro de gestante no SISPRENATAL para os respectivos anos.

Os dados de saúde são informações importantes para o planejamento, organização e gestão dos serviços de saúde, definição de políticas públicas a serem adotadas. No caso do SISPRENATAL, as fichas são preenchidas e devem ser digitadas, preferencialmente, na unidade de saúde e posteriormente enviadas ao setor responsável pelo sistema de informação em saúde (SIS) da Secretaria Municipal de Saúde, de onde são transmitidas ao Ministério da Saúde. Como se trata de um sistema *online* há a possibilidade de transmissão direta dos dados ao Ministério da Saúde. Para que não haja divergência nos dados, os atores responsáveis demandam atenção criteriosa no repasse das informações. Um estudo realizado em Cuiabá-MT por Lima e Correa (2012) apresentou aspectos intrínsecos e entraves na produção de informações fidedignas do SISPRENATAL, como a falta de capacitação dos trabalhadores e gestores. Ainda que seja uma realidade distante para muitos municípios, a descentralização da alimentação do sistema seria mais efetiva.

Pensando neste entrave, o Ministério da Saúde publicou uma nota técnica (NOTA TÉCNICA Nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS) em 30 de novembro de 2017, com orientações sobre a utilização dos sistemas de informação para acompanhamento do pré-natal com o intuito de diminuir o retrabalho e o uso de vários sistemas de informação. Considerando que a Estratégia e-SUS AB já está consolidada quanto às formas de registro, processamento e disseminação da informação, em todo o território nacional, o SISAB passou a ser fonte de informação para monitoramento das ações da Rede Cegonha, no nível da Atenção Básica. A partir de setembro de 2017, o Departamento de Atenção Básica – DAB identificou as unidades básicas de saúde que enviavam as informações regularmente através do e-SUS AB e essas tiveram o SISPRENATAL suspenso, evitando duplicidade de dados; essas unidades receberam um alerta de que o sistema seria bloqueado em três meses; porém, as unidades que não estavam enviando seus dados de forma regular ou que não faziam uso do

e-SUS AB deveriam fazer seus registros no SISPRENATAL como habitualmente (BRASIL, 2017).

Essa ação é importante para que o repasse das informações em saúde chegue de forma mais dinâmica e fidedigna, contribuindo para o desenvolvimento de ações que ampliem e qualifiquem a assistência da Rede Cegonha.

Como já mencionado, o estudo seguiu em duas etapas. Em relação aos participantes deste presente estudo foram entrevistados dois profissionais do DRS III com roteiro de entrevista semiestruturado e identificadas características relacionadas ao tempo de formação (17 anos em média) e atuação na função no serviço público (3 anos e 6 meses). Os resultados dos questionários respondidos por 12 Coordenadores Municipais de Saúde Bucal também serão apresentados a seguir. A análise das entrevistas e dos questionários possibilitou construir três categorias temáticas: Gestão do cuidado, Gestão do trabalho, Gestão da educação.

Figura 6 - Categorias temáticas: gestão do cuidado, gestão do trabalho e gestão da educação.

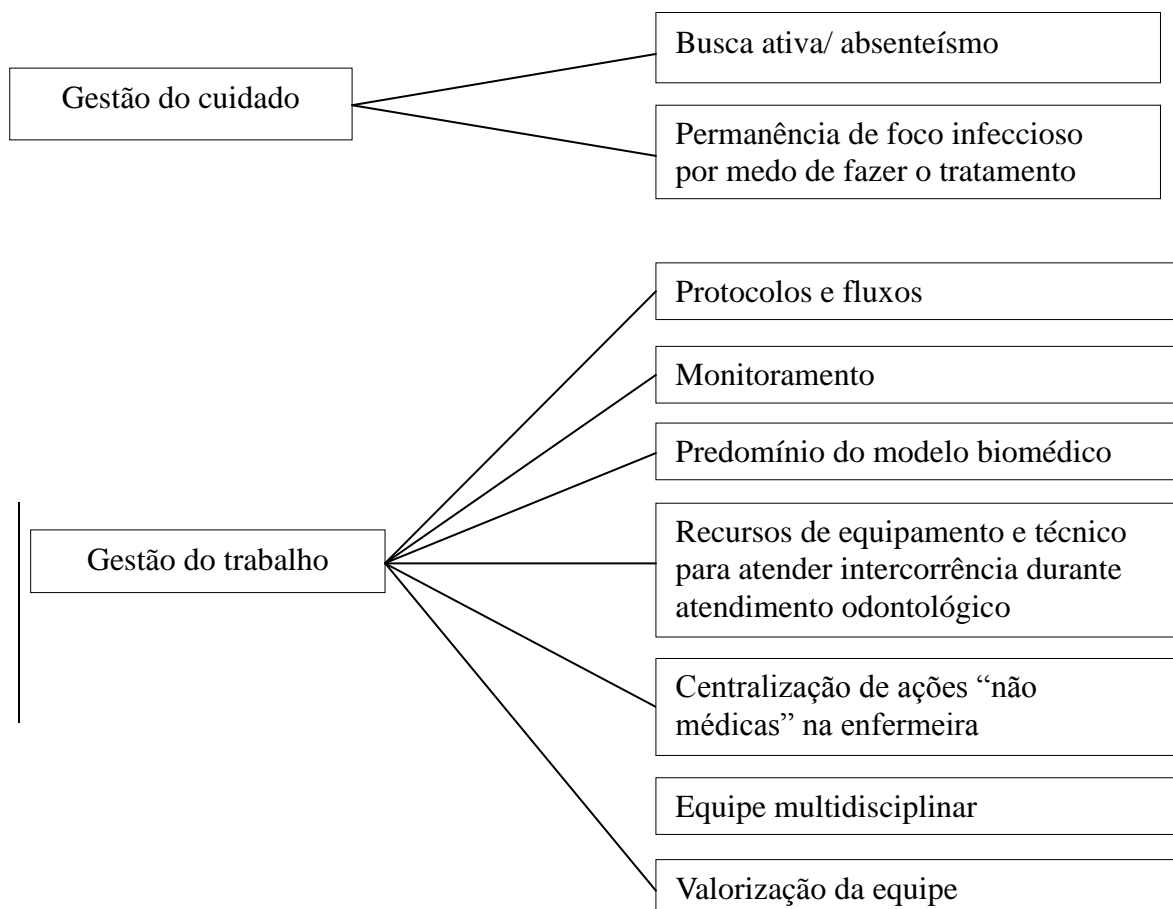
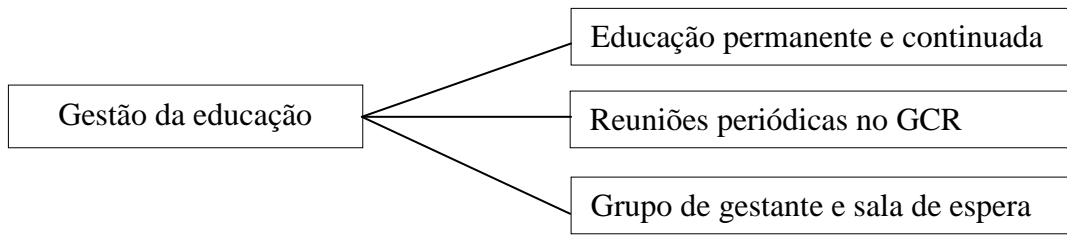


Figura 6 - Categorias temáticas: gestão do cuidado, gestão do trabalho e gestão da educação. (continuação)



Fonte: Elaborado pela autora

As categorias compreendem como se desenha a linha de cuidado em Saúde bucal da gestante dentro do DRS-III.

Para Cecílio e Merhy (2003), a linha de cuidado é compreendida como:

(...) uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores.

### Gestão do cuidado

Os resultados desta pesquisa apontaram a importância da **busca ativa** como ferramenta para auxiliar o profissional no pré-natal odontológico e evitar possíveis agravos em caso de absenteísmo e/ou abandono de tratamento. Dito isso, observa-se que esta ferramenta vem sendo pouco utilizada, 36% dos municípios que responderam o questionário não fazem busca ativa da gestante.

*“Não existe essa busca ativa. (...) A gente percebe que o agente comunitário que devia fazer esse papel e fazer essa busca ativa ou mesmo identificar as gestantes para iniciar o Pré-natal, eu acho que não existe essa figura. Ele não tem essa noção. Talvez um treinamento com olhar mais para esse lado de que ele tem que ser o identificador, o olho da enfermeira ou do profissional fora da unidade.” P1*

*(...) eu acho que a equipe inteira muitas vezes não consegue entender... que ela tem que colar nessa gestante, não pode perder essa gestante... faltou? a enfermeira tá lotada? o médico tá lotado? vai o dentista lá atrás pra saber o que tá acontecendo. Então eu penso que falta o cuidado mesmo, essa preocupação... e é a busca ativa, é ir atrás, ver o que tá acontecendo, no que pode ajudar, ver o porquê ela não tá indo. P2*



De acordo com Bizerril (2015), é sabido que a visita domiciliar ainda não é uma realidade na rotina da equipe de saúde bucal. Por outro lado, se faz necessário que essas visitas se tornem cada vez mais frequentes para que haja um estabelecimento de um vínculo mais efetivo entre a equipe de saúde bucal e a comunidade assistida. A equipe de saúde bucal através da visita domiciliar promove ações voltadas à promoção e prevenção em saúde bucal.

Quando as ações na unidade de saúde ou em qualquer outro equipamento ficam centralizadas nas mãos de um único profissional, com certeza ocorre um prejuízo no desenvolvimento destas ações e o trabalho em equipe não acontece. Empoderar as equipes para que se tornem mais independentes é fundamental, assim cada um ressignifica e atribui importância ao seu trabalho no cuidado pré-natal.

Um dos aspectos apontados pelos participantes foi a **permanência de foco infeccioso por medo de fazer o tratamento**. Existe um paradigma de que gestante não pode ir ao dentista e esse mito leva a vários agravos, como a perda de dentes e dor.

*“Tem gestante que vai estar mais ansiosa, muito mais nervosa e você tem que conversar mais um tempo com ela, fazer o procedimento mais rápido pra ela conseguir. Você não vai no primeiro dia já querer fazer o atendimento, querer fazer adequação do meio e tudo. Você tem que sentir essa gestante pra ver como ela tá emocionalmente.” P2*

Muitas mulheres procuram o serviço de saúde bucal quando estão com alguma queixa, normalmente dor, fazendo com que o tratamento odontológico se torne mais complexo e associado a estímulos dolorosos. Culturalmente as pessoas tem medo de dentista por pensar na possível dor que sentirão e deixam de fazer consultas preventivas periódicas.

Além disso, muitas mulheres não associam a importância da saúde bucal à gestação, tendo baixa percepção da necessidade deste cuidado.

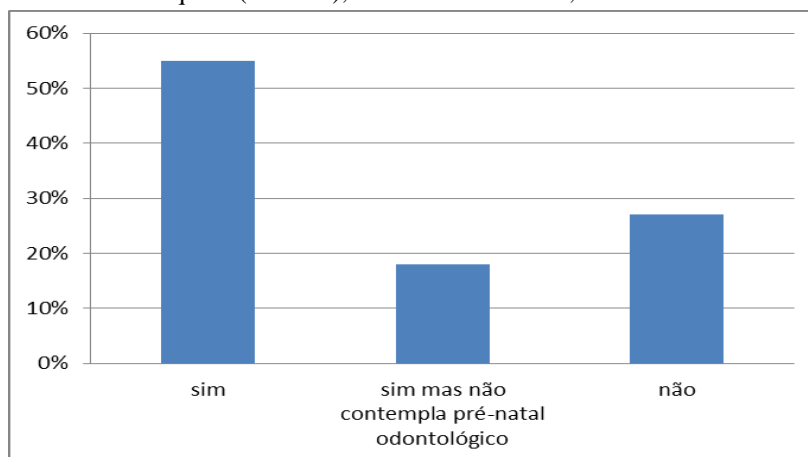
Crenças e mitos populares desaconselham gestantes a procurar o atendimento odontológico, em razão de acreditar que pode haver algum risco para o bebê, revelando grande desinformação. Igualmente a crença que a dor de dente e a perda de dentes estão associadas à condição da gravidez, agravando o risco da precariedade da condição bucal. O medo é o sentimento mais forte em relação à própria saúde bucal que as gestantes expressam em relação ao dentista. Por essa razão, o que determina a procura de atendimento odontológico para as gestantes é uma dor de dente forte e contínua, ainda que esteja com medo, não valorizando a promoção da saúde, negligenciando o autocuidado (ALBUQUERQUE, 2003; SILVEIRA *et.al.*, 2017).

## Gestão do trabalho

O tema **protocolos e Fluxos** foi o que apareceu com maior representatividade nos conteúdos das entrevistas.

A falta de protocolos e fluxos definidos para atendimento odontológico das gestantes é apontada como fragilidade na assistência pré-natal de forma integral. Quando questionado aos coordenadores municipais de saúde bucal se o município possui protocolo de atendimento para gestante, 73% afirmaram que o município possui protocolo da Rede Cegonha, porém 18% destes não incluem o pré-natal odontológico em seus protocolos e 27% não possuem nenhum tipo de protocolo voltado à Rede Cegonha (Figura 6).

Figura 7 – Percentual de municípios com protocolo de atendimento para gestantes. Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III), estado de São Paulo, Brasil.



A percepção dos participantes é que não há uma padronização entre os municípios acerca desta temática, tanto para captação precoce da gestação, quanto para posterior assistência.

*“Cada município faz o seu protocolo, baseado no do Ministério [da Saúde]. Muitos usam o do Ministério, a grande maioria usa o do Ministério (...)” P1*

*“Então, a gente percebe assim, uma diversidade. (...) que a partir do TIG [Teste Imunológico de Gravidez] ela já é encaminhada pro dentista, encaminha a enfermeira ou o médico, tem todo o protocolo. Agora tem lugares que eu percebo que a gestantes ficam um pouco assim... meio perdidas, não é encaminhado. (...) Então eu acho que os [municípios] menores não tem, os maiores tem o protocolo, né!” P2*

É necessário que os serviços de saúde tenham protocolos e fluxos que norteiem os profissionais de saúde, garantindo assistência integral aos pacientes, organizando os serviços e auxiliando a gestão no planejamento das ações. A falta de protocolo pode gerar diversas interpretações, produzindo insegurança e divergências na atuação prática, muitas vezes impedindo a realização de intervenções que podem acarretar prejuízos à saúde da gestante e do bebê.

O Ministério da Saúde possui diversos protocolos de atenção à saúde, inclusive referente à saúde bucal, que podem auxiliar os municípios a construir seus próprios protocolos considerando suas características e particularidades.

O protocolo é essencial para orientar e apoiar a prática da atenção de qualidade, pois respalda e apoia o profissional. Traz uma organização da assistência por estabelecer condutas e procedimentos que otimizam o processo de trabalho em saúde e beneficiam a gestão, os profissionais de saúde e as usuárias (RODRIGUES, 2011) .

Na captação da gestante, que deve ser realizada precocemente, precisa ser feito o acolhimento com classificação de risco, pedido dos exames pré-natais e todas as demais orientações, sendo que a consulta odontológica para início concomitante do Pré-natal odontológico não pode ser esquecida. Porém, essa é uma situação que muitas vezes não ocorre na prática, prejudicando a assistência em sua integralidade.

Durante a demanda espontânea da mulher na primeira queixa de atraso menstrual, os participantes relataram que os fluxos de agendamento com o médico e solicitação dos primeiros exames não acontece, o que gera retrabalho. Essa situação é apontada pelos participantes articuladores do DRS III como falha, em especial, nos municípios menores. Diante disso, medidas preventivas, detecção precoce e tratamento de doenças graves, como a sífilis, por exemplo, ficam prejudicadas. O pré-natal do parceiro(a) também fica comprometido.

*“(...) existe essa perda de oportunidade. Ela pode estar com outro problema sem ser gravidez e se perde muito esta oportunidade e com isso, por exemplo, se eu chego lá e falo que tô com atraso menstrual e a Unidade não quer fazer o teste rápido para saber se eu estou grávida, e fala “você volta daqui 15 dias porque tem que dar 15 dias” P1*

Não há uma regra para o tempo de atraso menstrual em que deverá ser realizado o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), mas pode ocorrer falso negativo caso o atraso menstrual seja de poucos dias. É importante que a equipe oriente a mulher sobre esta

possibilidade e repita o exame dias depois e muitas vezes isso não acontece, o que acaba gerando mal estar entre os usuários que imaginam se tratar de “pouco caso” por parte dos profissionais. Essa falta de flexibilidade muitas vezes não acontece e a mulher retorna, muitas vezes, depois do período de captação precoce. Visto que alguns municípios possuem somente 1 (um) equipamento de saúde, entende-se que o acesso ao serviço seja mais fácil, assim como a organização do mesmo.

*(...) “se fizesse os testes e já fizesse o agendamento para os exames e a consulta com o médico você conseguiria tratar a sífilis, que é um grande problema na nossa região, né!... Talvez seria muito mais fácil fazer o Pré-natal do homem pra você conseguir é... triar melhor as coisas para as doenças sexualmente transmissíveis e aí quando a gente fala de sífilis, a gente também não pode esquecer também o HIV e das outras doenças, né!” P1*

Apesar da ausência de protocolos e fluxos ser apontada como fragilidade em alguns municípios, os participantes acreditam que o acesso ao serviço é mais fácil quando a demanda é menor, sendo um facilitador para organização em municípios menores. Ainda que os protocolos sejam construídos baseados pelas diretrizes do Ministério da Saúde, as particularidades de cada município são levadas em conta. A integração de outros profissionais ao protocolo é um avanço e realidade em alguns municípios.

Como já mencionado, os casos de sífilis congênita tem aumentado no DRS-III, sendo a terceira região com maior número de casos no estado. A detecção precoce é primordial para a tomada das medidas a serem adotadas. Um estudo realizado por Latgé *et. al* (2016) na Universidade Federal Fluminense apontou as consequências das oportunidades perdidas de tratamento da sífilis congênita no pré-natal, onde os casos apresentaram evolução grave ou fatal, cujas mães não foram adequadamente diagnosticadas ou tratadas para sífilis durante a gestação ou o parto.

A deficiência no **monitoramento** das ações municipais e dos dados da Rede Cegonha revela a dificuldade do DRS-III em fazer o monitoramento das ações desenvolvidas pelo município. Por se tratar de território extenso, o acompanhamento se dá nas reuniões mensais do Grupo Condutor Regional; com isso, o DRS-III não consegue manter proximidade com todos os municípios. Além disso, não há pacto de envio periódico de dados para análise.

*“Eu não consigo monitorar as gestantes, né! Porque é impossível! (...) Por esse motivo mesmo, de eu não ter pernas, eu uso a reunião da Rede cegonha e as reuniões de*

*CIR, como pauta Rede Cegonha(...) É uma estratégia minha porque eu não tenho como fazer de outra maneira, né!” P1*

*“Então, o monitoramento ele é feito assim nas reuniões mesmo, (...) a gente acaba não fazendo mesmo esse monitoramento... que seria importante pra eles percebam como tá(...) Na verdade a gente até precisa destes dados, mas eu não sei se os municípios fazem essa análise de monitoramento.” P2*

A distância entre os municípios pode chegar a 105 km, cerca de 1h30min de viagem da sede do DRS-III. Por se tratar de território extenso e os profissionais do DRS-III contarem com outras atribuições, as visitas aos municípios raramente acontecem. Uma medida adotada para “diminuir” a distância e estreitar o vínculo com os municípios é a reunião mensal do Grupo Condutor Regional; porém, há grande absenteísmo de vários municípios. Também não há exigência do DRS-III para envio periódico de relatório situacional.

Como não há monitoramento e nem visitas periódicas aos municípios, entende-se que o planejamento de ações se dá de forma teórica e não baseada na realidade dos municípios. Para a implantação e avaliação dos resultados da Rede Cegonha, há a necessidade da análise e apresentação das informações de forma que os municípios possam se planejar e aumentar a efetividade dos serviços oferecidos. Como o DRS-III é bastante heterogêneo, a qualidade das informações é fundamental para investigar potencialidades e fragilidades locais.

Abaixo, a matriz decisória composta por quatro grupos de indicadores foi desenvolvida pela Universidade Federal do Maranhão para monitorar a Rede Cegonha na região Norte-Nordeste. Esses indicadores podem nortear o monitoramento do DRS-III que pode adequá-lo para sua realidade e incluir o programa de saúde bucal.

Quadro 1 – Matriz diagnóstica composta por quatro grupos de indicadores

1º GRUPO: Indicadores de mortalidade e morbidade	2º GRUPO: Indicadores de atenção	3º GRUPO: Situação da capacidade hospitalar instalada	4º GRUPO: Indicadores de Gestão
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida);</li> <li>• Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós neonatal);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de sete consultas no pré-natal;</li> <li>• Cobertura de equipes de Saúde da Família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de leitos obstétrico total e por estabelecimento de saúde;</li> <li>• Identificação das maternidades para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de investimento estadual no setor de saúde;</li> <li>• PDR atualizado;</li> <li>• PPI atualizada;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por município;</li> <li>•Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo idade gestacional - IG (&lt; 37 semanas);</li> <li>•% de óbitos infantis e fetais investigados;</li> <li>•% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe;</li> <li>•% de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação;</li> <li>•% de crianças com consultas preconizadas até 24 meses;</li> <li>•% de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada;</li> <li>•% de gestantes com todos os exames preconizados.</li> </ul>	<p>gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Identificação dos leitos UTI neonatal existentes;</li> </ul> <p>Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam partos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Identificação de centrais de regulação: urgências; de internação e ambulatorial;</li> <li>•Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital.</li> </ul>
--	--	--	---

Fonte: UNA-SUS/UFMA

Quando perguntando aos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal do DRS III como o Grupo Condutor Municipal faz o monitoramento e avaliação da Rede, 71% afirmaram que fazem avaliação através de reuniões, monitoramento do protocolo, avaliação dos indicadores de saúde do município e do DRS-III; 29% afirmaram que não fazem monitoramento, ou seja, são feitas iniciativas para avaliação das ações desenvolvidas pela Rede Cegonha nos municípios, porém essas informações não são compartilhadas com o DRS-III. As experiências exitosas podem auxiliar outros municípios com demandas semelhantes, além de fortalecer pontos que podem estar fragilizados na atenção ao cuidado da gestante.

Diante disso, pode ocorrer o **predomínio do modelo biomédico** nas ações quer por parte dos pacientes, quer por parte dos profissionais e podem levar a sobrecarga de trabalho, desvalorização e falta de vínculo com os demais profissionais, tais como: dentista e enfermeiro. Os articuladores do DRS-III atribuem esse evento a questões culturais.

*(...) “é muito centralizada no médico ainda... as decisões todas são do médico... não existe essa, vamos dizer, essa consulta de enfermagem (...) Eu acho que a culpa também, é um pouco de culpa da gestante, ela vai lá e ela quer passar no médico... eles tem também essa visão de que o médico é o sabedor de tudo, conhecedor de tudo e ele tem que*

*mandar em tudo.(...) Porque você vai e o cara não vai te dar atenção, não te escuta... Você faz as reclamações e ele não escuta.” P1*

*“(...) Eu sinto também que tem muitas equipes que são fechadas e que realmente não deixa o Cirurgião dentista entrar (...) eu falo sempre ‘vai se integrando devagarzinho e aí a hora que você vai ver tá tudo junto e misturado’.” P2*

Muitas vezes os profissionais de saúde realizam suas tarefas cotidianas no “automático”, sem se dar conta de que é preciso a quebra deste paradigma. O cuidado em saúde vai muito além do médico, da cura. É o caso da gestante que está passando por um processo natural e seu cuidado deve ser feito por uma equipe interprofissional. A mulher nesta fase precisa de orientação e/ou acompanhamento em diversas áreas, tais como: nutrição, psicologia, assistência social, educação física, entre outros. É papel da equipe, informar e se organizar para que os usuários também entendam a importância dos demais profissionais em seu cuidado.

Durante a gestação, a mulher fica mais sensível e suscetível a receber orientações e tratamentos necessários e essa é uma importante oportunidade para criação de vínculo. A orientação sobre os cuidados com o bebê e higiene bucal devem acontecer desde os primeiros meses da gestação.

De acordo com Silveira *et.al* (2017, p.6)

O dentista, de forma integrada com os demais profissionais, em especial com o médico que acompanha o pré-natal, deve assumir um papel relevante para minimizar o negligenciamento com o autocuidado da gestante, motivando e promovendo a saúde, sem deixar de oferecer o cuidado técnico-assistencial apropriado, com a devida segurança para minimizar os riscos para a mãe em gestação.

Outro aspecto levantado pelo estudo diz respeito aos **recursos de equipamento e técnico para atender intercorrência durante atendimento odontológico** na Atenção básica. Como apontado anteriormente, há muitos mitos e apreensões relacionados ao atendimento odontológico da gestante, sobretudo os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde bucal dentro das unidades de saúde.

*“E outra, é muito mais fácil você atender uma gestante numa Unidade básica de saúde que tem uma enfermeira para “medir” pressão, um médico do lado se tiver algum problema, muito mais do que num consultório particular.” P2*

Para que o profissional de saúde bucal faça o atendimento da gestante com segurança é fundamental que se tenha condições de trabalho, ou seja, acesso a medicamentos em caso de prescrição, anestésicos voltados à essa população, tempo adequado de forma que a consulta se dê de forma calma e resolutiva, entre outros. Dentro da unidade de saúde, além das condições mencionadas, o profissional também pode contar com a equipe multidisciplinar para retaguarda em caso de intercorrência. Com isso, tanto o profissional quanto a gestante passam a ter mais segurança na hora do procedimento.

Outro ponto que foi apontado pelos articuladores do DRS-III foi a **Centralização de ações “não médicas” na enfermeira**. Muitas vezes em unidades de saúde que não estão configuradas como estratégia de saúde da família, o supervisor da unidade é um enfermeiro. Como parte de suas atribuições, que compreende desde a consulta de enfermagem e acolhimento no serviço, ações ligadas a comunidade como a visita domiciliar e os grupos de promoção de saúde, uma de suas atribuições é o de gestão, ficando responsável pelo apoio administrativo, confecção de relatórios, coordenação dos serviços, entre outros. Se afastado do seu objeto de trabalho por conta dessa lógica, capturando para si o trabalho de gestão do serviço.

*(...) o TIG não obrigatoriamente tem ser feito por uma enfermeira, né! O teste rápido de HIV pode ser delegado e a enfermeira acaba sobrecarregada e também tem esse no conceito de ser centralizadora, né! Porque a gente acaba sendo centralizadora no curso, né!... Eu lembro que quando eu trabalhava era tudo centrado em mim. Eu... era uma coisa absurda!” P1*

*“E aí a pessoa não consegue dar conta. É o que falei pra você, a busca ativa... a gestante não compareceu, se o dentista puder ir lá... Por que ele não pode ir? Por que tem que ser a enfermeira? Por que numa reunião de equipe não tem reunião quando a enfermeira não tá junto? Por que essa equipe não pode fazer sozinha, né? Então parece assim, não vai ter reunião porque a enfermeira tá muito ocupada. Então por que não pode fazer a equipe?” P2*

Esse papel burocrático e administrativo dá ao profissional enfermeiro um destaque atrelado a uma maior responsabilidade pelo “bom” funcionamento da unidade, o que pode acarretar a mudança do cuidado da paciente das “mãos” do médico para o enfermeiro. Sem dúvida, o trabalho do enfermeiro é complexo e requer várias habilidades; sendo assim, deve-se destacar o trabalho em equipe e o compartilhamento de ações que podem ser



desenvolvidas por outros profissionais, contribuindo para o cuidado da gestante de forma integral e evitando sobrecarga do profissional.

Os articuladores do DRS-III apontam a importância da **equipe multidisciplinar** na assistência ao cuidado integral da gestante, tais como: a realização do TIG, que pode ser realizado por qualquer profissional da equipe que tenha sido capacitado. Com relação às consultas de pré-natal, os participantes veem como potencial a consulta de enfermagem intercalada à do médico, possibilitando a criação de vínculo e adesão do(a) parceiro(a) a realizar o pré-natal juntamente com a gestante. Outro ponto importante é a realização da visita domiciliar pelo Cirurgião dentista, permitindo que a saúde bucal se realize “extramuros”.

Para Santiago (2017 p.09) no tocante ao trabalho em equipe:

É imprescindível que os profissionais de saúde trabalhem na perspectiva da multidisciplinaridade, na qual o cuidado prestado à gestante aconteça de forma integral e complementar. Nesse caso, valoriza-se os saberes de cada profissional, na perspectiva de construção de um cuidado articulado às diferentes necessidades das usuárias. Esse cuidado deve ser seguido desde a descoberta da gravidez até o período puerperal, fomentado pelos diferentes atores, de modo a gerar uma assistência integral. Essa articulação e parceria tenderão a gerar novos olhares para a dimensão do saber/fazer em saúde e no acompanhamento ao pré-natal.

Como norteador para as ações de saúde bucal nos municípios, a gestão municipal pode se pautar nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Sendo universal o acesso aos serviços de saúde bucal, é realizado levantamento epidemiológico para avaliação e classificação de risco. Garantindo a equidade no atendimento que se dão através de agendamento, demanda espontânea e atendimentos de urgência. Quando demandam tratamento especializado, os usuários são encaminhados à Atenção secundária. Caso seja necessária intervenção em âmbito hospitalar, alguns municípios oferecem esse atendimento.

As ações preventivas individuais e coletivas são recursos utilizados para promoção da saúde bucal e podem acontecer em diversos espaços, tais como: escolas, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), unidades de saúde. São realizadas palestras com pais, professores e cuidadores, rodas de conversas e atividades lúdicas com as crianças, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor.

Cursos de atualização e capacitação são fundamentais para qualificar o desenvolvimento das ações, porém não são oferecidos por todos os municípios. Alguns deles incentivam seus profissionais a realizarem cursos online e outros cursos, mas os Coordenadores Municipais de Saúde Bucal não deixaram claro se oferecem contrapartida.

Foi relatado dificuldade da gestão em seguir as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal por um Coordenador Municipal de Saúde Bucal, tendo um município que a utiliza.

A **valorização da equipe** foi abordada nas entrevistas com os articuladores do DRS III, diante da necessidade de identificar e valorizar as potencialidades de cada profissional e do que ele pode contribuir para a ampliação das ações na assistência em saúde. Outro ponto importante é capacitar os profissionais no que tange multiplicar o conhecimento tais como: capacitação de multiplicadores para aplicação dos testes rápidos.

*“(...) cada profissional tem uma facilidade maior ou menor. Tanto é que lá no hospital (...) tinha uma enfermeira que tinha facilidade para levar o grupo, né! Ela gostava de fazer aquelas reuniões. Então assim, a gente meio que dividia porque, realmente, tem pessoas que tem maior facilidade que as outras e a gente têm que ser profissional suficiente para falar ‘eu não quero fazer porque eu não sei fazer’”. P1*

Segundo Duarte e Boeck (2015), os gestores de saúde devem aproximar-se mais da equipe e do cotidiano de trabalho dessas equipes, a fim de dar voz a esses profissionais, promovendo a satisfação no trabalho e qualificando a assistência prestada à população.

O trabalho em saúde se dá por meio do encontro entre diferentes profissionais com aptidões e habilidades distintas. Os profissionais de saúde bucal podem contribuir para que a atenção à gestante seja feita integralmente considerando todos os aspectos do indivíduo. Neste sentido, é fundamental que as potencialidades de cada profissional sejam valorizadas. Desta forma o trabalho enriquece e quem mais se beneficia é o usuário.

### **Gestão da educação**

A resposta para a qualificação do cuidado em saúde pode estar na capacitação dos profissionais, por meio de **educação permanente e continuada** para atuação prática, entendendo esses conceitos como coisas distintas, criando espaços nas unidades para construir coletivamente o levantamento de demandas e estratégias de cuidado. Houve relato, por parte dos articuladores do DRS-III, da dificuldade “técnica” no atendimento odontológico da gestante, muitas vezes apoiados em mitos.

*“Eu acho assim, que nos [municípios] menores fica muito mais fácil de você não perder essa gestante, mas ao mesmo tempo eu sinto uma dificuldade no atendimento mesmo dos dentistas... muitos falam que tem muita dificuldade! eu não sei se é na parte técnica mesmo ou receio no atendimento, não sei se na universidade não tiveram uma... precisam se atualizar mais, eu percebo que tem uma dificuldade técnica no atendimento das gestantes.” P2*

Tal evidência pode ser observada nos dados apresentados. No tocante à educação continuada dos profissionais de saúde bucal através de capacitação, cursos, oficinas para o atendimento à gestante, 83% dos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal afirmaram que o município não oferta capacitações. Todavia, 17% deles apontam a busca por aprimoramento profissional através de cursos oferecidos pelo UNASUS, reuniões e capacitações oferecidas para a Rede. Temas tais como: “Como e Quando Prescrever em Odontologia”, “Anestesia e Farmacologia”, onde se abordou o atendimento à gestante, foram ofertados no último ano, relatou um dos participantes. Um potencial oferecido por alguns municípios são capacitações dentro do horário de trabalho, desta forma garantindo maior adesão dos profissionais.

Conseqüentemente, metade dos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal refere observar resistência de alguns profissionais de saúde bucal em atender a gestante; atribuindo a insegurança, receio e falta de empoderamento do profissional. Observou-se um relato da não adesão ao tratamento por parte da gestante, o que corrobora com a fala de um dos articuladores do DRS-III:

*“a gente percebe que se o dentista não tá seguro no atendimento, com certeza essa gestante vai tá insegura e não vai ter nem coragem de chegar nesta unidade, por causa dos mitos, do problema da anestesia”. P2*

Doenças periodontais e outras infecções decorrentes de uma má condição de saúde bucal podem levar ao parto prematuro e o nascimento de bebês de baixo peso. Só essas duas intercorrências já deveriam ser suficientes para acender um alerta, tanto nas gestantes quanto nos profissionais de saúde. O fato é que as questões culturais e crenças estão tão enraizadas que impedem uma mudança de postura das duas partes (gestantes e profissionais de saúde) e o que se vê na prática é uma indiferença, associando as complicações a outras questões que não envolvem a saúde bucal.

O trabalho do profissional de saúde bucal vai muito além do trabalho clínico e é preciso que ele se insira na unidade de saúde pensando a saúde de forma integral e ampliada desenvolvendo ações para promoção da saúde e quebra deste paradigma, diminuindo o “abismo” que existe entre ele, a equipe e os pacientes.

Desta forma, **as reuniões periódicas do Grupo Condutor Regional**, são espaços potentes de articulação para execução da linha de cuidado como forma de usar outros espaços de reunião para fortalecer as equipes para realizar ações nos municípios, estreitar o vínculo entre os profissionais do DRS-III e os municípios. Além disso, o DRS-III incluiu profissionais de outros setores, como da Vigilância epidemiológica, por exemplo, para dar dinamismo e resolubilidade às reuniões mediante dúvidas. Como já mencionado, o DRS-III não realiza visitas periódicas aos municípios, desta forma as reuniões mensais são uma ferramenta fundamental.

*“Por esse motivo mesmo, de eu não ter pernas, eu uso a reunião da Rede cegonha e as reuniões de CIR, como pauta Rede Cegonha (...) É uma estratégia minha porque eu não tenho como fazer de outra maneira, né!” P1*

*“O dentista tá sendo convidado para participar de todas as Redes, então é assim... uma estratégia que a gente fez, foi colocar o GTAB [Grupo Técnico de Atenção Básica] com o pessoal da Atenção básica junto com os dentistas.” P2*

Para que haja um melhor aproveitamento dos encontros é importante que os membros levem para a reunião suas fragilidades, para que sejam discutidas e trabalhadas em grupo. Os municípios recebem a “memória” da reunião mensal do Grupo Condutor Regional, assim como a pauta que será discutida no próximo encontro. Ainda que as pautas sejam decididas na reunião anterior, podem ocorrer mudanças ou acréscimo de temas entre um encontro e outro.

Outro ponto importante relacionado à saúde bucal é que esta temática é pouco discutida pelo Grupo Condutor Regional, provavelmente, por ter somente um representante da saúde bucal no grupo. Esse tema poderia ser pauta em alguma reunião ao longo do ano como forma de tornar o grupo ainda mais potente.

Há baixa adesão de alguns municípios, que ao longo do ano comparecem em pouquíssimas reuniões da Rede Cegonha. Cabe ao DRS-III cobrar a assiduidade dos

municípios, afinal é de responsabilidade do Grupo Condutor Estadual monitorar, avaliar, apoiar, dentre outras ações, tais como:

1. Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede;
3. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase e;
4. Monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (BRASIL, 2011a).

Vale ressaltar que 67% dos municípios que participaram da pesquisa possuem Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha e outros 9% estão em construção. Porém, 25% não têm membros da saúde bucal em seu corpo técnico. Em relação à periodicidade das reuniões, 38% não se reúnem.

Outro espaço potente são os **grupos de gestante e de sala de espera** proporcionado um ambiente educativo e de troca de experiências. Como já dito, a mulher está numa fase mais suscetível e com isso as ações educativas com grupo de gestantes mais dinâmicos são ferramentas fundamentais na promoção de saúde.

*“E até mesmo os grupos de gestantes que obrigatoriamente poderiam ser um bate papo com elas e não aquilo tipo aulinha, né! Porque você faz um grupo de gestante e solta alguma coisa e deixa elas falarem. Eu acho, eu acredito que nos grupos tem que ser assim: você dá o disparador e as dúvidas vão surgindo no grupo (...)” P1*

*“O dentista tem que aproveitar todos os espaços para fazer... conseguir fazer esse vínculo e principalmente no grupo de gestantes que é onde elas têm muitas dúvidas (...) tem município que faz esse grupo de gestante no meio e os três primeiros meses acaba, né?! já começa realmente fazer para esses três primeiros meses que são essenciais, o melhor é fazer no segundo trimestre, mas no primeiro mês você já conseguir falar sobre alimentação, sobre a higienização também é muito importante.” P2*

Conforme Teixeira *et. al* (2016), as atividades realizadas no grupo de gestantes permite a troca de conhecimento entre as gestantes e profissionais de saúde. Neste espaço elas podem compartilhar experiências, sentimentos, afetos e socialização dos diversos saberes, possibilitando o estreitando do vínculo entre as gestantes e os profissionais.

Diante disso, é indispensável que essas ações sejam realizadas pelos diversos profissionais que compõe a equipe.

De modo geral os municípios têm baseado suas ações nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, embora não tenha ficado claro se todos os municípios têm protocolos definidos e cronograma destas ações, em especial, no caso de encaminhamento para a atenção secundária e terciária. Diante disso, para o fortalecimento dos vínculos entre os três níveis de atenção, é primordial a construção coletiva do cuidado da gestante.

É fundamental que a gestão municipal busque desenvolver estratégias para a garantia da continuidade do cuidado em saúde bucal e linhas de cuidado prioritárias, ampliando o acesso, o acolhimento e a resolutividade dos serviços. Reuniões periódicas de saúde bucal para discussão de processos de trabalho, participação dos profissionais de saúde bucal nas reuniões de equipe e no Conselho Municipal de Saúde, caracterizando gestão participativa e cogestão.

Outro recurso adotado pela gestão são os levantamentos epidemiológicos para classificação de risco, a fim de estabelecer critérios e organização das demandas prioritárias para atendimentos e posteriores encaminhamentos que se fizerem necessários. É fundamental que a construção de fluxos e protocolos (que devem ser dar de forma permanente) para as linhas de cuidado prioritárias sejam discutidos e validados por todos os profissionais da saúde bucal, além da articulação com outros serviços.

Em relação à linha de cuidado em saúde bucal da gestante, durante o pré-natal as gestantes – que aceitam – recebem o tratamento odontológico na unidade de referência. E quando a puérpera retorna a unidade para o exame do pezinho do bebê, faz-se a avaliação bucal do recém-nascido e continua cuidado com a mãe. Vale ressaltar que tanto o profissional de saúde quanto o paciente são responsáveis pelo tratamento, não podendo ser atribuído somente ao paciente, como mencionado por um dos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal: “A continuidade do tratamento odontológico no município fica a responsabilidade do paciente”.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este presente estudo possibilitou uma análise de como tem se dado o cuidado em saúde bucal na Rede Cegonha no DRS- III, por meio de reflexão sobre as potencialidades e fragilidades deste cenário diante da heterogeneidade do território.

De modo geral, os municípios tem se organizado para atender as demandas de saúde bucal das gestantes e buscado reconhecer os pontos de maior fragilidade, o que mostra a potencialidade das ações, embora apresentem algumas dificuldades como: capacitar os profissionais de saúde, fazer busca ativa por meio de visitas domiciliares e lidar com o desafio do predomínio do modelo biomédico. O atendimento odontológico na gestação ainda é cercado de muitos mitos e medo, o que contribui para o agravamento das condições de saúde bucal neste período. Além disso, a interlocução dos municípios e o DRS-III sobre as ações desenvolvidas são fragilizadas pelo absenteísmo dos municípios às reuniões periódicas e ausência de fluxos pré-estabelecidos de envio das informações.

A maior fragilidade apontada pelos participantes é a falta de protocolos e fluxos que contemplem o cuidado integral ao pré-natal através de ações multidisciplinares. Por outro lado, a gestão plena dos municípios traz autonomia para construção e implementação de protocolos e fluxos que atendam a realidade de cada cidade.

Pode-se notar que apesar das diretrizes da Rede Cegonha, alguns municípios não têm Grupo Condutor Municipal e entre os que afirmaram ter o Grupo, nem todos tem o profissional de saúde bucal inserido. Esse resultado mostra a fragilidade da saúde bucal em desenvolver ações que contemplem a integralidade do cuidado da gestante, uma vez que a não articulação das ações leva à fragmentação do cuidado.

Uma grande potencialidade foi a abertura dos gestores em apresentar a realidade dos serviços, trazendo à tona suas fragilidades. As entrevistas com os articuladores do DRS-III possibilitou uma proximidade da realidade vivida pelos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal. Os questionários permitiram que os Coordenadores Municipais de Saúde Bucal refletissem sobre a prática e a realidade da gestão municipal.

Dada a importância do tema, torna-se necessário o desenvolvimento de ações que promovam práticas voltadas ao cuidado em saúde bucal da gestante, garantido o atendimento integral da mulher.

Neste sentido, entende-se que o diálogo entre os municípios e o DRS-III é a condição primordial para estabelecer o cuidado integral da gestante, sendo necessário que as barreiras de comunicação e os ruídos dialógicos entre profissionais sejam superados.



## REFERÊNCIAS

- 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**, Caderno de Saúde Pública, 2003, Brasil. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000300016&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000300016&script=sci_arttext&tlng=pt)
- BARALDI, D.C; SOUTO, B.G.A. **A demanda do acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo** Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.36, n.1, p. 10-17, Jan./Abr. 2011
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. [página na internet]1986. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) Acessado em: 22 de janeiro de 2017.
- BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº 17 Saúde Bucal** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004. 16 p.
- BRASIL. **Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006**. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. v 116. n 246. São Paulo, 2006.
- BRASIL. **Lei No. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em Acesso em: 05 de setembro 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS; [página na internet] 1997. [acessado 2017 set 01]. Disponível em:
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

**Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF); 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica Nº 19-SEI/2017-CGSMU/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: . Acesso em 01 de dezembro de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília (DF): 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Sistemas e aplicativos. **SISPRENATAL**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS atenção básica manual do sistema com coleta de dados simplificada – cds**. Brasília (DF): 2014

BRASIL. Ministério da saúde. **Portal da saúde**. Junho de 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha> Acesso em: 16 de setembro de 2017.

CAVALCANTI, P.C.da S. *et al* **Um modelo lógico da Rede Cegonha** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [ 4 ]: 1297-1316, 2013

CECILIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde** In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO. **Folheto elaborado para Campanha de prevenção e diagnóstico precoce de câncer bucal de São Paulo**. São Paulo. 2009

CORREIA, S.M.B.; SILVEIRA, J.L.G.C. da. **Percepção da Relação Saúde Bucal e Parto Prematuro entre Membros da Equipe de ESF e Gestantes** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 11(3):347-55, jul./set. 2011 Disponível em: Acessado em: 01 out 2017

FRANCO, T.B; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**, O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano – HUCITEC 2004-2 a.edição; São Paulo, SP

FERTONANI, H.P *et al* **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira** Ciência & Saúde Coletiva, 20(6):1869-1878, 2015

FERREIRA, A.B.de H. **Novo Aurélio século XXI: dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, S.M.S.P. *et al.* **Conhecimento em saúde bucal do bebê e expectativa relativa ao pré-natal odontológico: retrato de um município baiano de grande porte** Faculdade de Odontologia de Lins/UNIMEP • 25(2) 19-30 • jul.-dez. 2015  
ISSN Impresso: 0104-7582 • ISSN Eletrônico: 2238-1236

GONÇALVES, J.B. *et. al.* **Conhecimento sobre saúde bucal das gestantes atendidas em CRAS**. Revista Interfaces saúde, humanas e tecnologia Vol. 3(8), pp. 01-08, 26 de Dezembro, 2015 DOI: 10.16891/2317-434X. 266. ISSN 2317-434X  
<http://www.interfaces.leaosampaio.edu.br>

GUEDES, T.A.; ACORSI, C.R.L.; MARTINS, A.B.T.; JANEIRO, V. **Estatística descritiva. Projeto de ensino – aprender fazendo estatística** (2005). Disponível em: <>. Acesso em: 09 out. 2016

GUERRA, H. S. *et al* **Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro** Iniciação Científica CESUMAR - jan./jun. 2016, v. 18, n. 1, p. 73-80 - ISSN 1518-1243

GIL, A. C., **Como classificar as pesquisas?** In: Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002. P. 41-57

GIOVANNI, M. **Rede cegonha da concepção à implantação** 2013. 99 f.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013

GODOI, H. *et. al.* **Rede de Atenção Saúde Bucal: Limitações e Desafios em um Município Catarinense de Grande Porte**. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 69-77, 2013

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades**. Disponível em: . Acesso em 18 set. 2016.

LATGÉ, D. K. *et. al* **Sífilis congênita: evidência de oportunidades perdidas durante o pré-natal** *Revista de Pediatria SOPERJ* - v. 16, no 2, p45-50 jun 2016

LIMA, A.P; CORRÊA, A.C.P **A produção de dados e informações para o sisprenatal no nível central de gestão** *Cienc Cuid saude* 2012 abr/jun; 11(2):352-359

MATTOS, R.A **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografa do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002

MOTTA, B.F.B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M.S.T **O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema** Rev. SBPH vol.17 no.1, Rio de Janeiro – Jan./Jul. – 2014

PAIM, J.S. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde.** ANVISA – *Seminários Temáticos Permanentes*. 2001 Brasília: 28 de março de 2001

PAIM, J.S. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil In: **Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos** / Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. -- Salvador: SESAB, 2009. 180p.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em:< <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html#topo>>. Acesso em: 09 out. 2016.

RODRIGUES, A. P. *et. al.* **Boa Gestão de Enfermagem na Percepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família** Revista Brasileira de Saúde Funcional, Cachoeira- BA, v. 2, n. 2, p. 12 -22, Set. 2015 Disponível em: <http://seeradventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/660/559> acesso em: 19/04/2018

RODRIGUES E.M; NASCIMENTO, R.G; ARAÚJO, A. **Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família** Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1041-1047 [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)

SANTIAGO, C.M.C. *et. al.* **Assistência ao pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa.** Rev Fund Care Online. 2017 jan/mar; 9(1):279-288. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.279-288>

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família.** Cad Saúde Publica 2004; 20(6):1487-1494.

SILVA JÚNIOR, A.G. da;. ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas In: **Modelos de atenção e a saúde da família** / Organizado por MÁRCIA VALÉRIA G.C. MOROSINI E ANAMARIA D'ANDREA CORBO. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.240 p.: il.; - (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

SILVA, T.T.R. da – Capítulo 6 Modelos Assistenciais em Saúde In: **Saúde coletiva e atividade física: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física** / ROBERTO VILARTA (organizador). Campinas: ipes editorial, 2007. 161 p. os problemas de saúde de uma coletividade. Disponível em: [https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/saude\\_coletiva\\_cap6.pdf](https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/saude_coletiva_cap6.pdf)

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro semiestruturado de entrevista

#### Caracterização

Profissão \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_

Quanto tempo está na rede pública?

Quanto tempo está na função?

#### Entrevista

1. A partir do TIG positivo como se dá o cuidado?
2. Como é feito o monitoramento da cobertura das gestantes na Saúde Bucal?
3. Em caso de falta às consultas agendadas, qual o procedimento adotado pela equipe?

## APÊNDICE B – Questionário para coordenadores de saúde bucal

1. O município possui protocolo de atendimento para gestantes?

Sim ( ) Sim, mas não contempla o pré-natal odontológico ( )

Não ( ) Não, mas está em construção ( )

2. O município tem dificuldade em alimentar os dados do SISPRENATAL?

Sim ( ) Não ( ) Por que \_\_\_\_\_

3. O município possui grupo condutor da Rede Cegonha?

Sim ( ) Não, mas estamos construindo ( ) Não ( )

4. Há membros da saúde bucal no grupo condutor da Rede Cegonha do seu município?

Sim ( ) Não ( )

5. O grupo condutor municipal da Rede Cegonha se reúne periodicamente?

Semanalmente ( ) Quinzenalmente ( )

Mensalmente ( ) Não se reúne ( )

Outros ( ) \_\_\_\_\_

6. Como o grupo condutor municipal faz o monitoramento e a avaliação das ações da Rede?

7. Há capacitação, cursos, oficinas para a equipe de saúde bucal no tocante ao atendimento à gestante? Se sim, cite os que foram realizados no último ano que você considera os mais relevantes.

8. Você observa resistência de alguns profissionais em atender a gestante? Por quê?

9. Em caso de abandono de tratamento ou absenteísmo no tratamento odontológico, como é feita a busca ativa da gestante?

10. Como a gestão municipal utiliza as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal para orientar as ações de saúde bucal no município?

11. Quais estratégias a gestão municipal de saúde desenvolve para a garantia da continuidade do cuidado em saúde bucal e linhas de cuidado prioritárias?

**APÊNDICE C – Termo de consentimento livre esclarecido****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do  
CNS)****REDE CEGONHA E SAÚDE BUCAL – UM PANORAMA NA REGIÃO  
CENTRAL DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Eu, Carmen Lucia de Oliveira Pereira, estudante do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “Rede cegonha e saúde bucal – um panorama na região central do Estado de São Paulo” orientada pela Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aline Guerra Aquilante.

O objetivo deste estudo é analisar o cuidado em Saúde Bucal na Rede Cegonha do Departamento Regional de Saúde III – DRS III/Araraquara. Mapear o acesso da gestante aos cuidados de Saúde bucal e identificar potencialidades e fragilidades do cuidado em Saúde bucal na Rede Cegonha. Você foi selecionado (a) por ser profissional do Departamento Regional de Saúde III. Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a Saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde no sentido de absorver as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, e transformá-las em ações executadas na amplitude e profundidade necessárias à melhoria do cuidado ofertado à população, bem como dialogar, refletir e agir articuladamente sobre a situação da Saúde bucal nos Municípios que compõe o DRS III.

A coleta de dados será composta por duas etapas. A primeira terá um caráter quantitativo e consistirá no mapeamento do acesso da gestante aos cuidados de Saúde bucal. A segunda etapa possui um componente qualitativo, cujo escopo é a identificação de potencialidades e fragilidades do cuidado em Saúde bucal na Rede Cegonha por meio de entrevista semi estruturada. As etapas ocorrerão de forma concomitante e independente. Solicito sua autorização para gravação em áudio da entrevista semiestruturada, que terá duração média de 50 minutos. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade



será assegurada e seu nome será substituído. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Este estudo pode oferecer riscos imediatos ou mediatos, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto e alguma questão poderá ser julgada impertinente, ou levar a um leve cansaço após a entrevista. Vale ressaltar que as perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem a própria prática. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes. O participante não será submetido a procedimentos invasivos, uso e ou privação de fármacos ou outro tipo de terapêutica.

Caso ocorra algum dano por sua participação, este lhe dará o direito a acompanhamento e assistência durante e posterior ao encerramento da pesquisa. É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (016) 3351-8974 ou procurar a Dra. Aline Guerra Aquilante no Departamento de Medicina da UFSCar.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351- 8028. Endereço eletrônico:

**Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):**

Pesquisador Responsável: Carmen Lucia de Oliveira Pereira

Endereço: Avenida São Carlos, 2205. Centro – São Carlos/SP

Contato telefônico: (16) 9-9226-0082

e-mail: [clop.psico@gmail.com](mailto:clop.psico@gmail.com)

São Carlos, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Nome do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante



**APÊNDICE D – Resultados quantitativos dos questionários**

<b>Variável</b>	<b>N = 12</b>	<b>(%)</b>
<b>Possui protocolo de atendimento para gestante</b>		
Sim	7	
Sim, mas não contempla pré-natal odontológico	2	
Não	3	
<b>Dificuldade em alimentar os dados do SISPRENATAL</b>		
Sim	0	
Não	11	
Não conheço	1	
<b>Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha</b>		
Sim	8	
Não, mas estamos construindo	1	
Não	3	
<b>Membros da saúde bucal no Grupo condutor</b>		
Sim	7	
Não	2	
<b>Periodicidade das reuniões do Grupo condutor</b>		
Semanalmente	0	
Quinzenalmente	0	
Mensalmente	4	
Não se reúne	3	
Eventual	1	
<b>Educação continuada, tais como: capacitação, oficinas.</b>		
Sim	2	
Não	10	
<b>Resistência de alguns profissionais em atender a gestante</b>		
Sim	6	
Não	6	

## ANEXOS

## ANEXO A – Carta de autorização da instituição

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal do Departamento Regional de Saúde – DRSIII/Araraquara, informo que o projeto de pesquisa intitulado REDE CEGONHA E SAÚDE BUCAL – UM PANORÂMA NA REGIÃO CENTRAL DO ESTADO DE SÃO PAULO apresentado pelo (a) pesquisador (a), Carmen Lucia de Oliveira Pereira e que tem como objetivo principal analisar o cuidado em Saúde Bucal na Rede Cegonha do Departamento Regional de Saúde III – DRS III/Araraquara, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

**“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.**

Araraquara, 11 de novembro de 2016

Assinatura: \_\_\_\_\_

(representante legal)  
**ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA**  
 Diretor Técnico de Saúde III  
 R.G. 174.222-8 - DRS - III

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,  
 Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.  
 Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)