



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

ROSE MARI FERREIRA

**GESTAÇÃO E SAÚDE BUCAL COMO ENCONTRO PARA A INTEGRALIDADE: O
QUE NOS DIZEM AS GESTANTES DE UM MUNICÍPIO GAÚCHO**

PORTO ALEGRE

2021

ROSE MARI FERREIRA

**GESTAÇÃO E SAÚDE BUCAL COMO ENCONTRO PARA A INTEGRALIDADE: O
QUE NOS DIZEM AS GESTANTES DE UM MUNICÍPIO GAÚCHO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade e Humanidades

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla.

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Ferreira, Rose Mari Ferreira
GESTAÇÃO E SAÚDE BUCAL COMO ENCONTRO PARA A
INTEGRALIDADE: O QUE NOS DIZEM AS GESTANTES DE UM
MUNICÍPIO GAÚCHO / Rose Mari Ferreira Ferreira. --
2021.
165 f.
Orientador: Alcindo Antônio Ferla Ferla.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. SAÚDE BUCAL, INTEGRALIDADE E O COTIDIANO DO
TRABALHO NA ESCREVIVÊNCIA DA MESTRANDA. 2. Mitos e
crenças de gestantes em relação ao tratamento
odontológico durante a gestação. 3. O pré-natal do
parceiro que não é realizado e a hora de funcionamento
dos serviços de saúde. I. Ferla, Alcindo Antônio
Ferla, orient. II. Título.

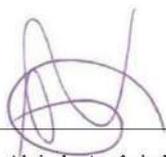
Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ROSE MARI FERREIRA
GESTÃO E SAÚDE BUCAL COMO ENCONTRO PARA A
INTEGRALIDADE: O
QUE NOS DIZEM AS GESTANTES DE UM MUNICÍPIO GAÚCHO

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em Porto Alegre, 19 de julho de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Presidente da Banca – Orientador
PPGCol/UFRGS



Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira
Membro da banca
PPGCol/UFRGS



Profª. Dra. Vera Maria da Rocha
Membro da banca
(UFRGS)



Prof. Dr. Bruno Bueno Pinto Leites
Membro da banca
(PPGCOM)/UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me concedido bênçãos de chegar até aqui,

Aos meus pais, que me ensinaram, com imenso amor, a lutar e sobreviver nesse mundo de belezas, mas de muitas injustiças,

Ao meu marido, apoio incondicional, por compreender alguns momentos que eu não pude estar compartilhando, compreender minhas fugas da realidade para o estudo, meu silêncio necessário para estudar,

Ao meu filho amado e à minha nora querida pelo afeto, pela compreensão e pela ajuda fundamental com as questões tecnológicas,

À grande amiga que a vida me presenteou, Márcia Fernanda, no encontro de saberes em 2015, na capacitação para facilitadores do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde, que me incentivou a fazer o Mestrado, socorreu-me em momentos importantes, cujo afeto foi fundamental para me fortalecer e fazer chegar até aqui,

À minha irmã Sônia Maria por me ensinar e ajudar a me posicionar como mulher negra, valorizando meus saberes, agradecendo a nossa ancestralidade,

À minha irmã Fátima por cuidar e se preocupar com minha saúde, preparando comidinhas para me alimentar e diminuir minhas tarefas,

Às minhas sobrinhas Clarissa (e Jasmim) por todos os auxílios com os textos, informática, ensinamentos,

Ao meu grande amigo que a vida me presenteou, Cláudio Severo Gonçalves, a quem devo gratidão para muito além daqui,

As amigas Renata Cunha Oliveira e Priscila Morais Leite que foram parceiras no trabalho e na vida durante essa caminhada,

Aos professores que a Saúde Coletiva através do IFRS me presenteou, que foram e sempre serão referência para minha vida acadêmica: Cristiane Esteves, Juliano Rodrigues, Bruno Leites, Marcelo Conter, Juliano Kreutz, Priscila Esteves, Daniel Petry, Franciele Ramos Figueira,

Ao professor Daniel Canavese, por acreditar na minha capacidade ao convidar-me para falar sobre Racismo para a turma da graduação em Saúde Coletiva,

À professora Luciana Barcellos Teixeira, que me acolheu em atendimentos particulares na Epidemiologia e nas outras disciplinas, que me dedicou tempo e afeto e por toda confiança em mim depositada,

Ao amigo Alan Brito com quem tive a alegria de compartilhar momentos de muitos ensinamentos, de produção de conhecimento para solidificar minha escrita no percurso acadêmico e que me fortaleceu para trilhar os caminhos de luta e resistência,

Ao meu orientador querido, Alcindo Ferla, pela compreensão enorme das minhas dificuldades, por tamanho afeto,

À bibliotecária Melissa Rodrigues Martins, pela doação de seus conhecimentos para a confecção e formatação dessa dissertação, receba todo meu afeto em forma de agradecimento,

Aos meus amigos Lika e Gaitero, pela amizade incondicional e pela parceria com essa pesquisa, contribuindo com carinho, dedicação e com os contatos com as gestantes,

Às colegas agentes comunitárias Fernanda, Marlene, Ana Lúcia, Vânia e Eroni, pela valiosa contribuição possibilitando as entrevistas com as gestantes,

Às mulheres gestantes e não mais gestantes, verdadeiras potências do território que tornaram possível essa escrita.

Muito obrigada!

RESUMO

Os cuidados com a saúde bucal da gestante são importantes durante o acompanhamento do pré-natal e têm reflexos na saúde do bebê. A integralidade do cuidado é direito à saúde previsto na Constituição. O objetivo geral dessa pesquisa foi de analisar a integralidade do cuidado em saúde bucal no pré-natal, a partir das informações sobre cuidado relatadas pelas gestantes. A pesquisa teve delineamento qualitativo e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. Os instrumentos de produção de dados foram questionário de identificação sociodemográfica, entrevistas com roteiro semiestruturado e anotações em caderno de campo. Os dados foram tratados utilizando-se a análise temática com a construção de categorias teóricas e empíricas. As entrevistas aconteceram no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. Foram entrevistadas 7 mulheres, sendo 4 mulheres negras (pretas e pardas), 2 mulheres brancas e uma mulher indígena, moradoras em Alvorada/RS. Mais de 50% das gestantes havia finalizado o ensino médio e apresentava renda mensal de até R\$ 2.090,00. Os resultados apontaram que não foram ofertadas consultas odontológicas para 86% das gestantes. O medo de submeter-se a tratamento odontológico com uso de anestesia dentária durante a gestação foi constante nos resultados e teve origem em informações obtidas e/ou não esclarecidas nos atendimentos prévios. Metade das gestantes negras relatou sofrer violência obstétrica e todas as entrevistadas manifestaram medo em não poder ter acompanhante no parto devido à pandemia da COVID-19. Foi evidenciado que a consulta odontológica ainda não se constitui como rotina no pré-natal, o que acarreta déficits à integralidade. Considerou-se importante realizar programas de educação permanente em saúde para profissionais, enfocando as orientações de saúde bucal às gestantes no pré-natal e a equidade étnico-racial. A pesquisa gerou também uma cartilha com informações para as gestantes e uma proposta de educação permanente para profissionais de saúde.

Palavras-chave: Gestantes. Odontologia. Tratamento odontológico. Integralidade em saúde.

ABSTRACT

Care for the oral health of pregnant women is important during prenatal care and has an impact on the baby's health. Comprehensive care is the right to health provided for in the Constitution. The general objective of this research was to analyze the integrality of oral health care in prenatal care, based on information about care reported by pregnant women. The research had a qualitative design and approval by the Research Ethics Committee of the Federal Institute of Education, Science and Technology of Rio Grande do Sul. The data production instruments were a sociodemographic identification questionnaire, interviews with a semi-structured script and notes in a field notebook. Data were treated using thematic analysis with the construction of theoretical and empirical categories. The interviews took place from December 2020 to February 2021. Seven women were interviewed, 4 black women (black and brown), 2 white women and an indigenous woman, living in Alvorada/RS. More than 50% of pregnant women had completed high school and had a monthly income of up to R\$2,090.00. The results showed that no dental appointments were offered to 86% of the pregnant women. The fear of undergoing dental treatment with the use of dental anesthesia during pregnancy was constant in the results and originated from information that was obtained and/or not clarified in previous appointments. Half of the black pregnant women reported suffering obstetric violence and all interviewees expressed fear of not being able to have a companion during childbirth due to the COVID-19 pandemic. It was evidenced that the dental appointment is not yet a routine in prenatal care with deficits in integrality. It has been emphasized that odontological appointments were not part of pregnant women's pre-natal routine and has a severe deficit on its integrality. It was considered important to carry out programs addressing continuing education in health, with a focus on oral health guidelines for pregnant women during prenatal care and also the approach of ethnic-racial equity.

Keywords: pregnant women, odontology, odontological treatment, integrality and health.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FDA	Food And Drug Administration
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IFRS	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística
MS	Ministério da Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 SAÚDE BUCAL, INTEGRALIDADE E O COTIDIANO DO TRABALHO NA ESCREVIVÊNCIA DA MESTRANDA	21
2.1 O medo de anestesia de Rubi	22
2.2 Mitos e crenças de gestantes em relação ao tratamento odontológico durante a gestação.....	24
2.3 O “sorriso” de Violeta	28
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS	31
3.1 Caracterização do campo	31
3.2 A produção dos dados.....	32
3.3 Interpretação dos dados	34
3.4 Aspectos Éticos	35
4 O CADERNO DE CAMPO	36
4.1 A transferência para outra unidade de saúde: a UBS Nova Alvorada	38
4.2 A gestação da Sol e seu medo de “arrancar” dentes	39
4.3 Os ruídos produzidos pela equipe	41
4.4 A preparação dos itens necessários para a realização das entrevistas	44
4.5 Impressões geradas pelos gestos corporais	45
5 SOBRE AS MULHERES SUJEITAS DA PESQUISA	49
5.1 Petúnia	50
5.2 Tulipa	50
5.3 Magnólia	50
5.4 Hortênci.....	50
5.5 Jasmim	51
5.6 Amarílis	51
5.7 Camélia	51
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS PRODUZIDOS	52
6.1 Estabelecendo as categorias para a interpretação dos dados.....	52
6.2 Perfil sociodemográfico das mulheres	53
6.3 Analisando os dados de acordo com as categorias construídas	55
6.3.1 Categorias teóricas.....	56

6.3.2 <i>Categorias empíricas</i>	73
7 NEM TODOS OS DADOS CABEM EM CATEGORIAS	83
7.1 Oportunidades desperdiçadas	83
7.2 O pré-natal do parceiro que não é realizado e a hora de funcionamento dos serviços de saúde	84
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERENCIAS	88
APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada	98
APÊNDICE B - Proposta de Educação Permanente para os Profissionais de Saúde	100
APÊNDICE C - Cartilha com Orientações para as Gestantes	113
APÊNDICE D – D. Dália: a potência de uma Mulher Negra em um Território chamado Alvorada	115
APÊNDICE E – Artigo da Dissertação	126
APÊNDICE F - Apresentação Saúde Bucal e Gestação vamos trabalhar esses conhecimentos?	153
ANEXO A -Termo de Consentimento	156
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP	159

PRÓLOGO

De onde vem a pesquisadora Rose? Como a cirurgiã-dentista Rose, que só atendia em consultório privado até 2013, passa a prestar assistência na periferia de um município, em uma Unidade Básica de Saúde? O que esse processo engendrou na mulher, negra, cirurgiã-dentista, pesquisadora e militante da saúde?

Eu adoro contar histórias. Acho que as histórias trazem muito do que se aprendeu durante a trajetória dessa estrada que chamamos de vida. As histórias têm filtros, sempre, mas não estão submetidas às lentes disciplinares do conhecimento que já está produzido, preservando um quê da complexidade da vida em que são vividas. As histórias também são, por isso mesmo, um reservatório de conhecimentos do que ainda não se conseguiu ver, como nos “casos” da pesquisa. E aqui eu conto um pouco da minha história. Hoje estou trilhando esse caminho e lembrando Jurema Werneck, outras mulheres caminharão por nós. São traços, sinais, ideias e passos, que, sim, vêm de muito longe.¹

Formada em Odontologia pela PUC/RS em 1988, única dentista negra na sala de aula e quiçá em toda a faculdade de Odontologia. Trabalho no consultório privado até 2013, quando, então, chego em Alvorada. A única dentista negra até 2019, quando ingressa a segunda mulher negra dentista. Já somos duas agora! Percurso de estranhamentos, de uma solidão *de pares* ...

Início meus trabalhos na UBS Aparecida, onde sou carinhosamente recebida pela Renata, técnica em saúde bucal, que me acompanhou até 2019, como equipe e para a vida, como preciosa amiga! Reformas, mudanças, muito trabalho realizado. O que mais chamou a atenção? Talvez, termos acabado com a fila de espera para atendimento de cirurgia odontológica. Usuários que estavam aguardando há meses por uma vaga de cirurgia no CEO, foram avaliados e as cirurgias foram realizadas na UBS! A dor e a necessidade das pessoas nunca pareceu um problema burocrático e externo ao trabalho; ao contrário, sempre pareceu como dor e como necessidade, como responsabilidade ética com a vida ... com cada vida!

Em 2015 fui convidada a participar de uma capacitação para formação de facilitadores do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde. Depois da oficina, a notícia de que seria

¹ No Livro da Saúde das Mulheres Negras, Jurema Werneck aborda questões importantíssimas sobre a saúde das mulheres negras. WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maísa; WHITE, Evelyn C. (org). **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.

essa facilitadora, juntamente com a Márcia, professora do IFRS, com que engendrei uma relação para além dos entendimentos de trabalho, saúde, educação, da vida, do que se pode e o que não se pode explicar. Desses *encontros* que a vida permite, mas que o amálgama é a ética da defesa da saúde e da vida.

Agora sou professora! Como assim? Professora Rose. Tenho até um armário no IFRS com meu nome. Quanta honra! O percurso da vida vai engendrando também redes que, de um lado, reduzem a solidão, e, de outro, reforçam o compromisso ético e profissional com a atenção à saúde que quer, sempre, se expressar como cuidado.

Nessa caminhada do curso técnico de agentes comunitários, conheci muitos outros mundos possíveis, muita gente legal. E em 2017, ao formar a primeira turma de Técnicos, inicio a Especialização em Saúde Coletiva no IFRS. Ah! Na especialização encontro mais estudantes negras e negros, mas ainda ausência de docentes negras e negros, que triste realidade essa! Fico imaginando as insuperáveis dificuldades que se impuseram no percurso dos potenciais colegas, espelhando as que enfrentei em outros percursos com menos oportunidades ...

Muitas histórias na especialização, mas seleciono uma participante muito especial para contar: Cristiane Esteves, professora e minha orientadora do TCC! Vivência fantástica, muito aprendizado, parceria com muita sintonia! E então? Continuo contando histórias, pois o artigo do TCC é sucesso! Apresentado em diversos espaços em 2018 prêmio Destaque em Mostras de Pesquisa, Menção Honrosa em Salão de Pesquisa, publicado em anais de congressos. Está nascendo a pesquisadora! Nascendo? Aqui parece que se trata mais de tornar-se visível, que a disseminação de conhecimentos já é o percurso da pesquisa ...

Continuo na UBS Aparecida, com a feliz chegada da Priscila, colega dentista, filha de coração pela Odontologia, amiga para a vida, parceria firme nos momentos bem difíceis da UBS.

Em 2018 não deu para mim no Mestrado, fiquei de suplente!

Aí, 2019 fui lá e marquei! Mestrado em Saúde Coletiva! Bem, sou pesquisadora!

Agora no Mestrado vamos sedimentar esse conceito!

E as histórias continuam, ora aqui, ora os personagens se misturam, ora por lugares que ainda não cheguei. No mestrado, a história pessoal e essas marcas todas que ela produziu em mim se atravessam na pesquisa, no tema, na vontade de aprender. Não é aprender para saber mais que a condição de pesquisadora quer alcançar. É saber para fazer mudar mais a saúde

e a trajetória das mulheres negras, gestantes e que buscam atendimento às suas necessidades na atenção básica do Sistema Único de Saúde e, também, no Sistema privado de Saúde. Interessa falar do cuidado como dispositivo de qualificar a vida e o percurso pela saúde, mais do que a natureza formal dos serviços onde os profissionais atuam.

Conto histórias, aqui, nesse começo, para falar de um percurso que não se traduziu apenas nos registros da dissertação. O percurso pelo Mestrado fez marcas no corpo, na alma e na força militante da mulher, negra, cirurgiã-dentista, pesquisadora, mãe, companheira, trabalhadora em UBS da periferia urbana, desassossegada ... e tantas outras que a energia de vida que mora no corpo conseguir produzir, no tensionamento cotidiano com os valores, condições estruturais, preconceitos e dobras do contexto que vivemos. Essa energia é como um conjunto de *vozes que ecoam* em mim e pedem passagem ...

VOZES QUE ECOAM

(Matheus Madson)

o que é ser uma voz que ecoa
é ser de som e de ruído
zumbido de muriçoca
que incomoda fino, pontiagudo
perfura os ouvidos dos grandes
que querem nos esmagar
e nos ter na palma
da mão suja de sangue

ser uma voz que ecoa é resistir
rasgar silêncios
diminuir as distâncias
encontrar outras vozes e virar coro
equalizar nossos cantos de luta
palavras de ordem

ser uma voz que ecoa
é habitar corpos que resistem
transformar a dor em batuque
e tocar tambor nos corações
pra fazer zuada
bater com pau e lata
e fazer a vida ser ecoada

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados com a saúde bucal durante a gestação influenciam na saúde da gestante, tem repercussões na saúde do bebê e constituem parte integrante dos cuidados com a saúde durante o acompanhamento do pré-natal. Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2014). E que atenda às suas necessidades, para compor a diretriz de integralidade da atenção. O direito à saúde traduz uma conquista e, ao mesmo tempo, uma possibilidade de vida mais justa e mais digna.

A integralidade, que está registrada na Constituição Brasileira de 1988 (Art. 198) como diretriz para o sistema de saúde, desafiando a integração entre a assistência às doenças e a prevenção e proteção da saúde, também compõe uma categoria de análise dos estudos em saúde coletiva, não como conceito ideal weberiano, mas como “ideia força”, que vem renovando os conhecimentos e práticas (MATTOS, 2004). Essa condição é uma potência para a renovação do campo da saúde coletiva, como conjunto de conhecimentos e práticas, por produzir tensões entre disciplinas e dessas com o cotidiano do trabalho, conforme formulações sobre o campo de Madel Luz (2009). Portanto, também é um bom dispositivo para analisar o trabalho complexo (MATTOS, 2004) que se desenvolve na atenção básica, sempre referida às relações de atenção à saúde em um *território vivo* onde as pessoas produzem o seu *andar a vida* e que reivindica do cuidado a renovação das suas bases tecnológicas e a aprendizagem permanente (MERHY, 2002; CECCIM, FERLA, 2008). Ou seja, a integralidade coloca em foco outras dimensões do trabalho, das relações e da construção de projetos de cuidado que não aquelas típicas da modelagem vigente da formação profissional e da organização do trabalho. Coloca em questão os movimentos existenciais, sempre confrontados com barreiras que precisam ser transpostas, como fronteiras que pedem travessias.

De acordo com o Caderno de Atenção ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde, o total de consultas de pré-natal deverá ser de, no mínimo seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas até a 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente (BRASIL, 2012). Essa orientação coloca a saúde bucal como parte da saúde das mulheres gestantes, como parte do trabalho dos agentes da atenção básica de incluir e qualificar as ações ofertadas no âmbito dos percursos assistenciais que se

iniciam em cada território e como tradução do direito de todas as mulheres e de cada uma das gestantes que habitam os territórios de abrangência dos serviços de saúde e dos sistemas locais de saúde. Não se trata apenas de um registro formal no documento oficial.

Em 2005, a Lei Federal nº. 11.108/2005, garantiu às gestantes “o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no âmbito do SUS” (BRASIL, 2005). Também conhecida como Lei do Acompanhante, determina que este acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha. A Lei aplica-se tanto para parto normal quanto cesariana e a presença do(a) acompanhante não pode sofrer impedimento por qualquer membro da equipe de saúde ou do hospital, como também não deve haver exigências quanto à participação do(a) acompanhante em algum tipo de capacitação ou formação. A presença do acompanhante foi prevista para apoiar a gestante/puérpera no momento do contato com o serviço de saúde, compreendendo que as necessidades da mesma são mais amplas do que os aspectos fisiológicos envolvidos no parto e que a experiência de contato com os serviços de saúde não é ergonômica com os modos de andar a vida. O choque de culturas do serviço e da comunidade à qual a gestante está inserida pode ficar atenuado com o apoio de um acompanhante. A lei, ao incluir o direito ao acompanhante escolhido pela gestante, coloca na agenda das políticas públicas o reconhecimento de déficits de qualidade nas relações de cuidado ao parto, que podem ser equalizados com a presença de um *terceiro*, que pertença às relações da gestante.

No texto do Manual Técnico para Gestação de Alto Risco, do Ministério da Saúde, está disposto que a gestante poderá ser tratada pelo cirurgião dentista da Unidade Básica, em qualquer fase do período gestacional. Aquelas que apresentarem condições sistêmicas não controladas (como Diabetes ou outras doenças) deverão ser encaminhadas para tratamento nos Centros de Especialidades Odontológicas, de acordo com as necessidades apresentadas. O cirurgião dentista da Unidade Básica de Saúde continuará com o acompanhamento destas gestantes nas consultas de rotina do pré-natal (BRASIL, 2010). Novamente, há um efeito dessas normativas, de reconhecer déficits e propor medidas para sua equalização. Uma vez incorporada na norma legal, a atenção à saúde bucal tem a função de produzir deslocamentos no contexto que embasa o reconhecimento da sua necessidade no percurso assistencial do pré-natal.

Durante o período gestacional, podem ser evidenciadas diversas alterações de ordem sistêmica e emocional. É um bom momento para estimular bons hábitos, já que a mãe tende a desejar o melhor para seu bebê. A saúde bucal integra a saúde geral e o atendimento odontológico pode e deve ser realizado durante o período gestacional, seguido de alguns cuidados e particularidades, relacionadas a cada trimestre da gravidez. Durante essa fase, a mulher pode apresentar-se mais predisposta a adquirir novos conhecimentos, fazendo, desse momento, o período ideal para criar hábitos que poderão tornar mais saudável sua vida e a vida do bebê (LAMPERT; BAVARESCO, 2017).

De acordo com Oliveira *et al.* (2014), mudanças fisiológicas que ocorrem durante o período gestacional podem gerar alterações no organismo, inclusive sobre a cavidade bucal. Podem ser observadas, em algumas gestantes, aumento da salivação, náuseas, enjoos e alterações sobre os tecidos moles dos dentes (OLIVEIRA *et al.*, 2014). A salivação excessiva e a “Síndrome da Perversão do Apetite”, que é constituída pelo aumento da frequência alimentar e um acréscimo do apetite por alimentos açucarados, podem ocorrer e acarretar o aumento do nível de bactérias cariogênicas (MOREIRA *et al.*, 2015). A ansiedade e o medo de sentir dor, por parte das gestantes, podem ser motivos para a não realização de atendimento odontológico (ASSUNÇÃO; MIGUEL, 2015).

Por outro lado, as dimensões técnicas e biofisiológicas do período da gravidez não esgotam as condições de complexidade da existência feminina e, portanto, não configuram completamente suas necessidades de cuidado. Entre essas dimensões que são tornadas visíveis pela análise da integralidade, estão os aspectos culturais e os saberes das pessoas e comunidades, que podem ser parcialmente representados por mitos e crenças. Alguns estudos evidenciaram que há crenças e grande número de dúvidas acerca da saúde bucal da gestante que são perpetuadas de geração em geração. Dentre essas crenças encontra-se o medo de a gestante realizar extração dentária e, em função desse procedimento, sofrer hemorragia e perder o bebê; crença de que a gestante não pode ser submetida à anestesia local e que não pode fazer radiografia dentária (CODATO *et al.*, 2011). Foram demonstrados pelos resultados dessas pesquisas que as gestantes têm pouca informação sobre fatores biológicos que podem influenciar na saúde bucal e que carregam concepções fortemente ligadas à cultura popular no que se refere às doenças bucais e gestação, assim como a possibilidade de realizar tratamento odontológico neste período (CABRAL *et al.*, 2013).

Essas crenças e mitos representam, com alguma frequência, ruídos entre os saberes próprios de cada pessoa ou grupo e os saberes acadêmicos que embasam a compreensão e o fazer dos profissionais nos serviços de saúde. O “ruído” no processo de trabalho é utilizado por Merhy (2002) como evidência de um desencontro de expectativas, seja das práticas e dos protocolos, seja entre os atores, seja na análise dos fluxos assistenciais e os percursos da vida das pessoas. Para o autor, o “ruído” é um marcador avaliativo do trabalho que se desenvolve no interior dos sistemas de saúde, nos diferentes pontos de atenção distribuídos pelo território. Um desses ruídos pode ser representado pela dissociação entre o conhecimento científico que embasa o fazer técnico-profissional e os saberes das pessoas (FERLA, 2007) ou por combinações excessivamente fixas entre a configuração tecnológica do trabalho e as necessidades das pessoas (MERRY, 2012).

No âmbito da pesquisa, os “ruídos” que interessa analisar são relativos às crenças e medos das gestantes, do desencontro entre boas práticas de atenção e o cuidado objetivamente ofertado para as gestantes, mas também para duas condições que são anteriores e mais abrangentes da condição de gestante: a condições feminina e racial da mulher que busca cuidados, ambas com grande capacidade de subjetivar suas vidas e constituir sentidos para a gestação e para o cuidado nesse período. A gestação é uma experiência existencial singular, que não se resume às transformações fisiológicas e biológicas do corpo físico da mulher. E as alterações do corpo físico da mulher tampouco são universais, mas bastante singulares. O cuidado que pretenda a integralidade não naturaliza o corpo e a gestação e, ao contrário, dialoga com os processos de singularização da experiência, de tal forma que sejam capazes de potencializar a saúde.

Ainda que de forma preliminar, é importante registrar que a expressão *integralidade em saúde* nasceu no debate entre as mulheres e os serviços de saúde nas ações de atenção básica e especializada do “‘programa’ de saúde da mulher”, que abarcava centralmente cuidados com o aparelho reprodutor e com as mamas (MATTOS, 2004). A tensão que se constituiu naquele momento foi de que a condição feminina que constituía as necessidades de saúde das mulheres era mais ampla e complexa do que sua capacidade reprodutiva, já que envolvia as dimensões do trabalho doméstico e a vida profissional, o cuidado à família e a negação de suas próprias necessidades, uma condição de submissão aos personagens masculinos na vida doméstica, no trabalho e na sociedade, além da naturalização do feminino na condição biológica. No contexto atual, essas condições que associam o feminino e as

necessidades de saúde seguem atuais, e a conexão entre saúde bucal e gestação tem essa marca inicial, mas envolvem outras dimensões, como a violência de gênero, a violência étnico-racial, que se expressam em graus variados de preconceito, das desigualdades nas condições de acesso e do andar a vida à violência física e assassinato. No que se refere à condição étnico-racial, o pensamento colonial e a naturalização do racismo, que alcança uma dimensão estrutural na sociedade, atravessa o “mundo” do conhecimento e das práticas cotidianas (ALVES; ALVES, 2020). Há muitas dimensões do feminino em jogo também quando se trata da gestação e essas dimensões são chamadas à cena pela categoria analítica da integralidade da saúde.

A atenção à saúde bucal da gestante é um momento próprio para analisar as dimensões do cuidado que expressam integralidade e envolvem a capacidade de absorver planos da técnica, ética, relacional e humanos do cuidado. Não se trata aqui de idealizar os profissionais e serviços, apenas que compreender como se organiza a dimensão tecnoassistencial do cuidado, como nos fala Merhy (2002). É oportuno que o cuidado em saúde bucal à mulher no período gestacional se deixe atravessar por questões que são fortemente marcadoras da condição da mulher (as diferentes formas da constituição do feminino em cada uma, das condições étnico-raciais, das condições de acesso e uso dos equipamentos sociais na periferia de um município metropolitano, das situações de violência que está exposta no cotidiano, entre outras). Estranhar o que nos é natural, inclusive nos serviços de saúde, também é colocar em questão o efeito das lógicas que embasaram os conhecimentos e práticas, mas sobretudo, dar passagem para outras epistemologias e metodologias, nesse caso com enfoque antirracista e descolonial, como apontam diversos estudos sobre o pensamento negro na ciência e na cultura (ALVES; ALVES, 2020). Afinal, o trabalho em saúde é complexo e precisa ser produzido como travessia de fronteiras entre o sabido e o ainda não sabido, como aprendizagem significativa para gerar deslocamentos na integralidade (CECCIM; FERLA, 2008).

Há, portanto, a necessidade de um melhor entendimento a respeito de crenças, medos e mitos relatados por gestantes sobre a possibilidade de realizar consultas e procedimentos odontológicos durante a gestação, dos modos como elas vivenciaram esse atendimento e dos demais “ruídos” que estão associados a esse cuidado na atenção básica ou em outros serviços que realizam acompanhamento do pré-natal.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo geral analisar a dimensão da integralidade da atenção no cuidado em saúde bucal das gestantes atendidas no

acompanhamento do pré-natal, a partir das informações sobre o cuidado relatadas pelas próprias mulheres. Os objetivos específicos foram de analisar como os marcadores sociais raça, cor, classe social, escolaridade influenciam o cuidado integral da gestante em atendimento no pré-natal; identificar quais os fatores dificultam o acesso ao cuidado odontológico durante o pré-natal; identificar se as gestantes em pré-natal recebem orientações de saúde bucal para ela e para o seu bebê; analisar como outros profissionais que participam da assistência ao pré-natal acolhem as queixas odontológicas e fazem os encaminhamentos durante o pré-natal; compreender como que mitos e crenças influenciam na busca de acompanhamento odontológico no pré-natal. E ao final da pesquisa, foi elaborada uma cartilha com orientações sobre saúde bucal e saúde do bebê para as gestantes (APÊNDICE C) e um projeto de educação permanente profissionais de saúde (APÊNDICE B) como tecnologia social derivada, incorporando o conhecimento produzido na pesquisa.

Esse trabalho foi construído da seguinte maneira: na introdução, apresentei a justificativa, um pouco de contextualização sobre saúde bucal e os objetivos geral e específicos dessa dissertação. No capítulo 2, apresento uma base teórica e uma contextualização sobre saúde bucal e os cuidados na gestação. A seguir, apresento o capítulo em que descrevo o caminho metodológico percorrido para realizar essa pesquisa. No capítulo seguinte ao percurso metodológico, serão apresentadas as mulheres que participaram desse estudo e que tornaram possível a realização dessa pesquisa. O capítulo posterior apresentará a construção das categorias que foram utilizadas para interpretação dos dados, os resultados e também a discussão que foi desenvolvida com os dados produzidos na pesquisa. Finalizando, um capítulo com as considerações finais que foram construídas com base nesse trabalho cartográfico.

2 SAÚDE BUCAL, INTEGRALIDADE E O COTIDIANO DO TRABALHO NA ESCREVIVÊNCIA DA MESTRANDA

Diz Conceição Evaristo que uma mulher negra quando escreve, escreve sobre suas experiências vividas. Então, inicio a revisão de conceitos e teorias assumindo uma produção em primeira pessoa². A temática da saúde bucal e o problema da atenção à saúde bucal no pré-natal que defini para o estudo no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva não são externos ao meu trabalho e à minha vida. Por esse motivo, não há uma revisão teórica disciplinar e especializada, sobretudo, exaustiva do que se tem produzido sobre a temática.

Os conceitos e teorias que foram revisados para o embasamento epistêmico e metodológico não são disciplinares puros e tampouco externos ao cotidiano do trabalho. São “ferramentas para o pensamento”, como em Ferla & Pinto (2017) e Ferla, Duarte & Figueiredo (2017). Teorias e práticas, práticas teóricas e práticas empíricas, pensamento e ação não são polos dicotômicos na minha trajetória; antes, são atravessamentos, mantém entre si relações de transversalidade capazes de produzir movimentos no pensamento e no fazer cotidiano; geram aprendizagens significativas, como conceituam Ceccim & Ferla (2008). Escolhi trazê-los em diálogo com narrativas que recolhi na minha experiência profissional.

Para isso, utilizo relatos de acontecimentos com gestantes na Unidade Básica de Saúde Aparecida, que já registrei anteriormente. Um dos *acontecimentos* que me fez pensar em realizar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) a respeito do conhecimento das gestantes sobre saúde bucal, no curso de Especialização em Saúde Coletiva, no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RS- campus Alvorada-IFRS (FERREIRA; ESTEVES; ESTEVES, 2020) que segue mobilizando minhas aproximações epistemológicas e práticas com essa temática.

² A expressão aqui não pretende incorporar todo debate em torno do estilo de narrativas na literatura e na ficção, com sua vasta produção teórica e amplos desdobramentos acadêmicos. Aqui, o uso é como *dispositivo*, tal qual propõem Ferla *et al.* (2019) para falar de um conhecimento produzido em ato no cotidiano, *em ato*, que tem a densidade dos saberes locais, da reflexão do fazer, da ancestralidade, entre outros. Não é o narrar como ilustração, portanto; é o narrar como protagonista de fala, mesmo quando essa fala está tomada por fragmentos discursivos de outros sujeitos. A *produção em primeira pessoa*, aqui, quer representar um conhecimento que ainda não está totalmente processado e a perspectiva singular da pessoa que o expressa.

2.1 O medo de anestesia de Rubi

Estava recebendo uma gestante, encaminhada pela médica comunitária da unidade, que em consulta do pré-natal teria relatado queixa de dor, dente quebrado, achava que tinha que arrancar, mas estava gestante...

Conversando com essa gestante, fora da cadeira odontológica, na anamnese eu pergunto por que ela acha que não poderia arrancar o dente? (sem ter ainda pedido a ela para sentar-se na cadeira odontológica, isto é, ainda sem o exame clínico intra-oral).

Ela me responde, quase como um a lei, algo que não poderia ser contestado:

- Minha mãe disse que eu não posso tomar anestesia, doutora, porque estou gestante. Se eu tomar anestesia, eu perco o nenê!

Ao escutá-la fiquei profundamente impressionada. Na hora, sem pensar muito, digo:

- Sim, mães são muito sábias! Sempre devemos escutar o que elas têm a nos dizer. Mas eu te pergunto: Como foi o jeito do parto da tua mãe? Ela te ganhou de parto normal ou foi de cesariana?

- Eu, foi cesárea, doutora. Minha irmã é que foi normal - respondeu ela.

Então, aproveito aquele momento e digo:

- Ah, olha só então, quando tua mãe estava lá no hospital, provavelmente no bloco cirúrgico, um médico deve ter feito anestesia nela, para que o obstetra fizesse a cesariana. Não foi assim?

- Isso doutora, ela me contou que tomou aquela anestesia na coluna, respondeu a gestante.

- Isso mesmo, respondo e sigo: ela tomou anestesia e foi feita a cirurgia. E aí tu veio ao mundo! Viu só? A tua mãe tomou anestesia para que tu pudesses sair da barriga dela. Comento, em tom de brincadeira, para tentar deixá-la mais descontraída. Então, complemento: as grávidas podem tomar anestesia, veja o caso da tua mãe que fez uma cesariana.

Ela fixa o olhar no meu e diz: Nunca tinha pensado nisso!

Naquele momento, em que percebo a estranheza misturada com surpresa positiva que ela demonstra, pensei em como estava sendo essa comunicação que eu realizava com as gestantes. Imagino que as experiências prévias da mãe podem ter incluído uma justificativa falsa para dispensá-la do cuidado odontológico, muito escasso no sistema público de saúde brasileiro até a implementação do SUS. Ou mesmo uma dispensa apenas embasada no preconceito e discriminação. Ou quiçá a desculpa momentânea do serviço, em momento de sobrecarga, para aliviar a pressão da fila de espera. Como não há possibilidade de revisitar a história daquela mulher e como aquela história foi sendo repetida, com pequenas alterações, por outras mulheres na minha experiência clínica, surgiu a ideia de fazer a pesquisa.

O caso daquela mulher foi finalizado com o tratamento adequado, incluindo extrações dentárias, conversas sobre cuidados com a gestação, com ela, com a ingestão de alimentos,

com o bebê. Além disso, as consultas foram um espaço onde se falou sobre mitos e crenças em relação à saúde bucal e gestação. Há alguns dias, depois de ter lido um dos textos do Merhy (2012), em uma parte que fala do *encontro* na produção do cuidado, na sua dimensão individual e coletiva, me ocorreu que a atenção à saúde no pré-natal incorpora dimensões mais complexas do que as orientações mais frequentes, que centralizam no crescimento uterino, nos indicadores de desenvolvimento físico e funcional do feto e nas condições nutricionais e imunológicas da mãe e do feto. Os atendimentos também têm – ou não – uma dimensão de *encontro*.

As mães não são apenas úteros grávidos! Tampouco o cuidado odontológico na gestação é apenas derivado do reconhecimento de mudanças fisiológicas na salivação e na ingesta alimentar. As mulheres gestantes estão inseridas no mundo de várias formas: numa relação amorosa e conjugal com outra pessoa, ou não; numa relação laboral em um processo de trabalho mais ou menos estimulante para a intensidade da vida no presente, ou não; tem uma gravidez desejada e planejada, ou não; tem uma rede de apoio social e familiar, ou não; expressa a sua feminilidade e sua condição de gênero de diferentes formas e recebe reações diversas da sociedade; tem características étnicas e raciais que facilitam ou não sua circulação pelos ambientes por onde sua vida anda; têm condições econômicas que lhe permitem mais ou menos consumo de bens e serviços, ou lhe impedem o mínimo necessário; tem experiência prévia positiva ou não no atendimento que recebe na unidade de saúde e/ou da equipe de saúde bucal; entre outras condições que lhes acompanham na consulta. Essas condições acompanham as mulheres na consulta odontológica no pré-natal. Os imaginários sobre a saúde, sobre a condição da gestação, sobre os medos e mitos relacionados à gestação, sobre o que cabe numa relação de cuidado com cada profissional de saúde que atende a mulher, enfim, essas questões também acompanham o atendimento de pré-natal e o constituem.

Parece que faz muito sentido, mesmo que o atendimento específico de saúde bucal tenha uma “veia” tão calibrosa do núcleo de saberes e práticas da Odontologia, incorporar no atendimento especializado os saberes das gestantes, ainda que muito sob o olhar da Odontologia, com a preocupação de que as gestantes deixavam de consultar / realizar o tratamento odontológico por conta de falas como essas, da mãe dizer que *grávida não pode tomar anestesia* e outras relatadas em outras ocasiões. Aqui falo do conjunto de saberes e práticas que os profissionais de saúde da UBS deveriam compartilhar, como trabalho colaborativo interprofissional, e falo também de um cuidado ampliado, gerido por tecnologias

leves. Falar de tecnologias leves, como em Merhy (2002) é falar de uma relação de trocas, de aprendizagens recíprocas, em que os saberes dos usuários, também no formato de medos e dúvidas, entram em jogo.

2.2 Mitos e crenças de gestantes em relação ao tratamento odontológico durante a gestação

Pesquisas realizadas com gestantes evidenciam que há grande número de dúvidas acerca da saúde bucal durante o pré-natal. Alguns mitos e crenças persistem no imaginário das mulheres grávidas, que têm sido perpetuadas de geração em geração. Dentre essas crenças, encontra-se o medo de a gestante realizar extração dentária e, em função desse procedimento, sofrer hemorragia e perder o bebê (SILVEIRA; ABRAHAM; FERNANDES, 2016); crença de que a gestante não pode ser submetida à anestesia local e de que não pode fazer radiografia dentária (LAMPERT; BAVARESCO, 2017). Foram demonstrados, nestes estudos, que as gestantes têm pouca informação sobre fatores biológicos que podem influenciar na saúde bucal e que carregam concepções fortemente ligadas à cultura popular no que se refere às doenças bucais e gestação, assim como a possibilidade de realizar tratamento odontológico neste período (CABRAL *et al.*, 2013).

Para Cechinel (2016), a permanência de crenças, mitos e inverdades pode deixar as gestantes pouco seguras quanto ao tratamento odontológico durante a gravidez. Essas crenças podem contribuir negativamente para a saúde bucal da mãe e, conseqüentemente, para a saúde da futura criança. É fundamental o diálogo com as ideias prévias da mulher no atendimento de pré-natal.

De acordo com Silveira, Abraham & Fernandes (2016), que realizaram uma pesquisa com oito gestantes em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família de Blumenau/SC, as dúvidas estão presentes e podem interferir na disponibilidade ao cuidado e na busca pela atenção odontológica. Os autores exemplificam isto com a fala de uma das participantes do estudo como apresento a seguir: “Acho importante ir no dentista, mas tenho um pouco de dúvida agora na gestação. Se a gente pode ir por causa da anestesia, estas coisas. Pode arrancar, fazer estas coisas” (SILVEIRA; ABRAHAM; FERNANDES, 2016, p. 571).

Sem minimizar a informação da gestante entrevistada, a informação técnica atual sobre essa dúvida é tranquilizadora. O período gestacional não contraindica o uso de anestésicos locais com vasoconstritores em Odontologia. As doses usuais e as vias

empregadas não acarretam efeitos hemodinâmicos placentários. Os anestésicos locais e vasoconstritores que são utilizados em Odontologia podem ser administrados com segurança em puérperas e gestantes (WANMACHER; FERREIRA, 2013). Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou Lidocaína 2% com epinefrina 1:200.000 é o anestésico de escolha para uso em gestantes, de acordo com o protocolo para anestesia local em gestantes (ANDRADE, 2014).

Quadro 1: Classificação dos anestésicos e vasoconstritores usados em gestantes

ANESTÉSICO LOCAL INJETÁVEL	CATEGORIA DA FDA
Articaína	C
Bupivacaína	C
Lidocaína	B
Mepivacaína	C
Prilocaína	C
Vasoconstritores	
Epinefrina 1:200.000 ou 1:100.000	C (altas doses)
Levonordefrina	Não classificado
Anestésicos tópicos	
Benzocaína	C
Lidocaína	B

Fonte: Adaptado de (FOOD AND DRUG ADMINISTRATION *apud* HASS, 2002, p. 550)

As classificações dos anestésicos e vasoconstritores, de acordo com a *Food and Drug Administration (FDA)* podem ser vistas no Quadro 1, acima. E na rotina do serviço odontológico na unidade de saúde, em média, temos o anestésico Lidocaína (B) para ser administrado em procedimentos odontológicos que necessitem de anestesia dentária para sua realização.

Na pesquisa que realizamos com gestantes de uma UBS, quando foi perguntado se a gestante tivesse uma infecção dentária durante a gravidez e o dentista prescrevesse antibiótico, se ela tomaria o medicamento, o resultado encontrado foi de que 27,2% das entrevistadas não tomariam o antibiótico prescrito pelo dentista (FERREIRA; ESTEVES; ESTEVES, 2020). De acordo com Wanmacher e Ferreira (2013), há segurança no uso de antibióticos durante a gestação. Os antibióticos escolhidos para serem usados nas infecções odontológicas são as Penicilinas e Cefalosporinas (classe B). As Tetraciclinas (classe D) não devem ser usadas, pois seu uso resulta em coloração anormal dos dentes, retardo no crescimento ósseo e deficiência na formação do esmalte dentário. A Eritromicina (categoria

B) é o antibiótico de escolha para as mulheres com alergia às Penicilinas. Para Andrade (2014) se a gestante for alérgica à Penicilina, a Eritromicina, preferencialmente a forma de estearato, é a opção a ser utilizada. Podemos verificar a classificação dos antibióticos, de acordo com a categoria a que pertencem e o risco para indução de efeitos teratogênicos no quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Classificação de categoria de risco para a indução de defeitos teratogênicos

Categoria A de risco na gravidez: em estudos controlados em mulheres grávidas, o fármaco não demonstrou risco para o feto no primeiro trimestre de gravidez. Não há evidências de risco nos trimestres posteriores, sendo remota a possibilidade de dano fetal;
Categoria B de risco na gravidez: os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas;
Categoria C de risco na gravidez: não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram risco, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas;
Categoria D de risco na gravidez: o fármaco demonstrou evidências positivas de risco fetal humano, no entanto, os benefícios potenciais para a mulher podem, eventualmente, justificar o risco, como, por exemplo, em casos de doenças graves ou que ameaçam a vida, e para as quais não existam outras drogas mais seguras;
Categoria X de risco na gravidez: em estudos em animais e mulheres grávidas, o fármaco provocou anomalias fetais, havendo clara evidência de risco para o feto que é maior do que qualquer benefício possível para a paciente;

Fonte: Adaptado de ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Consulta Pública nº 116, de 23 de dezembro de 2010.

De acordo com a classificação dos antibióticos (Quadro 2) podemos oferecer aos usuários e usuárias do SUS, e aqui falamos especificamente de gestantes, preferencialmente, antibióticos que estejam disponíveis na rede de medicamentos do município, evitando que gestantes tenham gastos com a compra de medicamentos.

O resultado encontrado na pesquisa em relação ao percentual de gestantes que não tomariam o antibiótico prescrito pelo cirurgião-dentista nos aponta um fator a ser trabalhado com educação permanente. É importante orientar que os benefícios de usar o antibiótico para tratar uma infecção bacteriana são maiores do que os possíveis danos que a não realização do tratamento poderia ocasionar para mãe e bebê.

Outra crença trazida pelas gestantes é a de que durante a gestação os dentes ficam mais fracos e por isso aparecem cáries. Como resultado da pesquisa que realizamos, 72,7% das entrevistadas acreditavam que durante o período da gestação, os dentes ficavam mais fracos e que por esse motivo, apareceriam cáries (FERREIRA; ESTEVES; ESTEVES, 2020). Apresentando como uma das possíveis explicações para esse fato, Bastos *et al.* (2014) relatam que a diminuição do PH e possível negligência com a higiene bucal durante a gestação são condições que favorecem para o aumento da atividade cariogênica.

Por ser um período de transformações na vida da mulher, a ocorrência de alterações hormonais (aumento de vascularização do periodonto), mudanças de hábitos alimentares e diminuição da higienização oral podem contribuir para o aparecimento de patologias orais (LAMPERT; BAVARESCO, 2017). A gestação não é responsável pelo aumento do risco à doença cárie ou à doença periodontal. Também é preciso considerar outras condições da existência feminina relacionadas à gestação, como a perda do emprego ou da renda, a separação e outras tantas condições que diminuem sua capacidade individual de resposta às necessidades suas e dos demais dependentes, quando for o caso. Essas condições precisam ser investigadas e compreendidas para identificar suas necessidades de cuidado e para propor projetos terapêuticos que sejam capazes de mobilizar padrões ampliados de integralidade.

Na minha experiência clínica, outra crença encontrada é de “que durante o período gestacional o cálcio dos dentes da mãe será utilizado para formar os ossos do bebê”. Corroboram com essa crença os resultados da pesquisa que evidenciou “a cada gestação perde-se um dente” ou “a mãe fica com os dentes mais fracos, pois o bebê rouba o cálcio dos dentes da mãe (CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008, p. 1076). Durante o primeiro e segundo trimestres da gestação, a ingestão de uma dieta rica em Vitaminas A, C e D, proteínas e cálcio será importante para a formação e desenvolvimento do bebê, como puderam evidenciar em sua pesquisa, Monteiro *et.al* (2016). Não há dicotomias entre a saúde do feto e a saúde bucal da mulher gestante. O que parece haver é uma produção de subjetividade sobre o feminino que tem base na técnica e no saber especializado e que coloca essa oposição, constituindo uma mulher conformada e submissa à condição da gestação.

Outro medo relatado pelas gestantes é o de realizar radiografias odontológicas durante a gestação. Para ilustrar essa questão, trago mais um caso dos acontecimentos da clínica.

2.3 O “sorriso” de Violeta

Era uma das tantas manhãs em que os atendimentos são sempre mesclados com agenda programada e urgências odontológicas. E nessa manhã, minha colega TSB me informa que temos uma gestante aguardando por uma consulta de urgência, que ela aparentemente está ansiosa, relatou que por estar gestante e com dor de dente, está preocupada com o atendimento pela dentista. Peço a minha colega que a chame.

Entra a jovem gestante, a ansiedade está expressa no olhar que ela traz. Apresento-me, convido a sentar-se ao meu lado e pergunto como está a gestação.

Ela responde:

-Tudo bem, doutora. Só essa dor de dente tá me deixando preocupada. E ainda mais que aparece o dente quebrado toda vez que eu abro a boca. E meu marido diz que eu tô sempre mostrando os dentes, daí todo mundo vê que o dente tá quebrado. E eu acho feio, ainda mais agora que tô gestante. E me disseram que não agora não pode fazer nada, que tenho que esperar até depois de ganhar o nenê.

- Bem, nós vamos avaliar o que está acontecendo, mas tu podes tratar dos dentes durante a gravidez, isso é bastante seguro, respondo a ela. Explico que a gestação não é impedimento para realizar o tratamento odontológico e que eu tentarei deixá-la mais tranquila explicando todos os procedimentos.

Peço que ela sente na cadeira odontológica e faço a avaliação clínica da situação.

-Vou precisar fazer uma anestesia pra poder iniciar o tratamento. Esse dente está com uma cárie e essa cárie está bem profunda, chegando até o nervo do teu dente. Quando a gente terminar de fazer isso, vou te solicitar uma radiografia desse dente, pois vai ser necessário realizar um tratamento de canal. Isso será realizado em outro posto, depois te explico com todos os detalhes, informo a ela.

Nesse momento, ela interrompe o diálogo e pergunta:

-Doutora, como assim, fazer radiografia? Isso é a mesma coisa que RX? Mas eu tô gestante e não posso fazer nada disso. Anestesia eu sei que pode porque a senhora já tinha falado pra minha prima que também trata os dentes aqui, mas RX, isso eu não sei...

Percebo que ela está bem preocupada e explico, com bastante clareza, da segurança de realizar todos os procedimentos odontológicos durante a gestação. Explico que é seguro para ela e para o bebê, que ao realizar a radiografia odontológica ela usará equipamento de proteção para evitar riscos e que a dentista que realizará o tratamento de canal também é mãe e por isso, entende muito bem os medos que as gestantes comentam que sentem (naquele momento, achei que se eu falasse que a colega era mãe isso a deixaria mais tranquila).

- Ah, doutora, agora me acalmei. A senhora tá me dizendo que é seguro e que a doutora que vai me atender também já teve filho, daí fica muito melhor. Quem já é mãe sabe que a gente não quer que nada de mal aconteça com nosso bebê, né?, diz Violeta.

-Isso mesmo, respondo. A gente que é mãe só quer o melhor para nossos filhos, digo concordando com a declaração dela.

Então inicio o tratamento, realizo os procedimentos necessários e reconstruo (melhoro a estética do dente que estava fraturado). Ao sair da cadeira ela pergunta:

- Doutora, será que eu podia me ver no espelho, pra ver como é que ficou?

- Claro, respondo. É só tu chegar aqui em frente que tu já consegues ver, apontando o espelho que está fixado na parede, quase em frente à cadeira.

- Ela olha o sorriso com a recomposição do dente e diz: nossa doutora, a senhora me fez ter vontade de rir de novo, muito obrigada. Que Deus abençoe a senhora e sua família. E que a senhora fique aqui na Aparecida! Quero só ver o que o meu marido vai dizer agora! Ele tinha me dito que eu iria ficar “banguela”! Tô é muito linda assim, com o dente arrumado.

Agradeço pelas palavras, tento disfarçar a emoção, pois meus olhos molhados me denunciam, combinamos como será o tratamento e finalizamos a consulta. Ela realiza o tratamento de canal no

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), retorna à Unidade de Saúde para finalizar o tratamento. Segue com as consultas de pré-natal e depois nos veremos após o nascimento do bebê.

O caso dessa gestante provocou-me a seguinte reflexão: na pesquisa que realizamos, 50% das gestantes acreditavam que não poderiam realizar radiografias (FERREIRA; ESTEVES; ESTEVES, 2020). Em estudo realizado com 260 cirurgiões dentistas na rede pública de Belo Horizonte/MG, apontaram nos resultados que a maioria dos profissionais não encaminha gestantes para realização de radiografias odontológicas (RODRIGUES *et.al*, 2018). Se as gestantes têm medo de realizar radiografias odontológicas durante a gestação e alguns cirurgiões dentistas não solicitam radiografias às gestantes, de qual conhecimento estamos falando? A ciência que embasa nossas práticas evolui e é importante que consigamos evoluir juntos. Mas não é isso que o contexto assinala.

Tanto os conhecimentos da ciência e da técnica que orientam as ações profissionais quanto as crenças e saberes das pessoas que buscam atendimento se encontram nos serviços de saúde. Normalmente esse encontro produz um choque, um estranhamento, onde costuma prevalecer a relação saber/poder do profissional. Com a hierarquização abrupta dos saberes dos diferentes atores, é frequente que se produza o silêncio do que está construído como processo de subjetivação no corpo dos usuários. Verifica-se, assim, um “ruído” na organização tecnoassistencial do cuidado, como nos alertava Merhy (2002). Choque construído como barreira, requer uma travessia para ampliar o padrão de integralidade. Ceccim e Ferla (2008), apontaram que as travessias de fronteiras entre saberes multiprofissionais, entre saberes leigos e saberes profissionais, entre culturas institucionais e culturas populares, entre tantas outras barreiras/fronteiras que se estabelecem nos sistemas de saúde, reivindicam reflexão no contexto do trabalho.

A educação permanente em saúde é uma política do SUS e, também, um dispositivo de desenvolvimento do trabalho (CECCIM; FERLA, 2008), que se processa como aprendizagem no/pelo trabalho. É a reflexão em roda e em rede no espaço e no tempo do trabalho, envolvendo o conjunto dos trabalhadores, porque deve constituir o trabalho, que coloca as práticas em análise, identificando ruídos, silêncios e déficits de qualidade e eficácia, para buscar novos patamares de qualidade para o cuidado e para a gestão. É uma educação que se faz em diálogo: com diferentes saberes, com o cotidiano do trabalho, com o ainda não sabido.

A educação permanente em saúde, concebida como está colocada por alguns autores, é mecanismo de produzir permeabilidades às práticas de cuidado com o contexto que circunscreve cada ação de cuidado no sistema de saúde. Ceccim e Ferla (2008), assim como Merhy (2015), apontam a análise dos processos de trabalho e o cotidiano do trabalho como motivadores de aprendizagens recíprocas e avanços na direção da integralidade da atenção, como desenvolvimento de novos platôs de qualidade no trabalho. Para isso, o processo analítico deve mobilizar conhecimentos e saberes prévios, a interação entre os atores e a produção de novos indicadores para mobilizar o trabalho.

É nesse contexto que se insere a pesquisa. No caso concreto dos processos de trabalho de um serviço, com uma temática singular, que é o cuidado de pré-natal, ultrapassando as dimensões biofisiológicas da gestação, para atualizar a díade mãe/feto e mãe/bebê, com as condições subjetivas da mulher que busca o cuidado e com a interface com a saúde bucal.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Nessa etapa, descreverei a sequência de decisões que foram adotadas para a realização da pesquisa. Inicialmente, a adoção dos termos Produção dos dados e Interpretação dos dados dialoga com a ideia dos pesquisadores que nos trazem que a pesquisa qualitativa está relacionada de uma maneira muito forte com as interpretações do que a pesquisadora está investigando. O uso dos termos sobre os dados usados nesse texto, corrobora com a autora dessa dissertação que entende que no momento que está inserida no campo da pesquisa, a relação passa a ser uma relação de tornar-com-os-dados e não estar apenas em “contato” com eles, uma relação *encarnada* (BISPO; GHERARDI, 2019, p. 372).

3.1 Caracterização do campo

A pesquisa tem desenho de estudo de caso, considerando a atenção à saúde bucal ofertada às mulheres gestantes moradoras em bairros da cidade de Alvorada/RS, uma cidade periférica da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS, com uma população aproximadamente de 211.000 habitantes (IBGE, 2020).

O estudo teve um delineamento qualitativo, realizado com as gestantes residentes em dois bairros diferentes da cidade, que concordaram em participar da pesquisa. Um dos bairros, o Jardim Aparecida, está situado na periferia da cidade, com a segunda maior população do Município, local de alta vulnerabilidade social, com características urbanas. O outro bairro, Nova Alvorada, localiza-se em uma área com características do rural, com uma população com características diferentes das que se localizam em áreas mais urbanas.

De acordo com Alves-Mazzotti, um dos critérios que justifica a escolha do estudo de caso como adequada abordagem para um problema de pesquisa é de “tratar-se de um fenômeno pouco investigado, o qual exige estudo aprofundado de poucos casos, que leve à identificação de categorias de observação ou à geração de hipóteses para estudos posteriores” (ALVES-MAZZOTTI, 2006). Os resultados da pesquisa com o objetivo de investigar o conhecimento sobre saúde bucal das gestantes na perspectiva do cuidado, de quais os saberes que elas levam ao atendimento e de que forma esses saberes podem contribuir para a integralidade da atenção, pretendem contribuir para a melhoria da atenção ao pré-natal, na perspectiva da gestante, que não está representada por um útero gravídico e uma boca que

necessitam de atenção, mas sim de um ser integral, com suas necessidades específicas. Também contribuirá na construção de projeto de educação permanente para os profissionais da saúde.

3.2 A produção dos dados

Para o cálculo do tamanho da amostra que será participante de uma pesquisa qualitativa, Minayo (2017) em seu artigo intitulado “Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias” nos traz que não há unanimidade entre autores. Entre os autores destacados, Morse (1994) e Creswell (1998) determinam que “uma quantidade consensual seria de pelo menos 20 a 30 entrevistas para qualquer tipo de investigação qualitativa” (MINAYO, 2017, p. 6).

Semelhante texto nos trazem os autores Rego; Cunha; Meyer Jr. (2018) informando “que uma das regras orientadoras para a determinação da dimensão da amostra, seria de um N= 20 a 30 participantes (aproximadamente) como um número apresentado como frequente em estudos qualitativos” (REGO; CUNHA; MEYER JR., 2018, p. 54).

Em função de não ter obtido autorização institucional para realizar as entrevistas com as gestantes nas unidades de saúde, enquanto aguardavam pelas consultas do pré-natal, conforme havia sido planejado e descrito na metodologia do projeto de pesquisa, houve necessidade de replanejar como seriam as estratégias de captação das gestantes. Precisei da colaboração da rede de parceiros que conquistei durante esses anos de trabalho. Assim, os amigos da fruteira no entorno da UBS conversaram com algumas gestantes, explicaram que eu estava realizando uma pesquisa e perguntaram se alguma delas gostaria de participar. Explicaram que eu a entrevistaria no local que ela desejasse e escolhesse, que poderia ser na casa dela ou na fruteira, como ficasse melhor para ela.

As gestantes também foram contatadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde, que por igualmente residirem no território, facilitariam o contato. Dessa maneira, algumas gestantes em conversa com as agentes comunitárias, souberam que estava acontecendo a pesquisa, foram convidadas e aceitaram participar concedendo entrevista. Nossa amostra foi constituída por redes de contato no território.

Foram realizadas 08 entrevistas com mulheres que aceitaram participar da pesquisa, durante os meses de dezembro de 2020 até fevereiro de 2021. Dentre essas mulheres, 6 ainda

estavam gestantes no momento da realização da entrevista e uma delas teve o parto antes da data marcada para conceder a entrevista. Mesmo assim, foi decidido que ela seria entrevistada no período puerperal, pois na nossa concepção, sua fala seria de muita contribuição para nosso estudo. E, também, entrevistei D. Dália, que representa uma das potências do território e suas contribuições foram importantes para a pesquisa. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, analisamos que depois de 7 entrevistas realizadas, já tínhamos recolhido material considerado suficiente para realizar nosso estudo. As respostas individuais das entrevistadas reforçaram uma casuística que já estava marcada no meu corpo de cirurgiã-dentista e da pesquisa prévia, sendo, assim, mais evidente a percepção da repetição das respostas que dialogavam com o objetivo da pesquisa.

Para a realização da entrevista, foi utilizado um roteiro semiestruturado com perguntas abertas (APÊNCICE A). O tempo médio de duração das entrevistas com as gestantes e puérpera foi de 40 minutos. As entrevistas foram gravadas, depois transcritas para um arquivo Word, salvas em um notebook e em um HD externo. As mulheres foram entrevistadas uma única vez, em um único encontro. As mulheres que participaram da pesquisa, foram apresentadas ao conteúdo, esclarecidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) ficaram com uma via e a outra via ficou com a pesquisadora. Foram mantidas e asseguradas a privacidade de todas as participantes e as informações que elas concederam. A identificação foi substituída por um nome de flor, escolhido em comum acordo com as participantes.

Em todos os encontros foram adotadas as precauções necessárias para evitar contaminação pelo Coronavírus. A maioria das entrevistas foi realizada na calçada, em frente à casa da gestante, com as sujeitas da pesquisa e a pesquisadora sentadas em cadeiras de praia. Uma entrevista foi realizada no escritório do trabalho da gestante, com o devido distanciamento físico, com janelas e porta abertas. Em todas as entrevistas foram seguidas rigorosamente as estratégias de distanciamento físico, uso de máscaras faciais, uso de álcool em gel para higienização de mãos e desinfecção de canetas utilizadas no preenchimento dos dados das entrevistadas.

A entrevista realizada com D. Dália aconteceu no pátio da casa dela, sob árvores que balançavam suas folhas, na tarde de um sábado, em confortáveis cadeiras de praia. Pesquisadora e entrevistada em distanciamento físico seguro, com rigorosa segurança no estabelecimento dos protocolos de proteção ao coronavírus. Nessa entrevista,

especificamente por se tratar de um campo de estudo com intenção histórica, o tempo de duração foi em torno de 90 minutos.

Também foi utilizado como instrumento de coleta de dados um caderno de anotações, intitulado caderno de campo, onde a pesquisadora realizou os registros das diversas impressões durante o tempo da pesquisa. O caderno de campo foi utilizado para registrar informações sobre o contexto da atenção em saúde bucal no território, as observações adicionais sobre o atendimento prestado às gestantes na unidade de saúde em que a pesquisadora está lotada e a relação das participantes com a pesquisa. Também serviu registro cartográfico da experiência da pesquisadora no duplo papel de profissional do serviço e pesquisadora da saúde coletiva.

3.3 Interpretação dos dados

Para a interpretação dos dados, inicialmente foram transcritas as entrevistas que estavam gravadas, utilizando-se um arquivo Word. Inicialmente, foi feita uma leitura flutuante das conversas com as mulheres, para fosse estabelecido um contato com o texto e para permitir que as falas dessas mulheres, que já haviam impregnado a pesquisadora, pudessem evidenciar o quanto mais estava sendo afetada. De acordo com as respostas que as mulheres prestavam, foram sendo analisadas e construídas categorias teóricas e empíricas com base no conteúdo das respostas abertas, do tipo categorias temáticas. De acordo com Minayo (2012), existem várias modalidades de análise de conteúdo e Análise Temática é considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

A construção interpretativa dos dados obtidos a partir das categorias teóricas e empíricas buscou apoio na literatura e nos apontamentos do caderno de campo, que marcou registros da experiência a partir do serviço e de observações e afecções da pesquisadora.

O questionário com as características sociodemográficas foi utilizado para identificar nome, data de nascimento, as características relacionadas à renda mensal, grau de estudo e atividades laborais das entrevistadas. O caderno de campo foi utilizado para registrar informações sobre o contexto da atenção em saúde bucal no território, as observações adicionais sobre o atendimento e a relação das participantes com a pesquisa e como registro cartográfico da experiência da pesquisadora no duplo papel de profissional do serviço e pesquisadora da saúde coletiva. A descrição completa das categorias teóricas e empíricas

construídas para a interpretação dos dados pode ser verificada no Capítulo 6-Apresentação dos Resultados e Discussão.

3.4 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, conforme Parecer Consubstanciado do CEP: CAAE: 2 37325120.0.0000.8024, Número do Parecer: 4.377.128 (ANEXO B).

4 O CADERNO DE CAMPO

A experiência de realizar essa pesquisa qualitativa foi marcante na minha vida. Embora o trabalho que realizo na assistência odontológica desde o início das atividades como Cirurgiã-Dentista na Estratégia de Saúde da Família em 2013, sempre tenha envolvido fazer evoluções por escrito nos prontuários, a anotação no caderno de campo se demonstrou como uma atividade muito interessante. Diante da dúvida sobre a estética do texto acadêmico e diante da *descoberta* do caderno de campo como dispositivo da pesquisa, optei por compor esse capítulo com um estilo *narrativo*, onde o diálogo com a teoria se faz pelos conceitos incorporados no pensamento e já revisados anteriormente, com algumas notas, para falar de um conhecimento *encarnado*, que traduz a cartografia do percurso.

Diferente de fazer escrita sobre os sinais e sintomas, sobre o que é subjetivo no relato do usuário e o que eu avalio como sinal clínico de alguma patologia odontológica (ou patologias em geral), fazer as anotações do campo da pesquisa é uma mistura SOC (Subjetivo/Objetivo/Conduta) com a realidade que também está nos atendimentos, mas que se demonstra em todos os ambientes em que transito como pesquisadora e agora muito mais observadora. É uma relação de passar a perceber movimentos, gestos e comportamentos que eram lidos como acontecimentos normalizados no ambiente de trabalho. A rotina do serviço, tão marcada nos processos de trabalho, que ao ser relatada na forma escrita, passa a evidenciar ruídos na comunicação entre profissionais e usuários. Conversas entre pessoas da equipe, que também podem ser lidas como *ruídos* pois ainda se referem aos atendimentos prestados, acontecem nas reuniões de equipe, no momento do café, nos momentos que antecedem à abertura da porta da unidade de saúde, esses momentos registrados no caderno de campo proporcionam uma outra leitura. Falamos de um trabalho complexo como aquele que não se reduz totalmente aos saberes prévios sobre ele, assim na atenção à saúde nos territórios e na pesquisa que quer aprender o que está ali, e é nos registros do caderno de campo, com pensamento flutuante, que a complexidade se materializa, pelas bordas da objetividade do instrumento da pesquisa.

E estamos falando inicialmente do território de uma unidade de saúde em que atuo desde 2013, quando iniciei minhas atividades no município. Muitas mudanças que ocorreram desde o início dessas atividades, incluindo meu ingresso no curso de especialização em saúde coletiva, em 2017, no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RS, certame em

que fui classificada em primeiro lugar. Para realizar o curso de especialização, não consegui liberação para assistir às aulas. Foi necessário que eu realizasse compensação de horas, trabalhando em algumas noites, em regime de plantão, para que eu pudesse cursar a especialização. Durante muitas noites em 2017 e 2018, realizei assistência odontológica para poder “pagar” as horas do curso de Especialização em Saúde Coletiva. Não é o registro como queixa que interessa aqui. É como descoberta: a gestão e o controle sobre o trabalho não se realizam plenamente. Sempre sobram *bordas* aqui e acolá para o *escape*.

Nessa época, já era possível verificar que, não tendo apoio da gestão, realizar pesquisa na Atenção Básica se constituía como um desafio, maior ainda, para uma pesquisadora mulher negra. Com muito trabalho, dedicação e sacrifícios realizados, finalizei a Especialização em 2018 e no ano seguinte, fui aprovada no mestrado em Saúde Coletiva, também em primeiro lugar. Mais uma vez, não tendo conseguido liberação para assistir às aulas, foi compulsório realizar trabalho assistencial noturno. E em 2019, iniciando o Mestrado com aulas durante o dia e à noite, trabalho de assistência na UBS em manhãs e tardes e as compensações de horas em trabalho noturno, consegui cumprir com os 12 créditos obrigatórios do programa de mestrado e com vários créditos de disciplinas eletivas realizadas. Novamente a *micropolítica* permitiu escapes.

Chegamos em março de 2020 e a pandemia do COVID-19 muda o rumo de situações que pareciam estáveis e pré-determinadas. O exercício da Odontologia, pouco reconhecido como sendo de risco para contaminação pelo coronavírus, fosse da equipe ou dos usuários, passou a ser ora autorizado, ora suspenso. Foram várias normas técnicas, portarias e informes que por muitas vezes, não estabeleciam situações seguras. A dificuldade inicial com os EPI's - Equipamentos de Proteção Individual que não se apresentavam em quantidade suficiente, as dúvidas que circulavam entre os profissionais, as incertezas quanto ao exercício profissional foram impasses durante alguns meses.

E, durante esse período, em que a pandemia continuava causando vítimas e sofrimento, algumas decisões da gestão também geravam sobrecarga de trabalho para os cirurgiões-dentistas. Em uma dessas decisões, fica determinado que Técnicos de Saúde Bucal e Auxiliares de Saúde Bucal poderiam trabalhar em “home office”, realizando trabalhos de digitação de cadastros de usuários, enquanto dentistas ficam sem apoio técnico, mas atuando sem redução de horário, durante o funcionamento das unidades de saúde. Foram aproximadamente 60 dias em que a pesquisadora ficou atuando na assistência na unidade de

saúde, sem apoio técnico. Com o cansaço físico visível e a saúde mental abalada, decido pedir para que me sejam concedidos 15 dias de férias, a fim de poder restabelecer forças para continuar a assistência odontológica com o menor prejuízo a minha saúde. Concedido o pedido, saio em férias.

Eis que no último dia de agosto de 2020, último dia de férias, recebo a notícia de que estou sendo transferida de unidade de saúde e que, a partir de 01 de setembro de 2020, deverei me apresentar à coordenadora da Unidade de Saúde Nova Alvorada. O que poderia parecer punição para uma profissional da assistência, se torna oportunidade de contato com diversidade para a pesquisadora que quer compreender os encontros nos territórios.

4.1 A transferência para outra unidade de saúde: a UBS Nova Alvorada

Chegando na *nova* unidade, o reencontro com uma amiga de início do exercício da profissão em Alvorada e Técnica de Saúde bucal, torna o trabalhar cada vez mais produtivo. Renata, Técnica de Saúde Bucal com quem tenho uma relação de amizade muito grande, comenta sobre o funcionamento da unidade, a situação em que se encontra a Odontologia naquela UBS e comenta sobre a população cadastrada. A equipe foi acolhedora na chegada e continuou sendo durante todo tempo em que atuei nela. Quando oportunizado nas poucas reuniões equipe que aconteceram, foi conversado sobre a minha participação como cirurgiã-dentista na equipe, de maneira provisória, pois a colega cirurgiã-dentista que fazia parte da equipe estava em licença maternidade, com previsão de retorno em novembro do mesmo ano.

Estamos em plena vivência e vigência da pandemia da COVID-19 e os atendimentos eletivos em odontologia estão bem próximos de retornar ao funcionamento. Através de uma Portaria Municipal, somos informadas que deveremos reagendar usuários que tiveram suas consultas canceladas por conta da situação pandêmica e que a partir daquele momento da entrada de vigência da portaria, deveríamos também realizar primeira consulta odontológica em gestantes. A comunicação da gestão sempre se expressando por meio de ordens e normativas, sem diálogo. A cada nova demonstração de uma micropolítica centrada no uso do poder normativo, procuro compreender os efeitos sobre o trabalho cotidiano, na *ponta* do sistema de saúde. Um ruído vindo da gestão é capaz de produzir desinvestimento no trabalho e, por certo, repercutirá nas relações com os usuários. A lógica de *sistema* se expressa na

correlação de fatos e um ruído na comunicação pode gerar diferentes ruídos, como círculos na superfície da água.

Apesar do impacto da normativa, partimos dessas orientações e a equipe de saúde bucal, minha colega técnica e eu passamos a organizar como seria nosso trabalho. Felizmente, nossa colega cirurgiã-dentista que estava em licença maternidade, já estava próxima de retornar às atividades, o que permitiu a recomposição da equipe. Com o retorno da colega, conseguimos esquematizar nosso trabalho de forma a contemplar todas as gestantes que desejassem consultar com a odontologia. A cirurgiã-dentista que tinha lotação na unidade e carga horária de 40h semanais realizaria as consultas de avaliação com as gestantes. E sob minha responsabilidade, ficariam os atendimentos a serem realizados nos dias em que estava na assistência, cumprindo 20h semanais de atendimento. O arranjo de trabalho dessa forma resultou positivamente e realizamos consultas e posteriormente, procedimentos odontológicos em gestantes que realizavam o acompanhamento do pré-natal na unidade.

E desses encontros com as gestantes, que são produtores de emoções e despertam para a escrita, algumas histórias chamaram a atenção. Entre essas, descrevo aqui o caso de Sol, uma das gestantes com quem conversei.

4.2 A gestação da Sol e seu medo de “arrancar” dentes

Sol é uma mulher com 22 anos que está tendo sua terceira gestação. Sol é uma mulher negra, residente na periferia de uma cidade considerada a sexta cidade mais violenta do país. Sol não trabalha com carteira assinada, é diarista, mas como está gestante, não está conseguindo realizar faxinas no momento. Ela me conta que já tem duas meninas do primeiro marido e que agora, com seu novo companheiro, está “com esperanças” que seja um menino. Diz que seu companheiro quer ter mais filhos, mas que ela não quer mais. Relata sorrindo que disse ao companheiro que se ele quisesse mais filhos, para procurar outra mulher! Diz que queria fazer o “ligamento”³ mas que disseram para ela que ela não pode porque não tem 25 anos.

Ao escutar essa informação equivocada, me sinto na responsabilidade de esclarecer que existe uma lei que possibilita que ela faça o tratamento cirúrgico de laqueadura.

Ela continua me relatando que na gravidez da primeira menina, sofreu muito porque não podia “arrancar” o dente, *de acordo com o dentista que ela havia consultado, no posto do bairro onde residia, ela estava gestante e não poderia ser atendida*. Conta que colocava acetona dentro do buraco do dente para tentar aliviar a dor. Às vezes, a dor era tão intensa que pensava que não suportaria, achava que iria ganhar o bebê naquele momento.

³ As regras para a realização da laqueadura, no SUS ou pelo convênio, estão na lei de planejamento familiar (lei federal nº 9.263/96). A condição básica para que uma mulher esteja apta a realizar a cirurgia é ter mais de 25 anos ou pelo menos dois filhos vivos. Disponível em: camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1585CB40CB70F16A655332E4B7D84995.proposicoesWeb1?codteor=490199&filename=LegislacaoCitada+-PL+1686/2007. Acesso em 20/02/2021.

Converso com ela, explico que o tratamento odontológico é seguro, que as anestésias não representam riscos para ela ou para o bebê, que não há necessidade de que ela sofra com dores provocadas por problemas dentários, que podem ser resolvidos, mesmo ela estando grávida. Explico um pouco mais sobre o que a gente escutava das mães, das tias, das mulheres que conhecíamos e que diziam que grávidas não podiam tomar anestésias. Trago mais uma vez os exemplos das anestésias usadas durante o preparo para a realização de cesarianas, para tentar aproximar o assunto sobre anestésias, na intenção de que ela possa ficar mais tranquila. Ainda complemento que a saúde dela é muito importante para a saúde do bebê e ao realizarmos a extração daquele dente especificamente (abscesso periapical crônico), estamos promovendo mais saúde para o bebê também.

Após alguns minutos de conversa, percebo que ela já demonstra mais serenidade no semblante, pergunto se ela tem alguma dúvida, se podemos prosseguir se estiver tudo bem.

Ela responde que sim, está sentindo-se mais segura e que confia no que estou falando, pois percebe que diferentemente do atendimento que ela recebeu na primeira gestação, o atendimento nesse posto não é igual àquele que ela frequentava. Relata que ficou surpresa quando a enfermeira perguntou se ela queria consultar com a dentista, pois a lembrança que ela trazia era de que a gestante não podia realizar tratamento odontológico. E complementa dizendo que nesse posto, ninguém havia falado da cor dela, que no outro posto costumavam “brincar” com ela dizendo que já estava chegando “a neguinha de olho claro”.

Realizo então a cirurgia, tudo transcorre dentro do esperado, sem complicações. Ao final do procedimento, oriento sobre as condições do pós-operatório, da necessidade de realizar repouso, de tomar analgésico (faço a prescrição), do tipo de alimentação que poderá ser realizada. Ela demonstra muita tranquilidade, agradece pelo atendimento e ficamos combinadas de nos encontrarmos para a consulta de retorno/revisão e da cirurgia realizada.

O caso dessa gestante que, infelizmente, não difere de outros casos que se apresentam com necessidade de tratamento cirúrgico odontológico em que temos a atuação da equipe de profissionais da saúde, do cirurgião-dentista como o profissional no exercício responsável de promover, difundir conhecimento sobre gestação e saúde bucal. E temos um caso em que de um lado, a usuária, gestante passa por situação de dor aguda, intensa, tendo como causa um elemento dentário com necessidades de tratamento e do outro lado o profissional que não realiza o cuidado. E essa não realização deveria ser objeto de estudo. Por que ele não realiza o procedimento? Por não sentir segurança? Por que não é do seu conhecimento que a gestação não é causa de impedimento de realizar procedimentos odontológicos, sobretudo, procedimentos de urgência odontológicos?

Esses são alguns dos questionamentos, mas persiste um outro que atravessa todos os anteriores: esse profissional não realizou o procedimento dentário necessário nessa gestante por ela ser negra? Não há como responder a essa questão, visto que o tempo transcorrido é muito grande para tentar evidenciar quem eram os profissionais e em qual unidade de saúde isso aconteceu. Entretanto, pelo relato da gestante, há fortes indícios de que houve situação

de racismo na prestação de atendimento pelo serviço que ela relata. E o racismo estrutural e institucional é verdadeiro e presente em nossa sociedade.

E evidentemente, surgem questionamentos: a equipe está preparada para lidar com situações de racismo de profissionais para os usuários? A equipe reconhece o racismo institucional como um dos elementos presentes na nossa realidade de assistência? A equipe reconhece os efeitos sobre a saúde das pessoas e coletividades do racismo estrutural e institucional? Há déficits de qualidade técnica no trabalho, como foi identificado no segundo capítulo da dissertação, pela negativa de incorporar no cuidado as evidências da ciência que, por exemplo, permitem usar com segurança medicamentos específicos e exames durante a gestação. Há demonstrações de déficits éticos, com a reprodução de comportamentos preconceituosos que produzem efeitos de poder sobre a vida e o corpo de pessoas negras, de mulheres ... A análise da integralidade do cuidado precisa incluir essas dimensões. A história dessa gestante suscitou a vontade de trabalhar com a equipe questões relacionadas ao racismo e às relações étnico-raciais. A cartografia entra em cena, aqui, como pesquisa de intervenção, com uma pesquisadora implicada.

4.3 Os ruídos produzidos pela equipe

Em uma situação de final de expediente, todos aguardam para a marcação digital do registro do ponto de frequência do trabalho. Como é de costume, conversas são trocadas, costumeiramente sobre os usuários, ou algum acontecimento do dia, ou sobre qual será o cardápio do almoço do dia seguinte.

Como deixar de ouvir esses comentários e não fazer também uma colocação? aguardo então o entre comentários, uma colega começa a relatar sobre a “forma física” de uma usuária que frequenta o serviço, referindo-se a essa usuária como sendo uma “senhora morena”. Tece alguns comentários, insistindo nos detalhes físicos da “senhora morena”, em como a proeminência das nádegas⁴ dessa senhora eram avantajadas e seguiam-se risos em torno da conversa. Como estou aguardando também para o registro do ponto, não tenho momento em

⁴ Racismo recreativo: tipo específico de opressão racial: a circulação de imagens derogatórias que expressam desprezo por minorias raciais na forma de humor, fator que compromete o status cultural e o status material dos membros desses grupos (MOREIRA, Adilson. **Racismo recreativo**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. p. 31).

que a colega resume sua opinião em relação à forma física da “senhora morena” e me dirijo a ela, comentando que se ela está se referindo a uma usuária cuja cor da pele é preta, ela deveria dizer “uma senhora negra”. A colega demonstra constrangimento com minha intervenção e reitera que achava que não poderia se referir à usuária como negra. Pergunto por que ela acha que não poderia usar o termo negra, se essa era a definição de raça/cor usada em vários documentos, assim como a raça/cor que ela, colega, usaria para se autodeclarar como de cor branca. Também a questiono, perguntando como ela gostaria de ser referida por alguém que estivesse comentando sobre sua forma física? Vou mais além e faço a seguinte provocação: “e se alguém se referisse a tua pessoa, como aquela branca que parece uma tábua?” Qual seria o teu sentimento em relação a isso?

A colega começa a pedir desculpas, que não tinha a intenção de ofender, que ela só estava comentando sobre a “senhora morena”. Nesse momento em que o clima já está tenso e que não se ouvem mais risadas sendo produzidas, oriento que o racismo recreativo essa prática que estava sendo realizada com os comentários ali tecidos e com a apreciação dos que não se manifestavam contra, é mais um exemplo de racismo e da normalização dos comentários racistas. E que seria essa uma oportunidade para que cada um refletisse sobre sua postura, sobre o racismo internalizado em cada um e o que poderia ser feito para que essas práticas não se perpetuassem.

No dia seguinte ao ocorrido, uma colega pede para conversar comigo na sala de grupo e diz que considerou muito sério o acontecimento da tarde anterior. Ela considerou que em outras vezes, quando se fizeram comentários racistas como os que foram feitos, ela não tinha ficado chateada, mas não conseguiu falar com os colegas. Achava que não se poderiam fazer comentários desse tipo, em que se debochavam dos usuários. Escuto atentamente ao que ela diz e comento que é exatamente porque esses comentários são realizados e que as pessoas não se posicionam contra essa prática, que o racismo ganha espaço. Explico que é muito importante que ela, como pessoa branca, se realmente quer ter uma luta antirracista, que se posicione ao ouvir comentários racistas como os que foram feitos na tarde do dia anterior. Comento da importância de ela, sendo uma pessoa branca, se posicionar como branquitude crítica⁵, que os privilégios que lhe são atribuídos pela cor da pele. A colega relata que não consegue falar da maneira que eu falo, que não se sente com coragem para se posicionar.

⁵ Branquitude crítica: a escritora Lia Vainer Schucman traz o conceito de branquitude como sendo de o indivíduo branco ou grupo de indivíduos brancos que desaprova(m) o racismo.(SCHUCMANN, 2012).

Digo a ela que não precisa ter o mesmo jeito que eu falo, pois isso é individual e a orientação que estou falando do meu lugar de fala⁶ e que ela, como mulher branca, jamais poderá falar desse mesmo lugar que eu e as mulheres negras ocupamos. Ela pode e deve falar, do jeito dela, sem precisar ser como o jeito dos outros.

E, dessa leitura, podemos inferir que os comentários que são realizados e que se referem aos usuários, têm conotações pejorativas. Podemos inferir que são falas que em muitas das vezes culpabilizam os usuários pelas queixas que apresentam quando chegam à unidade de saúde solicitando atendimento ou falas em cujo conteúdo encontramos expressões racistas.

Dessa situação acontecida na unidade, crescia mais a vontade de conversar com a equipe sobre questões relacionadas ao racismo. Decidi que proporia uma conversa sobre essas questões tão logo fosse possível.

E quando surgiu esse momento, em que foi possível conversar sobre relações étnico raciais, propus uma atividade em que aqueles que estivessem dispostos a participar, que se sentissem à vontade, seriam todos e todas bem-vindos e bem-vindas. Realizamos uma atividade em que foram trabalhadas frases de cunho racista usadas cotidianamente. Para minha surpresa, todos os profissionais da equipe decidiram participar. Foi um momento em que puderam ser trabalhados conceitos de racismo estrutural, racismo institucional e principalmente, ao trabalharmos as frases de cunho racista, evidenciar algumas práticas racistas que costumeiramente, passam despercebidas. Essa atividade está descrita como proposta de educação permanente no APÊNDICE B.

Foi uma experiência interessante de realizar com a equipe. Acredito que pelas colocações que foram feitas no final da atividade, tenha havido um aprendizado sobre situações que são vivenciadas no cotidiano e que envolvem as relações com os usuários da unidade de saúde.

E assim, muitos registros foram sendo feitos no diário de campo. Até que chegamos ao momento em que finalmente, poderia entrevistar as gestantes. Foi um tempo difícil até que se estabelecesse essa possibilidade.

⁶ Lugar de fala: termo que a filósofa Djamilia Ribeiro em seu livro referindo-se à localização social, pois as mulheres negras terão experiências diferentes de mulheres brancas, exatamente porque pertencem a lugares sociais diferentes (RIBEIRO, 2019).

Inúmeras tentativas foram feitas para que se conseguisse a autorização institucional também como uma das exigências para que fosse possível submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois de acordo com a descrição da metodologia inicialmente pensada, as entrevistas seriam realizadas com as gestantes em atendimento nas unidades de saúde. Ainda de acordo com o projeto de pesquisa, seriam entrevistadas as gestantes que estivessem em acompanhamento do pré-natal, em duas unidades de saúde, sendo uma a UBS em que a pesquisadora estava lotada, na periferia da cidade e a outra, com características mais rurais, localizada mais distante do centro da cidade.

Reuniões que foram agendadas com os representantes da gestão e que foram canceladas de última hora; tentativas realizadas pelo IFRS de agendar encontro, ainda que virtual, com representantes também não lograram êxito, além de diversos telefonemas com tentativas de conseguir autorização para realizar a pesquisa. E como havia necessidade de que fossem pensadas estratégias a fim de que não houvesse prejuízo, ficou considerado que não seria possível avaliar a prestação do serviço de atendimento do pré-natal realizado pelas unidades, por não haver autorização institucional que permitisse entrevistar as gestantes em atendimento. Dessa forma, era urgente que se pensasse em outra maneira de que gestantes pudessem participar da pesquisa.

E é importante trazer a informação de que as relações desenvolvidas ao longo dos anos de trabalho, além de produzirem muito afeto, também contribuíram para a solução de um problema que havia se instalado. Foi conversando com os parceiros locais, do entorno da unidade, os amigos da fruteira, do supermercado e da farmácia que se dispuseram a contribuir, conversando com as gestantes que frequentavam os locais e informando sobre a realização da minha pesquisa.

Dessas conversas, surgiram os contatos com as gestantes e as possibilidades de entrevistas.

Estamos em dezembro de 2020, projeto autorizado pelo CEP e posso dar início às entrevistas, com a participação dos parceiros que contribuíram para que a pesquisa pudesse acontecer.

4.4 A preparação dos itens necessários para a realização das entrevistas

Quando conseguíamos estabelecer o contato com a gestante, através dos parceiros do bairro ou através das colegas agentes comunitárias, eu já deixava preparados os itens

necessários para a entrevista: verificava se as cadeiras de praia estavam no porta-malas do carro, a caixa com os Equipamentos de proteção individual como máscaras faciais descartáveis, os frascos de álcool a 70%, prancheta com TCLE, as canetas esferográficas, cabo carregador de celular e confirmar se a bateria do celular estava suficiente para realizar a entrevista.

Chegando ao local escolhido pela gestante, que na maioria das vezes foi a própria casa da gestante, pensando em manter as condições de segurança, já orientava que nos sentaríamos em frente à casa, mantendo distanciamento físico e com uso de máscaras faciais o tempo todo, para que ela se sentisse tranquila e protegida.

4.5 Impressões geradas pelos gestos corporais

A relação com o corpo é muito interessante. Na pesquisa qualitativa, no campo com a entrevistada, fica estabelecida uma relação com os corpos, que não necessariamente pode ser traduzida em palavras que consigam literalmente revelar as impressões. Aprendi com essa escrevivência, lembrando Evaristo (2009) que as sensações produzidas em meu corpo durante o estar com a mulher entrevistada e as sensações de observar o que se ouve e o que não está tão descrito no campo, em alguns momentos, se mesclavam com minhas experiências.

Em uma das entrevistas, ao observar que Camélia sente dificuldades ao responder à pergunta quanto à autodeclaração de sua cor. Ela olha em volta, olha para mim como se tentasse um olhar, talvez alguma afirmação, olha para a agente comunitária que chegou junto comigo e conversa com uma vizinha duas casas adiante da calçada onde estamos conversando e responde

[...] Ou parda ou preta, tanto faz. Assim, eu me considero preta... meu pai é negão, mas a minha mãe... toda a família dela é branca, então eu não sei...eu tô no termo...não sei dizer [...]

A questão importante aqui de uma mulher negra não conseguir entender ou definir a qual situação racial pertence. Quando Camélia coloca que “o pai é negão”, claramente situando que “ela não é negona”, mas a mãe é branca. A gestante expressa pela sua fala, que mesmo sabendo que o “pai é negão”, mas a mãe é branca, que ela, Camélia, “não é branca”, mas também “não é negona”!!! A hierarquia que aparece na sua fala reproduz a hierarquia social que envolve questões raciais. A tensão da fala é também a sensação de que a inserção

nessa hierarquia não é confortável e nem satisfatória. Mas nem sempre é possível perceber que há um problema que não está na pele, está na hierarquia. Essa resposta é a face oposta do comentário na UBS, já que fala da sua pele, mas que trata da mesma superfície da cultura: o racismo.

E a sensação de já ter vivenciado essas cenas, pois durante muito tempo eu como mulher negra fui colocada em situações como a que Camélia se encontra. Colocada na fala de pessoas racistas que se acham no direito de retirar também o pertencimento racial de pessoas negras, fazendo com que negras e negros não possam ter direito a pertencer às suas origens.

E o corpo de Camélia revela um possível incômodo por não conseguir responder ao questionamento. São seus olhos que procuram uma resposta que ela não consegue encontrar, suas mãos que se movimentam em direção a um posicionamento que não se posiciona e ela parece não conseguir dizer, definir a qual cor ela quer ou precisa pertencer. Quando eu digo que não posso ajudá-la a decidir, mas que ela pode me responder mais tarde ela então responde: “preta, preta!”

Antes de decidir pela resposta, Camélia olha pra mim, talvez imaginando que a pesquisadora ali sentada à sua frente é negra e que no instante em que estamos olhando uma a outra, Camélia percebe que a decisão da resposta cabe somente a ela. Talvez o corpo de Camélia esteja falando e questionando-se: “como poderia eu dizer que sou branca, se a dentista que é mulher negra está aqui, na calçada, sentada na minha frente?” Como no slogan usado por movimentos pelos direitos raciais, me tomo pela emoção do “representatividade faz diferença!”.

Essas percepções que são marcadas pelas expressões do corpo, pelos silêncios entre pergunta e resposta, pelo gestual que a entrevistada produz são cenas que somente são possibilitadas por estar no campo e em campo.

No dia da entrevista com Amarílis, a mais jovem das gestantes, quando chegamos até a casa em que ela estava morando, a casa dos sogros, somos recebidas, a ACS e eu pelo sogro da menina. E observar a relação desse homem com sua residência, a maneira como ele nos recebe e sua conversa sobre os acontecimentos da cidade, da nora, da vizinha, estabelece imediatamente uma relação de proximidade. Para ele, o sogro, a ACS e eu fazemos parte daquele lugar, pois se estamos ali, na sua residência, certamente compomos aquela cena.

Ele é um homem branco, aparentemente parece estar acima do peso corporal, está sentado em uma cadeira, próximo à entrada da casa, em uma espécie de varanda. Ele continua

conversando enquanto aguardamos pela chegada da gestante e ele começa a relatar que ela (a gestante) é sua nora, é casada com “seu piá” e que eles não moram ali, que ele comprou um apartamento para o casal. Mas agora, que ela está no final da gestação, achou melhor que ela ficasse ali com eles.

O sogro de Amarílis comenta que na noite anterior, levou uma vizinha até um hospital em Porto Alegre e que ficou maravilhado com o atendimento do hospital. A vizinha que está gestante, e não tão no final que nem a nora, já ficou “abaixada” e que em relação a nora dele, o hospital de Alvorada não tá dando importância.

A ACS comenta que o bebê de Amarílis ainda não está no momento de nascer, que ela ainda pode aguardar mais um pouquinho, ao que o sogro não concorda. Rebate a colocação da ACS dizendo que “acha que tem que ganhar já esse nenê!”

E ele continua comentando que antes dessa gestão atual (lembrando que é a mesma gestão que está na Prefeitura desde 2017 – foram reeleitos prefeito, vice e cargo de secretária da saúde continuam os mesmos) “não tá fazendo nada”! Salienta [...] que antigamente o hospital da Alvorada era bom, mas agora tá muito ruim, nem dão atenção pras pessoas que chegam lá [...]. Inevitável, nesse caso, perceber uma conexão entre um *sistema* que não responde às necessidades das pessoas, a sensação de descuido que se expressa nas falas e a desconfiança que se estabelece nas relações diretas entre profissionais e usuários que, muitas vezes, produz desencontros em relação aos procedimentos e, sobretudo, déficits relevantes na integralidade do cuidado.

Observar os gestuais das pessoas que convivem com a gestante, que fazem com que o lugar que ela vive seja composto por essas pessoas também, pelo pensamento delas e o quanto de influência essas pessoas do convívio familiar podem ser exercer nas atitudes e opiniões que Amarílis pode ter sobre sua gestação, sobre o atendimento que ela está recebendo durante o pré-natal ou que poderá receber na maternidade. Depois da entrevista com a gestante, esses movimentos parecem compor um cenário que está em movimento, que tem vida, respira e se traduz em algumas das falas de Amarílis.

Essa sensação de estar no território, no campo da pesquisa e em especial, no pátio da casa dessa gestante, aguardando por sua chegada, só é possível porque não estou realizando a entrevista em uma sala na unidade de saúde. Dessa forma, estar sentada em cadeiras de praia, na calçada da casa da gestante, produz oportunizar experiências que não seriam as mesmas produzidas em uma entrevista na unidade de saúde, ainda que em uma sala

reservada. Talvez a gestante não conversasse sobre seus medos, por exemplo o medo de não ter acompanhante durante a consulta ou a realização do exame, se ela estivesse em um ambiente que não lhe ofertasse segurança. Conversar com Amarílis na casa em que ela estava residindo, mesmo sendo na calçada, pode ter proporcionado a ela uma sensação de segurança maior, talvez um sentimento de estar mais protegida porque estava em casa, junto aos seus familiares e não na unidade de saúde, em que estaria entre profissionais de saúde.

À pesquisadora, produziu a sensação de que o território tem, para a integralidade do cuidado, evidências cotidianas fundamentais.

5 SOBRE AS MULHERES SUJEITAS DA PESQUISA

*“E dei a elas nomes de flores
Porque também nasceram
Para colorir com seus diferentes tons de pele
A ideologia branca do mundo “*
(Nardély Ilha, meu companheiro para a vida)

As protagonistas dessa pesquisa, mulheres negras, pardas, indígenas e brancas são nossas participantes da pesquisa. As gestantes e as não mais gestantes, todas as que participaram dessa pesquisa seja concedendo entrevista, seja como equipe de apoio para que a pesquisa pudesse acontecer, figuram nesses textos de maneiras diversas. Grada Kilomba (2018) nos diz que as mulheres negras quando escrevem, deixam de ser objeto de pesquisa para serem as *sujeitas*, aquelas que fazem a pesquisa, que produzem o conhecimento. Nessa escrita, que também é sobre mulheres negras, feita por uma mulher negra, apresentarei para vocês as mulheres que participaram do estudo. Se o papel delas nos protocolos éticos da pesquisa é de *participantes*, nessa pesquisa sua participação foi especial: constituíram o corpo do conhecimento e, tal qual um broto rizomático, geraram derivações do corpo da pesquisadora. Por isso as designo por *sujeitas*.

Foram realizadas 8 entrevistas ao todo, entretanto, para a responder ao objetivo geral da pesquisa, usaremos 7 entrevistas. Em relação à declaração da cor da pele, tivemos três mulheres que se autodeclaravam pretas, uma indígena, uma parda e duas que se autodeclaravam brancas. Quanto à renda, as mulheres ficaram com média de renda mensal declarada de até R\$ 2.090,00 (dois mil e noventa reais). As idades variaram de 20 anos até 38, sendo a média de idade de 29 anos.

As mulheres entrevistadas tinham profissões diversificadas e três gestantes declararam que no momento estavam trabalhando em casa, sem vínculo empregatício formal com qualquer instituição. Duas de nossas mulheres gestantes estão na primeira gestação e as outras cinco já tiveram filhos anteriormente. Elas estão em diferentes períodos gestacionais, algumas iniciando e outras finalizando a gestação. Uma das mulheres faz as consultas de pré-natal na rede privada de saúde e nessas consultas é a médica que a atende. As gestantes que fazem consulta na UBS, geralmente fazem as consultas alternadas com médico(a) e

enfermeiro(a). A gestante que necessita de acompanhamento hospitalar (pré-natal de alto risco) tem suas consultas realizadas com o médico do hospital.

Das mulheres que gestam ou gestaram e concederam as entrevistas, relatarei aqui algumas características que fazem com que cada uma seja especial. Por questões de ética, seus nomes verdadeiros foram omitidos e assim, no sentido de homenageá-las, considereei cada uma delas como uma flor, que com sua beleza única, maravilharam o jardim da escrita dessa dissertação.

5.1 Petúnia

É mulher negra, mãe de dois meninos, mulher forte, determinada, trabalhadora na área de comunicação. Concedeu-me a entrevista na casa dela, em uma manhã chuvosa de janeiro de 2021. Foi um dos relatos mais importantes sobre estar gestante na vivência de uma mulher negra. Por ter se tratado de uma conversa muito potente, dedicarei um capítulo desse texto para que se possa conhecer um pouco dessa trajetória.

5.2 Tulipa

É mulher negra, mãe de um menino e deseja que nessa segunda gestação venha uma menina. Não está muito certa, mas acredita que esteja mais ou menos com 12 semanas gestacionais, ainda vai confirmar na próxima consulta do pré-natal. No momento, está trabalhando sem vínculo empregatício.

5.3 Magnólia

É mulher branca, mãe de dois meninos, um ainda na barriga. Pretende continuar trabalhando até os últimos dias da gestação, é empresária, está com 38 semanas gestacionais.

5.4 Hortênci

É mulher parda, mãe de um menino e ainda não sabe se menina ou menino que está na barriga, com quase 16 semanas de gestação. Atualmente, não está mais trabalhando fora de casa. É muito delicada e demonstra suavidade em sua fala.

5.5 Jasmim

É uma jovem mulher, autodeclarada indígena, aguardando ansiosamente a chegada do seu menino. Está na primeira gestação, com 28 semanas gestacionais e quer muito saber com quem seu menino será parecido fisicamente, se com ela ou com o pai. Por conta da gestação, está trabalhando em casa.

5.6 Amarílis

É uma jovem mulher branca que aguarda a chegada do seu primeiro bebê. No dia da entrevista, estava com 40 semanas gestacionais. Trabalhava com educação infantil até precisar se licenciar por conta da gestação.

5.7 Camélia

É uma mulher negra, mãe de uma menina, está na segunda gestação, na 12ª semana de gravidez. Microempresária, pretende continuar trabalhando enquanto a gestação transcorre bem tranquila.

As sujeitas descritas acima colaboraram na construção dessa dissertação, trazendo suas falas sobre cuidado, integralidade de atenção, gestação, racismo e outros acontecimentos. Trouxeram suas percepções sobre o que consideram ser bom profissional de saúde, sobre pertencer ao local e fazer desse pertencimento uma boa relação com os profissionais da unidade de saúde e, também, apontaram falhas que consideram importantes que sejam corrigidas para melhorar os atendimentos.

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO SOBRE OS DADOS PRODUZIDOS

6.1 Estabelecendo as categorias para a interpretação dos dados

Inicialmente, quando começamos a elaborar o roteiro para a entrevista semiestruturada parte de nosso roteiro incluía perguntas sobre realizar tratamento odontológico na gestação e por experiência de pesquisa anterior que eu já havia realizado com gestantes (FERREIRA; ESTEVES; ESTEVES, 2020), havia a hipótese de que apareceriam nas falas dessas mulheres o medo de realizar tratamento odontológico durante a gravidez. E de fato, a hipótese foi corroborada em mais de uma conversa, sendo que, entretanto, a constatação não excluiu contextos com singularidades. O elemento surpresa encontrado foi o medo em relação à pandemia do COVID-19.

Quando estabeleci o roteiro da entrevista semiestruturada, já estávamos vivenciando a pandemia da COVID-19. Entretanto, não incluí questões relacionadas à pandemia e na medida em que as conversas com as gestantes aconteciam, o medo relacionado à COVID-19 com diferentes aspectos foi se manifestando, às vezes como o medo de contrair a doença, passando pelo medo de ter que realizar consultas nos hospitais e deparar-se com os doentes por COVID-19, medo por ter que consultar na unidade de saúde sem acompanhante, até chegar no momento de não poder ter um acompanhante para os momentos que antecedem e durante o parto.

Então, como parte do nosso roteiro da entrevista tínhamos questões sobre tratamento odontológico durante a gestação, o medo foi uma das constantes que marcou as respostas. A partir do surgimento desse fato novo, o medo relacionado à COVID-19 nas respostas das mulheres, foram construídas as Categorias Temáticas (CT) e Categorias Empíricas (CE) relacionando o sentimento medo como o disparador da construção categórica. De maneira similar, construímos as outras categorias que foram utilizadas para a análise, classificando em empíricas e temáticas, a partir das respostas das entrevistas.

Os instrumentos para a produção dos dados dessa pesquisa foram o questionário de identificação sociodemográfica, entrevistas com roteiro semiestruturado e anotações no caderno de campo.

Para a realização do tratamento desses dados, construímos categorias teóricas e empíricas. A classificação dessas categorias construídas para o tratamento dos dados qualitativos pode ser vista no quadro 3.

Quadro 3: Categorias Teóricas e Categorias Empíricas

CATEGORIAS TEÓRICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS
1. Medos, crenças e mitos sobre atendimento odontológico nas falas das gestantes.	1. Medo em diversas situações: COVID-19 estabelecendo medo de não ter acompanhante.
2. Orientação para cuidados com saúde bucal e a importância da saúde bucal no pré-natal	2. Os profissionais de saúde que acompanham o pré-natal
3. Racismo institucional	

Fonte: Autoria própria, 2021.

6.2 Perfil sociodemográfico das mulheres

Quanto ao perfil sociodemográfico, os resultados apontaram que mais de 50% das gestantes haviam finalizado o ensino médio e apresentava renda mensal de até R\$ 2.090,00 reais. Foram entrevistadas 4 mulheres negras (pretas e pardas), 1 mulher indígena e 2 mulheres brancas. A média de idade das participantes foi de 29 anos, com a idade mínima de 20 anos e máxima de 38 anos. No momento da entrevista, 4 gestantes estavam na 2ª gestação e 3 mulheres desempenhavam funções domésticas, não remuneradas, sem vínculo empregatício. Em relação a realizar o pré-natal no Sistema Único de Saúde, 6 consultavam nas unidades de saúde próximas à sua residência e desse percentual, todas realizavam consultas alternadas com médica/o e enfermeira/o. No momento da realização da entrevista, 2 das gestantes encontravam-se no terceiro trimestre gestacional. As características das mulheres entrevistadas podem ser visualizadas na tabela 1 com o perfil sociodemográfico das entrevistadas.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das gestantes

	Entrevistada 1	Entrevistada 2	Entrevistada 3	Entrevistada 4	Entrevistada 5	Entrevistada 6	Entrevistada 7
Número de gestações	2ª	3ª	2ª	2ª	1ª	2ª	1ª
período gestacional atual	15 semanas	38 semanas	12 semanas	Puérpera	28 semanas	8 semanas	40 semanas
Idade (anos)	31 anos	38 anos	29 anos	28 anos	26 anos	31 anos	20 anos
Cor	Parda	Branca	Preta	Preta	Indígena	Preta	branca
Escolaridade	Ens. Médio completo	Ensino Superior compl.	Ens. Fundam. completo	Ens. Médio Completo	Ens. Médio completo	Ens. Médio completo	Ens. Médio completo
Ocupação	Do lar	Empresária	Do lar	Assessora de comunicação	Do lar	MEI/costureira	Educ. Infantil
Renda média mensal	De R\$ 1.045,00	De R\$ 1.045,00	De R\$ 1.045,00	De R\$ 1.045,00	De R\$ 1.045,00	De R\$ 1.045,00	De R\$ 1.045,00
	A	A	A	A	A	A	A
	R\$ 2.090,00	R\$ 2.090,00	R\$2.090,00	R\$ 2.090,00	R\$ 2.090,00	R\$ 2.090,00	R\$ 2.090,00
Com quem é a consulta	Médico e enfermeira	Só com médico	Só com médico	Médico e Enfermeira	Médica e enfermeiro	Médica e enfermeiro	Médica e enfermeiro
Onde faz as consultas ?	UBS	Privado	UBS e hospital	UBS e hospital	UBS	UBS	UBS

Fonte: Autoria própria, 2021.

Em relação ao local e data em que foram realizadas as entrevistas, momentos em que foram adotadas as precauções necessárias para evitar contaminação pelo Coronavírus: distanciamento físico, uso de máscaras faciais adequadas e uso de álcool 70% em gel para higienização de mãos e desinfecção de canetas utilizadas no preenchimento dos dados das entrevistadas, 6 entrevistas foram realizadas na calçada em frente à residência das mulheres e 1 entrevista realizada no escritório onde a gestante realiza suas atividades laborais. As datas e locais podem ser visualizados na tabela abaixo.

Tabela 2 - Local e data onde foram realizadas as entrevistas

Entrevistada	Local em que foi realizada a entrevista	Data de realização da entrevista
Hortênsia	calçada em frente à residência	26 de dezembro de 2020
Petúnia	calçada em frente à residência	12 de janeiro de 2021
Tulipa	calçada em frente à residência	20 de janeiro de 2021
Magnólia	calçada em frente à residência	20 de janeiro de 2021
Jasmim	calçada em frente à residência	26 de janeiro de 2021
Camélia	calçada em frente ao local de trabalho	12 de fevereiro de 2021
Amarílis	calçada em frente à residência	12 de fevereiro de 2021

Fonte: Autoria própria, 2021.

6.3 Analisando os dados de acordo com as categorias construídas

A partir da interpretação dos dados coletados através das entrevistas e análise do caderno de campo, foram construídas as categorias teóricas e empíricas. A seguir, a apresentação dessas.

6.3.1 Categorias teóricas

Através dos relatos densos e intensos das mulheres entrevistadas, após a leitura das entrevistas realizadas e análise do material do caderno de campo, de acordo com Minayo (2012) foram construídas as categorias teóricas que serão descritas a seguir.

6.3.1.1 Medos, crenças e mitos sobre atendimento odontológico nas falas das gestantes

De acordo com o Dicionário online de português (DICIO, 2021), o medo é descrito como estado emocional provocado pela consciência que se tem diante do perigo; aquilo que provoca essa consciência. Resultados de pesquisas realizadas com gestantes apontam o medo de realizar tratamento odontológico com anestesia, de submeter-se a extração dentária, de realizar exame radiográfico como motivos de não adesão da gestante ao tratamento odontológico (SILVEIRA; ABRAHAM; FERNANDES, 2016; MOIMAZ *et al.*, 2010).

Com as mulheres entrevistadas, encontramos o sentimento medo quando o assunto tratava de anestesia dentária, da realização de alguns procedimentos odontológicos e de realizar radiografias dentárias. Abaixo, a fala de Tulipa quando relatou que estava realizando consulta de acompanhamento do pré-natal no hospital

[...] olha eu tive um problema na primeira gravidez, eu tive um problema e eu não pude tratar... e eu tinha muito medo de anestesia, não vou mentir...eu acho que não posso, né? tomar anestesia? Porque tô gestante...[...]

E Jasmim, quando respondeu à pergunta se teria algum procedimento dentro do tratamento dentário que ela por estar gestante não poderia fazer, nos responde

Acho que talvez, não sei se... acho que a anestesia talvez... a gente não poderia, mas acho que qualquer outra coisa a gente poderia fazer. De limpeza... né? Essas coisas assim ...essa função de quando tu tem alguma coisa de cárie...alguma coisa prá tirar, quando põe aquelas massinhas..., se tem algum dente quebrado[...]

Quando perguntei à Hortênsia se ela achava que por estar gestante teria algum tratamento dentário que ela não poderia fazer, ela respondeu assim:

[...] que eu não posso fazer? ...pois é eu tenho um tratamento de canal para fazer, que eu já ia começar a fazer, mas aí quando eu descobri que tava grávida eu fiquei com medo de fazer o tratamento de canal... Ah...aí eles falaram que não tem problema... até eu esqueci de perguntar para o médico na última consulta ...mas eu não sei... se posso fazer...eu não sei se mesmo ele falando que eu posso fazer eu vou fazer...eu acho que não, que não vou fazer!

Em relação ao medo de se submeter ao tratamento odontológico com uso de anestesia dentária, resultados da pesquisa de Ferreira, Esteves & Esteves (2020) realizada com gestantes que estavam em atendimento de pré-natal em uma unidade básica de saúde no município de Alvorada/RS, revelaram que 54,5% das gestantes achavam que não poderiam realizar tratamento Odontológico utilizando anestesia dentária.

Também em consonância com esses resultados, a pesquisa de Sabrina Kohlrausch (2019), que realizou entrevista com 16 gestantes usuárias de uma unidade de saúde em Pelotas/RS, constatou que 37% das gestantes que não procuraram atendimento odontológico e dessas, 13% não o fizeram por medo da anestesia dentária (KOHLRAUSCH, 2019).

As autoras Lenita Wanmacher e Maria Beatriz Cardoso Ferreira (2013) nos asseguram a segurança quanto ao uso de anestésicos locais com vasoconstritores em Odontologia, sendo a Lidocaína a 2% com vasoconstritor o anestésico de escolha para uso em gestantes em tratamento odontológico. Entretanto, nem sempre a cultura científica e tecnológica se espalha nos territórios de vida e produção de saúde das pessoas e, muitas vezes, mitos e medos se constroem a partir de informações sincréticas entre a cultura local, explicações insuficientes nos contatos com trabalhadores dos serviços e, mesmo, notícias falsas que se disseminam por diferentes meios.

No final da entrevista, a pesquisadora esclareceu às gestantes sobre a segurança do uso de anestesia dentária durante o tratamento odontológico, bem como a segurança de realizar radiografias. Embora não se tratasse de pesquisa do tipo intervenção, essa pareceu a postura ética necessária, uma vez que se tratava de uma mulher, mãe, odontóloga e negra, que foi mobilizada na cena do trabalho empírico juntamente com a pesquisadora. Também esclareceu sobre os benefícios para a gestante em manter sua saúde bucal como uma das maneiras de pensar na saúde do seu bebê. A pesquisadora fez a opção de responder às dúvidas que elas apresentaram, depois de finalizar o roteiro que havia estabelecido. Essa decisão foi baseada no pressuposto de que se fosse interrompida a fala para explicar sobre anestésias, tomadas radiográficas e outros procedimentos odontológicos, poderia gerar interferência nas respostas para as perguntas que ainda não haviam sido feitas.

6.3.1.2 Orientação para cuidados com saúde bucal e a importância da saúde bucal no pré-natal

Os cuidados com saúde bucal são parte integrante dos cuidados com a saúde. Diamantino (2013) nos diz que o atendimento odontológico durante a gestação ainda é bastante controverso, em parte por medos e crenças trazidas pelas gestantes e, por outro lado, alguns profissionais da Odontologia não se sentem seguros em realizar atendimentos durante esse período (DIAMANTINO, 2013). Em pesquisa realizada com gestantes, os autores concluíram que, entre os motivos que podem contribuir para que o tratamento odontológico não seja realizado durante a gestação, encontram-se o medo e a ansiedade das gestantes (ASSUNÇÃO; MIGUEL, 2015).

As falas das mulheres entrevistadas nos mostram que cuidar da saúde bucal na gestação passa por condições que são determinadas muito antes pelas relações de poder que são estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários de saúde.

Quando perguntada se, durante o pré-natal, algum profissional de saúde a teria orientado para procurar a equipe de Odontologia, vemos a fala de Tulipa quando em consulta com a médica no hospital (pois foi encaminhada para o acompanhamento de pré-natal de alto risco) e relata que estava com dor de dente “[...] olha...eu tive um problema na primeira gravidez...né...por falta de cálcio eu queria fazer um tratamento e eu não pude...pelo fato do motivo de eu tá grávida...foi o que a obstetra do hospital me explicou!”

A gestante revela que seu conhecimento em relação aos problemas dentários que está enfrentando é devido à falta de cálcio. E provavelmente esse conhecimento foi constituído por crenças como essa ou falas semelhantes à que ouviu da profissional de saúde. Em pesquisa realizada com gestantes no município de Alvorada/RS, foram evidenciados nos resultados que 13,6% das gestantes entrevistadas acreditavam que durante a gestação sairia cálcio dos seus dentes para formar ossos e dentes do seu bebê (FERREIRA, ESTEVES; ESTEVES, 2020).

Essa crença não encontra fundamentação científica, uma vez que o cálcio necessário para a formação e desenvolvimento do bebê é o que a gestante ingere através da dieta, bem como o cálcio que circula no sangue, sendo de importância a dieta rica em vitaminas A, C e D, cálcio, proteínas e fósforo durante os primeiros e segundo trimestres gestacionais. Neste período, os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Ao ser entrevistada, Amarílis, que no dia em que concedeu a entrevista já se encontrava no final da gestação, foi perguntado se durante as consultas de acompanhamento do pré-natal, o médico ou a enfermeira a teriam orientado sobre saúde bucal. Ela nos

responde: “Olha, eu consulto desde a 7ª semana, porque eu descobri bem cedo ... e não, ninguém me falou de dentista... É que ficou um bom tempo sem dentista ali no postinho, né? Quando eu comecei não tinha dentista, né?”

E, na continuidade da conversa com Amarílis, explicando que sim, no início da gestação dela não havia dentista na unidade de saúde, mas que depois, a partir de setembro de 2020, já havia atendimentos em odontologia na unidade de saúde em que ela estava sendo atendida. Ao ser questionada sobre ter sido encaminhada para a equipe de odontologia da unidade, mesmo depois de ter dentista na unidade de saúde, nas consultas de acompanhamento do pré-natal, se ela havia sido orientada que poderia realizar uma consulta odontológica, ela responde que não e que não sabia que já tinha dentista atendendo, que essa informação não foi dada a ela, nem aos seus familiares. Os desencontros entre as orientações preconizadas nas rotinas de pré-natal e a atenção oferecida às gestantes podem ter o efeito de consolidar crenças e mitos que afetam a qualidade do cuidado e produzem artefatos na cultura sobre a gestação.

Em outra entrevista, Camélia não lembra de ter sido encaminhada para a equipe de Odontologia durante sua primeira gestação e justifica o esquecimento pelo fato de ter acontecido há 8 anos atrás. Na gestação atual, demonstra preocupação por não ter dentista na unidade de saúde em que realiza as consultas de acompanhamento, como revela no trecho a seguir: “[...] eu acho que sim, que me disseram para ir ao dentista, mas não lembro. Da outra, da minha menina que faz 8 anos, não lembro (risadas) ... e agora, nessa gestação não tem meios por enquanto... né? não tem dentista no posto!”

Camélia se refere ao fato de não ter dentista na unidade de saúde em que ela está realizando as consultas. Na UBS em que Camélia realiza seu pré-natal, efetivamente houve descontinuidade na equipe de saúde bucal, com a transferência da profissional que atuava na mesma e a não substituição da mesma. Dessa maneira, a comunidade daquele bairro ficou desassistida em relação à Odontologia, provavelmente dependendo de encaminhamentos para outras unidades de saúde, associada à necessidade de ações específicas. Entretanto, a descontinuidade na oferta de saúde bucal gera transtornos e, ao que nos indica o depoimento, não há uma rotina de facilitar o acesso ao serviço de referência, o que se torna, por si só, um artefato na compreensão das mulheres, consolidando ideias e crenças não fundamentadas na técnica e na qualidade do cuidado.

A falta de profissionais em unidades de saúde também foi relatada em estudo realizado na cidade de Rio Branco/AC, avaliando a cobertura de atendimentos odontológicos na Estratégia Saúde da Família, as autoras concluíram que, pelo fato de ter número de profissionais odontólogos reduzidos, isso contribui para que a taxa de cobertura de primeira consulta odontológica no pré-natal fique situada aquém das metas propostas nos protocolos (OLIVEIRA, *et al.*, 2020).

Hortênsia quando nos fala sobre as consultas alternadas com o médico e enfermeira na unidade em que é atendida, que não recebeu orientações sobre cuidados com saúde bucal.

Jasmim também comenta que durante suas consultas não foi falado sobre saúde bucal, nem orientada a consultar com dentista, por nenhum dos profissionais que a atendem.

No estudo em que as autoras discutiam a importância da educação em saúde como promoção de saúde bucal no período gestacional (REIS *et al.*, 2020, p. 269), consideraram não existir atendimento odontológico com integralidade no pré-natal. Além de crenças e mitos sobre a realização do tratamento odontológico durante a gestação como potencial causa de danos ao bebê, as autoras ponderam que em alguns locais, ainda é dificultado o acesso da população ao atendimento odontológico.

Os relatos analisados acima foram de gestantes que estavam em acompanhamento do pré-natal no Sistema Único de Saúde. Entretanto, a entrevista com Magnólia, que estava realizando o acompanhamento do pré-natal na rede privada de saúde, com as consultas sendo feitas com uma médica obstetra, apresentou respostas convergentes. Perguntada se ela havia sido orientada a consultar com o/a dentista ou se a obstetra havia, em alguma consulta, falado sobre saúde bucal, a fala da gestante revela que: “[...] não é conversado ...pela médica assim não...se tu não chegar com a dúvida... eu acho que é uma coisa que passa batido... é ...passa batido... porque é uma coisa que elas não te orientam ... não te esclarecem e nem.... tipo ...é desconhecido!”

A literatura corrobora com a importância do cuidado odontológico no pré-natal e reforça a constatação de que esse está colocado na parte inferior de uma escala de prioridades, que se centra na condição do feto e não na saúde da mãe. No estudo realizado no município de Alfenas/MG, que entrevistou 100 gestantes em acompanhamento no pré-natal em instituições privadas e no SUS, ficou evidenciado que gestantes consultadas por ginecologistas não receberam orientações sobre saúde bucal (COSTA *et al.*, 2012).

A gestante ainda é vista como um útero que gesta um outro ser humano, mas que outros componentes de seu corpo não ocupam o mesmo patamar de importância que àquele ocupado pela cavidade uterina. E o que aparece nas falas das mulheres entrevistadas é que não sendo tratado como assunto de importância pelos profissionais que acompanham o pré-natal, durante as consultas, as orientações quanto à saúde bucal dela e ou do seu bebê não fazem parte da consulta.

A oferta insuficiente de ações de saúde no pré-natal interfere duplamente na dimensão da integralidade da atenção. De um lado, restringe o acesso a procedimentos que constituem o direito à saúde das mulheres, que inclui a integralidade da atenção, sobretudo em relação aos procedimentos e ações previstas nos protocolos e, portanto, já normatizadas para os serviços (MATTOS, 2004). De outro lado, as condições de acesso e as ações educativas alocadas no procedimento do cuidado ou sonegadas às mulheres compõem um efeito pedagógico das ações e da própria política de saúde (FERLA *et al.*, 2020) consolidando uma dimensão antropológica, associada às condições em que o feminino se expressa na cultura e nas relações, uma dimensão metodológica, sobre as formas de acesso e de organização do cuidado, e uma dimensão teleológica, em que se expressam as concepções de mundo e das formas de circulação. Portanto, restrições de acesso e qualidade, além de fragmentarem o cuidado, também deprimem a integralidade na medida em que contribuem para a objetualização da mulher, sobretudo quando se trata de mulheres em condição de vulnerabilidade nas periferias urbanas e/ou já marcadas por outras condições de violência e preconceito.

Vimos nessa categoria temática, corroborada pela literatura, que a importância da saúde bucal no pré-natal parece ser fortemente prejudicada pelas condutas de não orientação à gestante para a realização da consulta odontológica em alguns casos (COSTA *et al.*, 2012); em outros, as gestantes carregam crenças, medos e mitos, fortemente arraigados em suas culturas, que realizar procedimentos odontológicos durante a gestação pode trazer prejuízos para o bebê (FERREIRA; ESTEVES; ESTEVES, 2020). E, também, temos a união desses dois fatores, o desconhecimento dos profissionais de saúde da importância da saúde bucal da mãe, como componente da saúde bucal do bebê, revelado pelo não encaminhamento da gestante ao atendimento odontológico.

E o que aparece nas falas das mulheres entrevistadas é que não sendo tratado como assunto de importância pelo médico ou pela enfermeira durante as consultas de

acompanhamento, as orientações quanto à saúde bucal dela e ou do seu bebê não fazem parte da consulta.

6.3.1.3 Racismo

Essa é uma pesquisa realizada por uma mulher negra e absolutamente necessário que o capítulo sobre o tema racismo seja aqui incluído, sendo o tema principal atravessado pela pele da pesquisadora, seja porque as entrevistadas negras (pretas e pardas) também fizeram relato de situações de violência racial das quais foram vítimas, seja porque o racismo estrutural que fundamenta as relações sociais nesse país está presente e não pode ser invisibilizado, acobertado. Vítimas é o termo a ser utilizado, pois estamos tratando de crimes. Racismo é crime e como estabelecido em lei, deve ser denunciado.

Dessa forma, quando falamos em racismo na saúde, estamos trazendo que instituições que ofertam cuidados em saúde praticam atitudes racistas. A médica Jurema Werneck (2016) vai nos trazer que o racismo institucional “possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se a dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais”. (WERNECK, 2016. p. 541).

A partir da filiação a algumas autoras e autores negros, trago alguns conceitos como esse em que racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou privilégios a indivíduos a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2019, p. 32).

O antropólogo congolês Kabengele Munanga vai nos trazer que o conceito de racismo está carregado de ideologia e como é característica das ideologias manter, não aparente, uma relação de poder e de dominação. De acordo com o autor,

o racismo seria teoricamente uma ideologia essencialista que postula a divisão da humanidade em grandes grupos chamados raças contrastadas que têm características físicas hereditárias comuns, sendo estas últimas suportes das características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas e se situam numa escala de valores desiguais (MUNANGA, 2003, [p. 17].).

Conceitos estabelecidos, passemos então ao segundo ponto da discussão em que abordaremos o racismo institucional.

Para descrever a categoria que foi criada no tratamento dos dados coletados é preciso retomar o conceito de Racismo institucional, de acordo com Silvio Almeida (2019), é o resultado do funcionamento das instituições que passam a atuar em uma dinâmica que confere ainda que indiretamente, desvantagens, privilégios com base na raça (ALMEIDA, 2019, p. 37).

Dessa forma, quando falamos em racismo na saúde, estamos trazendo que instituições que ofertam cuidados em saúde praticam atitudes racistas. A médica Jurema Werneck (2016) vai nos trazer que o racismo institucional “possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se a dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais”. (WERNECK, 2016, p. 541).

a) Racismo institucional e saúde: a violência obstétrica contra mulheres negras

Nesse capítulo tratarei do conteúdo revelado pela gestante Petúnia, que descreveu na entrevista, cenas de violência obstétrica vivenciadas durante o pré-natal, parto e pós-parto. Como ela foi a única das mulheres que foi entrevistada já no puerpério, pois seu bebê nasceu no dia em que estava marcada sua entrevista fazendo com que tivéssemos que interromper o planejamento, teremos o relato também das situações ocorridas na maternidade. Fizemos a opção de conversar com Petúnia, pois havia uma hipótese de que seu relato da vivência da gestação e parto poderiam ser muito ricos à pesquisa. E tivemos a hipótese corroborada com sua densa e impactante entrevista.

Também será tratado nesse capítulo, o relato feito pela gestante Tulipa, que na primeira gestação, em atendimento no hospital da cidade em que reside, foi vítima de ofensas racistas.

b) Racismo e violência obstétrica: o caso de Tulipa

E nesse capítulo, uma das entrevistadas, Tulipa, nos revela que, na primeira gestação, quando estava aguardando para uma consulta de acompanhamento do pré-natal de alto risco no hospital da cidade, foi ofendida com adjetivo racista por alguém que trabalhava na instituição. Relata que não se sentiu encorajada para responder à ofensa, pois se sentiu

ameaçada como mulher negra, como gestante à espera de um atendimento, como pessoa circulando por um espaço público longe do seu território e como cidadã, na medida em que o episódio não foi tratado institucionalmente e tampouco por outras pessoas no recinto. A prática de emitir palavras ofensivas às pessoas negras e aqui em especial à mulher negra, não é desconhecida no cenário brasileiro. Expressões usadas para ofender e/ou humilhar pessoas negras, enquadram-se no que o autor Adilson Moreira nos traz como racismo recreativo sendo “uma política cultural característica de uma sociedade que formulou uma narrativa específica sobre relações raciais entre negros e brancos: a transcendência racial” (MOREIRA, 2019, p. 95).

A prática de emitir palavras ofensivas às pessoas negras e aqui em especial, à mulher negra não é desconhecida no cenário brasileiro. Injúrias raciais já foram noticiadas em eventos no Brasil e em outros países e na arena do futebol podem ser evidenciadas sem muito esforço. Em um caso noticiado na imprensa local, em 2014, um homem negro, goleiro de futebol de um time de São Paulo, jogando em uma partida de futebol no Rio Grande do Sul, contra um determinado time gaúcho, foi chamado de “macaco” por torcedores do time local. A notícia teve repercussão notória e o time gaúcho, condenado por decisão judicial, teve como pena não poder disputar outro campeonato. Embora tenha sido condenado, não admitiu que seus torcedores tivessem realizado práticas de injúria racial no estádio assumindo postura condescendente (PIRES, 2017).

A gestante também conta que estava sofrendo com dor de dente e quando relata à médica obstetra que a estava acompanhando no pré-natal, ouviu a seguinte resposta: “[...] Tu tá gestante e não posso fazer nada! Tu tá assim, com dor de dente porque está com diminuição de cálcio. E não pode fazer RX, nem tomar anestésias!”

A violência obstétrica, cujo conceito ainda está em formação, mas que poderíamos trazer aqui com as seguintes palavras das autoras D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002, p. 1681) como sendo a violência contra mulheres nas instituições de saúde e classificam essa violência em negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro).

Também relatam violência obstétrica, um estudo realizado com 555 gestantes que visitaram a exposição *Sentidos do Nascer*, as autoras Lansky *et al.* (2019) concluem que a

violência obstétrica está associada a práticas assistenciais obsoletas e se concentra na população de menor renda (LANSKY *et al.*, 2019, p. 2821).

A situação de violência obstétrica revela que, além de ter sido negado à gestante o direito de ter sido encaminhada para o serviço de Odontologia, em que ela poderia ter tido atendimento para aliviar as dores relacionadas aos dentes, ainda recebeu informações que não encontram suporte científico. Interessante observar que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2014). Que atenda às suas necessidades, para compor a diretriz de integralidade da atenção. E, no caso de condições de vulnerabilização, também à equalização dos efeitos que produzem sobre a sua condição de cidadania. O preconceito racial, naturalizado nas instituições e no cotidiano, gera, ao contrário, a agudização da iniquidade e efeitos negativos sobre a produção da saúde.

Diferentemente das orientações recebidas, no contexto da violência obstétrica, a literatura aponta que aqueles procedimentos podem ser realizados mediante condições de segurança que precisam estar disponíveis em todos os serviços. Quanto à realização de imagens radiográficas com uso de equipamentos de proteção individual como protetor de tireóide, avental de chumbo e filmes radiográficos ultrarrápidos (CODATO *et al.*, 2011) podem ser executadas, preferencialmente a partir do segundo trimestre gestacional. Em relação ao uso de anestésias dentárias durante a gestação, além de ser seguro, proporcionarão tratamento dentário com maior conforto à gestante (WANNMACHER; FERREIRA, 2013).

c) Racismo e violência obstétrica: o caso de Petúnia

E outra mulher negra, Petúnia, durante sua entrevista, fez diversos relatos de situações de violência obstétrica, acontecidos desde a gestação, enquanto acompanhava o pré-natal em mais de uma unidade de saúde do SUS. Os relatos de Petúnia são muito densos e por tamanha densidade, serão transcritos daqui em diante como uma história de uma mulher negra gestante, acompanhando o pré-natal e as situações de violências obstétricas vivenciadas. Também evidenciarão o racismo institucional como um dos componentes da violência obstétrica, que tem as mulheres negras como vítimas.

Petúnia declara que ao saber da confirmação da gestação através dos exames realizados, decide ir até a unidade de saúde próxima a sua residência para agendar as

consultas de acompanhamento do pré-natal. Ao chegar na unidade, tem primeira consulta agendada para o enfermeiro. Essa consulta transcorre de maneira bem tranquila, ela recebe as orientações sobre o acompanhamento do pré-natal e encaminhada para agendar a segunda consulta. Ao finalizar a segunda consulta é novamente orientada a agendar o próximo encontro. Não sendo orientada porque não estava realizando consulta com o médico da unidade, decide perguntar à recepcionista da unidade “tu sabes me dizer quando o médico vai vir? Eu preciso de atendimento com o médico! Até quando eu vou consultar com o enfermeiro?”

A entrevistada conta que nesse momento o enfermeiro da unidade pede para conversar com ela, explica que a unidade está sem médico até aquele momento. Para a surpresa de Petúnia, o tratamento que recebeu foi muito gentil, diferente da forma com que ela percebia que outros usuários eram tratados pelo mesmo profissional, que ao fazerem algum tipo de questionamento, eram orientados a procurar a ouvidoria da cidade.

Em alguns dias depois dessa conversa, ela é surpreendida com a notícia de que estava sendo veiculada a informação de que ela, Petúnia, havia chamado o enfermeiro de velho e que por conta desse suposto comentário, o enfermeiro alegou que não a atenderia mais, relatando a um familiar de Petúnia, que também era usuária da mesma unidade de saúde. Sem entender os comentários que haviam sido feitos, Petúnia se sente ofendida pelas inverdades ditas e que estão sendo atribuídas a ela: “Aí falam para ele (enfermeiro) que eu havia falado isso do lado de fora do posto...e ele foi questionar meu parente? Eu achei isso um abuso, abuso de poder, abuso de... assédio moral e já acho que é tudo isso...”

Exausta de tantos aborrecimentos, conclui que o fato se aproxima de assédio moral e decide procurar as redes sociais para fazer um comentário. Relata que foi orientada a não tomar nenhuma atitude, que foi pedido a ela que não relatasse nas redes sociais, pois isso poderia trazer um certo prejuízo para pessoas ligadas a ela e que seria melhor, de acordo com o que foi orientada, esquecer o acontecido. Decide então, acompanhar o pré-natal em outra unidade de saúde.

É possível inferir, pelo relato de Petúnia, que os profissionais que entraram em contato com ela, enfermeiro, recepcionista e outros profissionais tiveram condutas que trouxeram prejuízos a ela e ao acompanhamento do pré-natal. Não é raro gestantes fazerem reclamações por não terem consultas com médico na unidade de saúde em que ocorreu o

fato. No entanto, as gestantes de cor branca que reclamam a ausência de médico na unidade são orientadas a procurarem o serviço de ouvidoria.

Entretanto, quando o caso envolve Petúnia, gestante negra, ela sofre ameaças; comentários são feitos como sendo ditos por ela; familiares de Petúnia recebem orientações em tons ameaçadores, relacionando de forma ofensiva que a gestante “só poderia ser aquela gestante para fazer tais comentários”!

Essas práticas de violência contra mulheres negras estão descritas na literatura, ao que a autora afro-estadunidense, Kimberlé Crenshaw (2002) cunhou o termo “Interseccionalidade”. A interpretação de que, para as mulheres negras, há um entrecruzamento de opressões, relacionadas ao gênero, raça e classe, o que as coloca em situações de maiores sofrimentos.

E continuando os relatos, em outra ocasião, Petúnia já realizando pré-natal em outra unidade de saúde, nos conta que estava aguardando sua consulta e que nesse dia, por estar demorando mais que o habitual para ser chamada para a consulta, resolve perguntar à gerente da unidade que está na recepção do local

[...] Aí eu estou esperando...uma hora esperando. Minha mãe (também mulher negra) estava comigo e nada do médico chamar... aí eu fui na recepção perguntar... e aí vem a gerente de unidade: “Ah, houve um erro, eles marcaram errado, porque hoje o médico não atende pré-natal”- disse a gerente. Aí acabou que se eu ficasse ali, tivesse ficado ali sem falar nada, eu iria ser atendida quando? [...]

De acordo com o relato de Petúnia, a gerente disse que não tinha culpa, que havia sido um erro na marcação. A gestante então pondera que erros acontecem, mas que ela estava ali, aguardando pela consulta e ficaria aguardando por tempo indeterminado se não tivesse ido perguntar. A resposta institucional relatada pela gestante não deixa dúvidas sobre a condição de racismo e, no caso específico, de violência no cuidado de pré-natal:

A gerente disse que se ficasse assim complicando, reclamando, depois o bebê não vai ter atendimento. Eu perguntei, incrédula com o que estava acontecendo: tu tá me fazendo uma ameaça? É isso? Tu tá dizendo que meu bebê não vai ter atendimento? [...]

Petúnia nos revela que a gerente, ao perceber o tom de voz e a indignação na fala da gestante, recua do discurso, tentando minimizar o acontecido, dizendo que se tratava de um engano e que o bebê teria vínculo com o serviço. Não se trata, evidentemente, de um simples ruído de comunicação, mas do uso ostensivo da condição de poder institucional para produzir constrangimento à usuária, mulher pobre, negra e gestante no atendimento de pré-natal.

Repete-se aqui a dupla quebra do direito à integralidade na atenção à saúde no pré-natal: pelo déficit de acesso e qualidade às ações preconizadas e pelo efeito pedagógica de negação da condição de cidadania, de detentora de direitos aos cuidados e de portadora de projetos de futuro com mais equidade e justiça.

[...] isso que tu estás fazendo, está complicando, vai complicar o atendimento do teu bebê. O profissional NÃO VAI TER UM VÍNCULO com teu bebê!! Ela estava me dizendo que o profissional não teria um vínculo com meu bebê!!! Como assim, não vai ter vínculo? Vocês são obrigados a atender, eu disse! Tu pode não querer me atender, porque tivemos um desentendimento, mas outro médico vai ter que atender! Como assim? Isso é uma ameaça que tu está me fazendo?

Na atitude da profissional da recepção dessa unidade de saúde, podemos evidenciar a violência obstétrica cometida contra Petúnia. As práticas de violência obstétricas contra as mulheres em qualquer fase da gestação, além de constituírem violação de direitos contribuem para desestimular a procura dos serviços pelas gestantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

E o questionamento que poderíamos fazer: “ Se essa gerente estivesse na recepção de um sistema privado de saúde, localizado em um bairro nobre da capital do Estado do Rio Grande do Sul, ela agiria dessa forma? E ainda: “ Se a gestante que estivesse questionando na recepção, fosse branca, seria o mesmo tipo de relação estabelecida?”

Talvez não tenhamos a resposta para os questionamentos, mas o que pode ser explicitamente inferido dessa situação é que profissionais de saúde praticam violência obstétrica contra mulheres gestantes. E o racismo institucional, colocando e perpetuando relações de poder nas instituições, funciona como marcador dessa prática de violência contra mulheres negras.

E continuam as situações de violência. Quando sua gestação estava completando 40 semanas, Petúnia se dirige até um hospital geral da capital do Estado do RS. Relata que já está cansada, que está preocupada com a gestação. Ela diz para o médico

[...] eu tenho medo que o bebê entre em sofrimento.. que o primeiro já tinha passado por uma coisa parecida lá, o primeiro eu ganhei no hospital XX...que ficaram naquela função de “ ganhar dilatação” ...aí eu não ganhei, aí depois foi uma cesárea de emergência e ele (o primeiro bebê) acabou tendo que ir para o balão... aí ele me disse que não, que é com 41 semanas que eles iriam fazer o parto...que é uma norma do SUS, não entendi muito, mas tudo bem.

Petúnia está manifestando sua preocupação como gestante e seu direito de ser acolhida e atendida dentro dos princípios estabelecidos em vários manuais de atendimento à

gestante, encontrados amplamente na literatura. E ouve a seguinte colocação do médico que está realizando o atendimento “olha mãezinha, se tu chegar aqui e não tiver dilatação, quando for o retorno, tu pode optar pela cesárea, que tu já vai tá no final, já passa do tempo, então tu pode optar por uma cesárea...[...].”

Petúnia retorna para uma consulta já com 41 semanas, relata que está em atendimento na emergência do hospital e que seu desejo era de que fosse feita uma cesárea. Falou que estava já no final da gestação e que o fato de ainda não haver sido decidido realizar a cesárea a estava deixando ansiosa

[...]eu fiquei muito ansiosa na gravidez...porque eu não tive dilatação na primeira gravidez, foi cesárea...eu já vinha conversando com o médico do posto que provavelmente, ele disse pra mim... que provavelmente eu não teria dilatação de novo... que seria uma cesárea...e aí a gente chega no hospital passa isso para o médico e ele diz que não, que a avaliação é deles...e que cada gravidez é diferente da outra...

Petúnia relata que falou à médica que a estava acompanhando naquela consulta, que entendia que era exaustivo estar ali no hospital, na situação de pandemia instalada, que os profissionais estavam colocando suas vidas em risco, mas que ela, gestante, não tinha culpa disso. Está se sentindo fragilizada, são várias consultas em que ela está manifestando seu desejo de que seja feita a cesárea. E ao pronunciar essas palavras, a médica a dirige o olhar para ela e fala:

Porque eu estou aqui trabalhando desde às 7h da manhã! Ao que Petúnia diz: Tá e tu tá querendo dizer o que com isso? Que eu não trabalho? Que eu não tenho mais nada para fazer? Eu tive que dizer que ela estava lá trabalhando desde às 7h da manhã e estava sendo paga para isso!! Essas coisas assim que a gente tem que ouvir...!

É possível tentar compreender que a médica poderia ter dito essa frase no sentido de que ela, médica, também estava cansada, pois a rotina da emergência de um hospital geral de grande porte, localizado na capital do Estado do Rio Grande do Sul, costuma ser estressante. Entretanto, de acordo com a gestante, o tom que foi dado a esse comentário, somado a outras falas da mesma médica, foram ofensivos. Não há justificativas para o tratamento com violência verbal para nenhum usuário.

E considerando que a gestante é quem está em situação de vulnerabilidade pela condição atual em que se encontra. Os profissionais de saúde são aqueles que detêm o conhecimento para identificar as situações em que podem ou não proferir determinados

comentários, e preservando a relação de cuidado que deve estar estabelecida, se devem ou não fazer comentários.

E quando a gestante já havia sido encaminhada para um determinado setor, para ser avaliada, chegando a esse local, é questionada pela médica que a recebe sobre desejo de Petúnia em não realizar o parto humanizado “Por que que tu não quer fazer o parto humanizado? Por que que tu não quer tentar? Porque se tu quiser ter outros filhos depois poderá ser complicado ...”

E a gestante já cansada por tantos questionamentos, relata que

[...] Eu não me importaria de ter o parto normal se o meu corpo entrasse em trabalho de parto... mas meu corpo não entrou! Se não entrou, eu acho, não sei, não sou médica, não estudei...Olha, eu não pretendo ter outros filhos, até queria fazer a laqueadura mas por conta da pandemia vocês não estão fazendo, não estão nem encaminhando ...E eu já fiz uma cesárea do meu primeiro filho...

Em um estudo realizado com mulheres que tiveram seus bebês em maternidades na rede pública de um município, Valadão & Pegoraro (2020) apresentam nos resultados que uma das puérperas em conversas com o médico assistente teria declarado que não gostaria de ter um parto normal, mas que “ele falava que na rede pública não tinha jeito. Só iriam fazer a cesárea só se não tivesse jeito”(VALADÃO; PEGORARO, 2020, p. 94).

Petúnia decide que não vai querer mais ser atendida nesse hospital e decide procurar outro hospital com maternidade na capital do Estado. Chegando a esse outro hospital, foi encaminhada para um serviço de exames de imagem para realizar uma ecografia de emergência. Realizou o exame e foi encaminhada à sala de cirurgia. Foi recebida por um médico residente, que se apresenta, diz seu nome e avalia a situação. Logo em seguida, o médico anestesista, também se apresenta, informa que irá submetê-la a uma anestesia e que poderia sentir um pouco de enjojo. Com a chegada da médica que irá realizar a cirurgia, Petúnia fica no aguardo que a mesma se apresente, e diga pelo menos quais serão as condutas a serem seguidas. Nada, nem uma palavra. Petúnia diz:

[...] ela não se apresentou!!! Ela simplesmente chegou para fazer a cesárea ...até hoje (dia da entrevista) eu não sei o nome dessa médica! Não me disse nada e aquilo eu estranhei, sabe? Porque, tipo, ela vai me cortar ali, né? Eu vejo que isso também...sabe ...que acho que o fato de ela não ter se apresentado pra mim...porque eu não quis fazer a indução... eu achei que era isso...não é normal uma médica vir fazer uma cesárea e não se apresentar?

A colocação de Petúnia é pertinente. Pode ser considerado, no mínimo, não educado, um profissional de saúde que vai fazer uma intervenção cirúrgica em uma usuária, chegar até

essa usuária e não se identificar, nem explicar o que vai ser realizado. E aqui, novamente trago o questionamento: “Essa mesma médica agiria dessa forma, com rispidez, ausência de educação, com uma gestante branca, em um hospital privado, em um bairro nobre da capital gaúcha?”

E mais uma vez, não temos a resposta para esse questionamento, entretanto, temos estudos realizados com gestantes em que ficou evidenciado que mulheres gestantes negras sofrem violência obstétrica, como o recebimento de menor quantidade de anestesia do que gestantes brancas (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Quando o bebê nasceu, Petúnia não ouviu o choro do bebê e preocupada, perguntou a mesma médica que não havia se apresentado e que estava realizando a cesárea, se o bebê não iria chorar, ao que ouve de resposta “Ele chorou, tu não viu?” Sabe, dessa forma assim, bem ríspida, relata Petúnia. Chorou, tu não viu que ele chorou? Aí depois ele começou a chorar mais e ela: “tá chorando...não tá ouvindo “?

A agressividade das palavras – proferidas pela profissional de saúde - emitidas contra a gestante, infelizmente, não configuram situação de exceção. Em estudo realizado por Lima, Pimentel & Lira (2019) as autoras evidenciam a partir das falas das interlocutoras, que médicos e médicas, agem de maneira autoritária e violam direitos que são concedidos por lei, no atendimento às mulheres que estão em acompanhamento do pré-natal.

A violência obstétrica tem sido descrita de formas diferentes e recentemente foi reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, como em outros países da América Latina, o termo “violência obstétrica” é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento (DINIZ *et al.*, 2015, p. 3).

Petúnia foi submetida a uma cesariana e como estava temendo, pois já havia acontecido situação semelhante no primeiro parto, o útero estava superfino, o seu bebê foi retirado a fórceps e foi colocado no balão

[...] aí fiz a cesárea....e dito e feito: meu útero estava super fino, o bebê foi tirado a fórceps em uma cesárea (igual), ele foi para o balão ... o médico tinha feito a ecografia e visto que ele tava no alto ...mas mesmo assim eles ignoraram todas... ignoraram as ecografias, tudo... eles não se importaram...disseram que “a criança desce”...no “que pode descer no último minuto “isso eu achei bem desconfortante assim....a insistência pelo parto normal , por aquele parto humanizado ...isso eu achei bem ruim!

Ela relata que repetindo-se a situação que havia acontecido na primeira gestação, no entendimento dela, foi tratada de forma desumana. Ela conta que por várias vezes teria dito a todos os profissionais das equipes pelas quais foi avaliada, que temia que acontecesse nessa segunda gestação, o que havia acontecido com o primeiro bebê. Ainda que possa ser considerado o conhecimento de Petúnia como conhecimento não científico, pelo relato denso que ela fez, pode-se inferir que não houve cuidado por parte da equipe em atentar aos sinais que ela manifestava. E além disso, fica evidenciado no discurso que ela faz, que além da violência obstétrica, foi vítima também de racismo.

Evidenciando o racismo e a discriminação racial nos serviços de saúde, Kalckmann (2007) apontam nos resultados que o setor saúde se apresenta como local onde a discriminação racial ocorreu 43,3% dos entrevistados, sendo que 60% dos entrevistados declarados de cor preta e 40,8% dos entrevistados de cor branca. Apontam também nos resultados, que as situações de discriminação têm maior frequência quando as pessoas estão mais fragilizadas, como é o caso da gestação e durante o parto (KALCKMANN *et al.*, 2007).

Petúnia relata havia conversado com seu esposo, que é advogado e teria feito a ele o seguinte pedido, caso ele presenciasse alguma cena de maus tratos com ela

[...] o meu esposo é advogado, formado em direito. Não passou na OAB ainda na segunda fase, mas ele já é formado em direito. Então, eu sempre deixei bem claro: olha, se na hora do parto, tu vê que tão me judiando, tu intercede tá? Tu diz para eles que tu é advogado, tem que mostrar que tu não é um leigo, assim, porque se tu mostrando que tem conhecimento eles já fazem tu sofrer, imagina se tu não demonstra conhecimento?

Ela conta que quando estava próximo da hora de retirarem o bebê, a enfermeira da equipe que estava assistindo disse que chamaria o marido de Petúnia para assistir. Entretanto, não foi colocada nenhuma outra possibilidade a ela, nem sequer havia sido informada durante a gestação de que poderia ter escolhido alguém para ser seu acompanhante, pois havia uma lei que lhe facultaria esse direito.

As mulheres negras estão na base da pirâmide social, abaixo de homens negros, de mulheres brancas, e abaixo dos que estão topo da pirâmide, os homens brancos. O cruzamento de opressões que se produzem sobre nós, mulheres negras, nos colocam em condições em que, as vulnerabilidades à que estamos expostas, representam historicamente uma posição desigual em relação ao restante da população. Nesse sentido, atentar para situações que atingem com maior grau de especificidade às mulheres negras é entender que

o racismo é produtor de desigualdades e que estratégias precisam ser desenvolvidas para acabar com práticas (e aqui falo mais especificamente das práticas racistas atuantes na assistência à saúde) que nos colocam e perpetuam nosso lugar na base dessa pirâmide social.

Essa pesquisa é realizada por uma mulher negra. Constitui-se em uma pesquisa implicada. Ressalto a importância de reivindicar o estabelecimento de estratégias de enfrentamento ao racismo institucional na Saúde, que aqui, foi apontado na fala das gestantes, que sofreram violência obstétrica tendo o racismo como marcador e potencializador dessa violência.

6.3.2 *Categorias empíricas*

De acordo com a interpretação dos dados produzidos nessa pesquisa, foram construídas as categorias empíricas *Medo em diversas situações: a COVID-19 estabelecendo o medo de não ter acompanhante* e a categoria *os profissionais de saúde que acompanham o pré-natal*.

6.3.2.1 Medo em diversas situações: COVID-19 estabelecendo medo de não ter acompanhante

Como já se foi descrito anteriormente, o medo é constitutivo da condição de mulheres gestantes nas periferias urbanas, como verbalizaram as mulheres sujeitas da pesquisa. O contexto específico de enfrentamento à pandemia de COVID-19, nas condições em que se dá a resposta brasileira (FERLA *et al.*, 2020) tornou especialmente visível o medo de não ter acesso a um direito assegurado às gestantes: o acompanhante. O medo se tornou visível com várias expressões: desde a não possibilidade de ter uma acompanhante, já nas consultas de acompanhamento do pré-natal na unidade de saúde ou na instituição de saúde privada, e, também, o medo de não poder ter um acompanhante na hora de realizar um exame de ultrassonografia e ter a possibilidade de gravar as imagens do exame. Algumas dessas mulheres relataram o medo de ter que estar em um hospital, mesmo sem ser ainda a hora do parto. E com alto grau de preocupação, em todas as falas, apareceu o medo de não ter acompanhante na hora do parto por conta da pandemia da COVID-19. O direito ao acompanhante deriva da tentativa de equalizar uma condição reconhecida nas práticas

obstétricas, de fragilidade das mulheres e da qualidade do acolhimento e do vínculo praticada nos serviços especializados. No caso do contexto da pandemia, a crise civilizatória explicitada nas relações pessoais e institucionais se soma às diferentes expressões de violência e preconceito já analisadas aqui.

De acordo com o relato de Jasmim, que foi orientada a realizar uma ultrassonografia solicitada pela médica da unidade de saúde em que realiza o pré-natal, ao agendar dia e hora para o exame em uma clínica privada, foi proibida de ter acompanhante e, também, proibida de gravar as imagens, desejo que ela nutria para poder mostrar as imagens ao pai do bebê. Ao ser indagada sobre a possibilidade de seu marido ser o acompanhante do pré-natal, Jasmim nos conta que

[...] porque ele já não podia ir por causa da pandemia...todos os lugares tavam evitando, que não podia ter acompanhante...daí ele ficava triste...como que não posso... ele dizia?" posso sim acompanhar, é lei" e eu dizia: " não pode"...daí eu gravava e trazia pra ele...todas as gravação...Só uma que não pude, tava esperando, foi bem no dia em que eu ia saber o sexo... daí depois que terminou a consulta... a médica deixou eu tirar uma foto...que ela parou a imagem pra mim e disse: tira uma foto! pra trazer para mostrar que era menino[...]

E ela comenta sobre o caso acontecido com sua cunhada, que havia parido há alguns dias antes da entrevista que estava concedendo. No caso da cunhada, que Jasmim e alguns familiares levaram até o único hospital do município, e que teve seu direito de ter acompanhante durante o parto negado pela instituição. Jasmim nos conta da seguinte maneira:

[...] é o primeiro filho...que nem a minha cunhada... a gente largou ela lá e passou a madrugada toda sentindo dor e ficou lá sozinha, não teve ninguém...a gente tinha que ficar toda a hora ligando... eles ficaram até bravos com a gente porque a gente tava toda a hora ligando para a emergência e perguntando se ela já tava em trabalho de parto, se ...como é que ela tava e eles até disseram que não era para ficar ligando toda a hora, o familiar, ..daí a gente pegou e falou: "não tem como não ficar ligando ? ela tá sozinha aí..."

E Jasmim continua seu relato informando que:

a gente tá bem triste ... às vezes as pessoas perguntam, tu tá preparada, já tá chegando perto? Daí sábado eu já olhei essa situação, já não gostei... eu disse: eu não quero! Eu já não tenho a minha mãe! Se não fosse o meu marido, seria minha irmã que iria entrar comigo prá me acompanhar, nesse momento! Daí eu já não vou poder ter nenhum dos dois???

Pelo relato, se evidencia que, nos dois casos, tanto no atendimento privado em que não foi permitido que ela realizasse o exame com o acompanhante de escolha dela, como na

instituição hospitalar, que desrespeitando completamente a Lei nº 11.108/2005, também conhecida como Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005b), não considera o direito da gestante em ter o pré-parto, parto e pós-parto vivenciado com a presença do acompanhante. O fato de estarmos em condições especiais de atendimento nos serviços de saúde, como medida de enfrentamento à pandemia nas condições que o fazemos no Brasil, não autoriza o uso do argumento como sentença. A condição relatada apenas evidencia a dificuldade de diálogo que os serviços têm com as mulheres gestantes, sobretudo negras e residentes em periferias urbanas, onde parece materializar-se frequentemente uma lógica em que o argumento técnico sempre se expressa como exercício de poder e com efeito de constranger o direito à saúde e à vida. Trata-se da mais evidente expressão de racismo e preconceito institucionalizado.

Camélia dá materialidade a essa perspectiva quando relata que teve a filha de 8 anos impedida de entrar na sala de ultrassonografia para acompanhar a realização do exame e vivenciar a experiência de ver a imagem do bebê (irmão ou irmã) na barriga da mãe. Camélia relata que entenderia que se lhe explicassem que não poderia ter um acompanhante na consulta de pré-natal, na unidade de saúde, por se tratar de um ambiente com muitas pessoas, mas não compreendeu por que não pode ter a presença da filha durante a ecografia.

[...] tipo, na outra gravidez eu ia sozinha, né? Daí agora, com o negócio do covid, ela (a criança) só não conseguiu ficar junto comigo na ecografia, que ela não conseguiu entrar que daí não liberaram, ela daí ela ficou esperando [...] por mim eu posso fazer a consulta sozinha....já que eu tô bem, não tô sentindo nada.

A condição de mãe e gestante, de responsável pelo cuidado dos filhos, de impossibilidade de desfazer-se dessa responsabilidade quando o serviço arbitra a agenda dos procedimentos e exames e não oferece condições de suporte e, ainda mais sensivelmente nesse caso, a possibilidade de tornar a experiência da gestação uma aprendizagem suave para a filha. E acrescenta que em relação ao momento do parto, gostaria muito que o marido estivesse com ela, como aconteceu na primeira gestação. Em função da pandemia, não fica segura se isso poderá acontecer “sim...na hora do parto alguém tem que tá ali né? Por que depois do parto deu, né? Há 8 anos atrás meu marido tava junto e agora...acho que vai ser diferente, né?”

Na declaração de Camélia, poderíamos considerar que além do não direito a ter acompanhante no pré-natal, embora ela demonstrasse que não considerava problema

consultar sozinha na unidade de saúde, estamos diante de uma cena racista, uma vez que sendo mulher negra a ela foi negado o direito de acompanhante. Na mesma clínica de realização desse exame, temos o caso de Jasmim, mulher indígena que não pode ter seu marido acompanhando a realização do exame e nem a gravação da ecografia.

Em relação ao medo, temos Amarílis que nos relata ter necessitado ficar hospitalizada por problemas de pressão arterial que estava instável e nesse dia, foi até o único hospital da cidade para atendimento. Relata que já estava bastante ansiosa por ter ouvido que não poderia ter o marido acompanhando o parto e nos conta que estando lá na sala de observação do hospital, presenciou a seguinte cena

[...] pois é... eu fui no hospital na semana passada.... fiquei o dia inteiro quase e o outro. Dois dias depois eu tive que ir de novo por causa da pressão e fiquei o dia inteiro ...aí vi que eles tavam chamando só ali... na hora que a mãe já tá na observação, com o bebê já.... eu vi que elas tavam chamando o pai só que já tinha até nascido... eu até fiquei meio assim, né? Mas é tão ruim ficar sozinha, ainda mais que é o primeiro...ele queria participar

A gestante Tulipa nos conta quando perguntada sobre a realização das consultas de pré-natal que poderiam ser no hospital, recorda que na primeira gestação, o marido pode ficar junto com ela inicialmente. Depois, teve a companhia da mãe, mas revela como se sente agora nessa gestação

[...]estou apavorada! por conta do Covid, da pandemia... é porque a gente fica preocupada... também essa função de ir para o hospital, volta...não sei o que vai ser...e meu sobrinho que tá com 7 dias, a mãe do bebê não pode ficar com acompanhante porque o hospital não permitiu[...]

Nos casos das gestantes relatados acima, a não observação da Lei nº11.108/2005- Lei do acompanhante (BRASIL, 2005b), que permite à parturiente o direito a ter um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto no âmbito das instituições de saúde, gerou nessas mulheres o sentimento de medo. De acordo com a pesquisa realizada com puérperas e seus acompanhantes, Ferreira & Madeira (2016), ter a presença do acompanhante se traduz em segurança e ter o contato com esse acompanhante proporciona à mulher sentimento de conforto, contribuindo para o fortalecimento da autoestima. Não se trata aqui de um juízo sobre as normas sanitárias adotadas em cada serviço para o enfrentamento à pandemia, sobretudo em contextos, como o brasileiro, em que há disputas enunciativas que atravessam a vida das pessoas, inclusive com base em inverdades grosseiras. Mas exatamente por isso, o déficit de comunicação,

visível pela naturalização de uma regra que afeta o direito e a condição subjetiva das mulheres gestantes é um dado importante para a análise da integralidade do cuidado.

A presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério traz benefícios para a mulher. Estudo realizado com enfermeiros sobre benefícios que estariam relacionados com a presença de acompanhante na hora do parto, principalmente na hora do nascimento do bebê, concluiu que além do fortalecimento para a mulher, a equipe de enfermagem também se beneficiava, reconhecendo que, como equipe, não conseguia suprir totalmente as necessidades da parturiente (CARVALHO *et al.*, 2013). Ou seja, há reconhecidamente um déficit na organização do cuidado no parto e no puerpério imediato, que não se desfaz no contexto da pandemia e, ao contrário, se agudiza. Entretanto, a resposta dos serviços, que mobiliza o medo nas mulheres, reforça esse déficit, agravando a insuficiência na comunicação e no cuidado.

Hortênsia está na segunda gravidez e não foi orientada sobre o direito a ter acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Quando perguntada se alguém a acompanha durante as consultas, ela diz que seu companheiro a acompanhou no nascimento de seu primogênito. E que nas consultas recentes de pré-natal com médico ou com enfermeira não recebeu orientações sobre a possibilidade de ter acompanhante. Relatou também que nem tinha conhecimento de que havia uma lei que amparava tal direito. Hortênsia estava na 16ª semana de gestação na ocasião da entrevista.

De acordo com o Manual Técnico do Ministério de Saúde, que versa sobre a atenção qualificada e humanizada no pré-natal, os benefícios gerados pela presença do acompanhante na hora do parto já foram comprovados evidenciando segurança e confiança para as mulheres que tiveram esse direito assegurado (BRASIL, 2005a).

Foi evidenciado pelos relatos das mulheres em atendimento no pré-natal, que os profissionais que as acompanham, que realizam a assistência, carecem de informações que deveriam ser disponibilizadas às gestantes. O que foi possível evidenciar nos relatos das mulheres é que a integralidade da atenção no pré-natal se apresenta com deficiência, tendo nos profissionais que realizam a assistência exatamente os agentes que deveriam promover essa integralidade.

Ainda em relação ao medo de contaminação pela pandemia do coronavírus, Petúnia nos relata acontecimentos no hospital para o qual foi encaminhada, a fim de realizar uma reavaliação, pois já estava com 40 semanas gestacionais. Conta que o médico que a estava

atendendo, pediu que ela realizasse alguns exames para investigar os episódios de vômitos que ela estava tendo

nesse dia da reavaliação, que tinha que voltar, eu tava com 40 semanas e 4 dias, era uma sexta-feira. Aí eu disse para o médico, olha eu tô vomitando, tô passando mal ...e ele queria investigar os vômitos, queria e pediu alguns exames. Olha como é que tu tinha que fazer os exames: como eu não estava internada, tava “baixada” na observação, aquelas coisas, eles te davam um papelzinho, eu tinha que sair do hospital atravessar a rua, ir até um lugar de “autorização de exame”; aí tinha que pegar uma ficha para autorizar o exame, e tava um calorão...., acho que trinta e tantos graus!...quando eu cheguei para pegar a ficha, perguntei se não tinha ficha preferencial para a moça. Ela disse que não tinha ficha preferencial!

Ao retirar a ficha de atendimento, percebe que o seu número era o 509 e no painel de chamada para os usuários que aguardavam por atendimento, marcava o número 450. Pensando em quanto tempo ainda teria que ficar ali, aguardando, começa a se preocupar e quando olha ao redor se dá conta dessa situação

[...] quando tu entra no setor do hospital, tem um “relógio ponto” dos funcionários, e uma fila quilométrica dos funcionários, todos sem distanciamento algum!!! E as pessoas que vão fazer exames tudo ali, de quimioterapia juntos, gestantes, era tudo quanto era tipo de pessoas, tudo junto lá esperando... Aquela função de ter que sair do hospital, atravessar a rua, ter que autorizar exames, tudo isso foi me deixando mais nervosa ainda... E tinha aquela segunda onda do COVID-19, mas é pior eu acho...

No relato das mulheres pode ser observado o medo que aparece em vários momentos no discurso. Seja porque as gestantes manifestaram medo de submeter-se à anestesia dentária e por conta disso prejudicar o bebê, seja porque o medo do coronavírus, o medo provocado pela pandemia está provocando mudanças nos atendimentos de assistência ao pré-natal. Como consequência, alguns hospitais estão negando o direito garantido por lei, de a gestante ter a presença do acompanhante de sua escolha nos momentos que antecedem o parto, durante o parto e na fase pós-parto.

6.3.2.2 Os profissionais de saúde que acompanham o pré-natal

a) As relações com o enfermeiro/a

As relações com os enfermeiros e enfermeiras descritas nas entrevistas por algumas das mulheres revelam sentimentos de pertencimento por estarem no mesmo bairro e por conseguinte, já terem estabelecido um vínculo com os profissionais. Em outras, revelam

relações de poder exercido pelos profissionais de saúde. Analisemos o relato que Camélia nos faz quando pergunto se nas consultas com o enfermeiro da unidade de saúde em que realiza o pré-natal, ela tem seus questionamentos respondidos “[...]eu moro aqui faz tempo e então eu gosto de consultar com ele...tanto quanto eu fazia o pré-câncer ...tipo eu gosto de consultar com ele...ele é um bom enfermeiro! Prá mim ótimo profissional assim,...eu não tenho do que reclamar!

Essa relação de pertencer à comunidade e ter o profissional de saúde que atende na unidade de saúde também é corroborada pela fala de Tulipa, que ao ser questionada sobre ter suas dúvidas respondidas e como sentia-se nas consultas, se com liberdade para perguntar, tirar dúvidas

[...]até porque aqui no posto ...eu me sinto bem ali com o pessoal...o enfermeiro sempre tratou a gente bem... mas quando eu fui passada para o hospital...me senti meio perdida nessa questão....eu tive duas consultas aqui e o restante foi lá no hospital....

Petúnia já nos conta que também estabelece uma relação de pertencimento com a unidade, pois é moradora do bairro desde seu nascimento, o que conta mais de 30 anos e que estabelece uma relação de cordialidade inicialmente com o enfermeiro. Em determinado momento do pré-natal, como estava realizando a terceira consulta com o enfermeiro, pergunta na recepção sobre a possibilidade de ter uma consulta de pré-natal com o médico,

[...] até quando eu vou consultar com o enfermeiro? Foi exatamente isso que eu perguntei: “ Até quando eu vou consultar com o enfermeiro? Aí me passaram para conversar com o enfermeiro ele foi super atencioso comigo, até me atendeu super bem, até me admirei porque ele é uma das pessoas que eu vejo ser bastante ríspido com as outras pessoas... me tratou bem pelo fato de conhecer minha mãe [...]

A entrevistada revelou outra situação ocorrida com a enfermeira da unidade, que gerou enorme repercussão no bairro. Conta que ao saber que estava gestante, decide ir até a unidade de saúde para iniciar o acompanhamento do pré-natal. Ao chegar na unidade, passa pelo acolhimento e é orientada a realizar a consulta com a enfermeira. Quando chamada para o atendimento, ao abrir a porta do consultório, depara-se com a presença de um gato sobre a mesa da profissional

[...] acontece que eu tinha que ir até o posto marcar a consulta de pré-natal, levar o exame da gravidez. Abrindo a porta do consultório da enfermeira, tinha um gato em cima da mesa!!!! Aí eu grávida, já penso direto na TOXOPLASMOSE! E ali é um posto de saúde!! Aí eu penso assim: eles tratam a gente daquela maneira, são ríspidos com as pessoas e aquela coisa toda. Aí, um gato merece mais respeito e cuidado...minha indignação era pelo zelo dela com aquele gato e eles não tem o

mínimo de zelo com as pessoas... isso é minha indignação! E esse gato estava em cima da mesa!! Em cima da mesa!! E ela acariciando aquele gato! [...]

Petúnia nos revela com essa fala sobre seu sentimento em relação ao tipo de cuidado que é realizado nessa unidade de saúde. Ao revelar a cena da qual foi espectadora e de como sentiu-se ao ver o felino sendo mais bem tratado do que o tratamento que é destinado aos usuários, expõe situação que não poderia ocorrer em estabelecimentos de saúde. Ao mesmo tempo, expõe sua indignação com o fato, decidindo recorrer às redes sociais para denunciar o acontecimento. Interessante refletir sobre a preocupação da gestante que, com seu conhecimento não considerado científico, associou a presença do gato no ambiente da UBS à toxoplasmose, doença que tem esse felino como um vetor. Pareceu estranho à gestante, que a enfermeira, profissional de saúde, não tivesse, aparentemente, a mesma preocupação que ela estava tendo ao ver o gato sobre a mesa, em um ambiente de saúde.

Na literatura temos que o *Toxoplasma gondii*, agente etiológico da toxoplasmose é um protozoário intracelular. Uma das formas que pode gerar infecções é a de esporozoítas que se encontram dentro dos oocistos formados exclusivamente no intestino dos felinos, que é seu hospedeiro definitivo. As principais vias de transmissão são a via oral e congênita, isto é, da mãe para o bebê. (BRASIL, 2018).

Continuando a entrevista, Petúnia relata que na primeira gestação foi acompanhada pela médica que atendia na unidade de saúde à qual pertence, mas que nessa segunda gestação, no início somente havia sido acompanhada por enfermeiro ou enfermeira. E em uma consulta com a enfermeira, quando estava na parte das medidas da barriga comenta

Eu tive a impressão com a enfermeira, que tudo que eu perguntava ela dizia: ah, não, é normal! Nunca tinha uma vontade de querer investigar, de saber se realmente é normal...ou se não é...isso eu achei. A questão de medir a barriga também: a enfermeira sempre media de um jeito e o médico media de outro. A medida da enfermeira sempre dava diferente...não tinha como de um mês para o outro a barriga diminuir, né? Quando o médico ia medir, tava menor do que a da enfermeira...entendeu? Então eu acho que tem um diferencial assim...não tô dizendo que ela está incapacitada, só acho que ...eu não sei explicar...o que foi, mas eu tive essa impressão, que o médico se aprofunda mais do que o enfermeiro...o enfermeiro parece que presta mais aquele atendimento básico assim...prá ver se não tá acontecendo nada de risco, grave mesmo, mas não que seja aquela questão...

Nesse relato a gestante considera que, a partir da experiência que tem com os dois profissionais, médico e enfermeira, percebe que está sendo melhor cuidada pelo médico, pois

esse parece demonstrar mais conhecimento e essa relação, conhecimento e cuidado, para a gestante, é significativa.

b) A atuação dos outros profissionais que acompanham o pré-natal

Foi possível evidenciar nas falas das mulheres que as figuras de profissionais de saúde que estavam presentes nas cenas que relatavam eram médicos/as e enfermeiros/as. As mulheres têm dificuldades para lembrar da Agente Comunitária de Saúde (ACS), embora tenha sido a ACS a ir até a casa dela para saber sobre a eventual procura dela pelo hospital, ou que a tenha procurado porque não compareceu à consulta de pré-natal agendada. Mesmo com a presença da ACS na chegada da casa para a entrevista (como é o caso da entrevista com Amarílis), a gestante parece não conseguir enxergá-la como uma profissional de saúde que também está participando do processo de atendimento no seu pré-natal.

Interessante trazer que a figura de outros profissionais que atuam na saúde, como a/o recepcionista da unidade de saúde, a gerente da unidade e profissionais de apoio em clínicas de atendimento foram citados na lembrança de acontecimentos desagradáveis, como nos traz Petúnia em relato de um evento em que precisou que sua sogra fosse até a unidade de saúde para remarcar a consulta do pré-natal

[...] daí a minha sogra foi lá para remarcar um dia que eu não iria conseguir, e aí ele (o recepcionista) disse que não tinha como remarcar....Ele foi bem ríspido com ela que é uma senhora de idade...Aí a sogra disse, perguntou, se poderia falar com a enfermeira. O recepcionista diz então, que não adianta a sogra querer falar com a enfermeira, "pois quem marca aqui sou eu, não é a enfermeira e a enfermeira não vai falar nada, quem marca sou eu "disse o recepcionista com tom de voz nada educado!

É também na entrevista de Petúnia que podemos evidenciar a lembrança de outro profissional de saúde, quando ela nos conta sobre o dia em que precisava realizar uma ultrassonografia, em uma clínica conveniada com a Prefeitura do município em que reside e que a atendente da clínica, que depois se identifica como proprietária do estabelecimento, tem uma atitude de agressividade no desenrolar de um acontecimento. Petúnia conta que estava na recepção da clínica de exames para realizar uma ultrassonografia e já estava aguardando há mais de uma hora. Decide então perguntar à atendente se seria possível reagendar o exame, pois a demora em realizá-lo estaria comprometendo o horário que ela,

Petúnia, teria disponível. Podemos observar pela fala descrita que a cena se constitui como impossível de ser esquecida

[...]a dona da clínica, uma moça... é ela quem atende. Era um sábado. A gente tinha horário marcado, a gente sabe que demora...mas como já tinha passado uma hora da hora marcada eu fui perguntar para essa moça. A resposta que ela me deu era de que a médica tinha se atrasado. Aí eu perguntei: tá então tu sabes a que horas que ela vai atender, ou tá, tu tens como marcar outro dia? Porque eu tinha um compromisso e eu já estava atrasada. Aí ela diz que não tem como marcar outro dia!! Aí eu pergunto a ela: tu me dá o teu nome e o nome da médica que eu vou ter que ir até a Secretaria da Saúde e fazer uma reclamação, por escrito. Aí, ela pegou o meu papel, de uma forma muito agressiva, quase arrancando o papel da minha mão... e disse que se ia reclamar, então ela não iria me atender!!!

Petúnia continua nos contando que diante daquela cena, da demonstração de falta de empatia que a recepcionista estava demonstrando, do constrangimento a que estava sendo submetida, pois na recepção da clínica estavam outras pessoas aguardando, resolveu rebater com uma fala muito assertiva

[...] aí eu disse: Ah ... tu vai me atender!!!! Tu vai me atender e sabe por que tu vai me atender? Porque isso aqui, tu tá sendo paga com meu dinheiro, com dinheiro de todas essas pessoas que estão sentadas aqui e a Prefeitura está te pagando. Aí ela disse que a prefeitura não estava pagando ela!! Eu disse: olha, me desculpe, eu não sei se a prefeitura está te pagando ou não está. Tu tá me alegando que é a dona dessa clínica. Tu não estaria aqui no sábado, não estaria tirando teu descanso de sábado, para estar atendendo um monte de gente pelo SUS se tu não estivesse sendo paga!! Então, tu vai me atender! E aí como eu filmei, gravei e falei: eu estou te gravando! ...Porque ela foi bem mal-educada! Foi que no final de tudo, ela me chamou, me pediu desculpas, que ela estava exaltada, que estava sem funcionários, que a Prefeitura estava pagando ela atrasada!!

A questão que se apresenta aqui, através dos relatos da entrevistada, é a maneira como os profissionais se revestem de relações de poder, para maltratar, intimidar e humilhar as usuárias do Sistema Único de Saúde. As atitudes desses dois profissionais reveladas por Petúnia demonstram ideia de demarcar suas posições hierarquicamente construídas como superiores.

7 NEM TODOS OS DADOS CABEM EM CATEGORIAS...

Ao avaliar as categorias construídas para interpretação dos dados, categorias teóricas e empíricas, usando os conceitos de Minayo (2012), podemos perceber que alguns dados interpretados pareciam não se configurar como dentro de uma ou outra categoria. Considerando a importância dos dados, decidimos colocá-los em separado, constituindo uma análise à parte das categorias eleitas.

7.1 Oportunidades desperdiçadas

Quando encontramos um serviço de acompanhamento de pré-natal que finalmente valoriza a Odontologia, que não fica centrado na figura do médico como único detentor do saber científico do período gestacional, e temos uma gestante encaminhada para a avaliação da Equipe de Saúde Bucal, nos deparamos com o muro do conhecimento que foi construído na graduação em Odontologia. E é nesse muro aparentemente intransponível para a cirurgiã-dentista que está na unidade básica de saúde que está prestando atendimento à gestante que impacta a possibilidade de integralidade de atenção no cuidado da nossa entrevistada Petúnia. Ela estava realizando seu acompanhamento de pré-natal em uma UBS, tendo suas consultas intercaladas entre médico e enfermeira. Em determinado momento da gestação, a enfermeira sugere que ela faça uma consulta com a Odontologia. Entre alguns acontecimentos no dia do atendimento odontológico, Petúnia nos conta esse fato:

[...] a única coisa que lembro disso era a dentista ter perguntado o trimestre que eu tava, coisa assim, porque eu acho que o procedimento que tinha que fazer ...Ah! aí o que ela fez: esse meu dente aqui que ela tratou, ela disse que não podia fazer o canal !! Ele até ainda dói um pouco assim...ela fez a restauração, mas ela não tirou tudo, porque ela disse que não podia por causa da gestação [...]ela não fez o tratamento de canal por que ela disse que poderia prejudicar o bebê, ou coisa assim. Ela disse que o certo seria fazer o canal, aí ela só restaurou onde deu, e foi isso, assim. E fez uma limpeza. Ela foi super querida, era muito nova, super querida [...]

Em relação ao tratamento odontológico na gestação, Moimaz (2010) nos aponta como um dos problemas que configuram como dificuldades no tratamento das gestantes é o fato de os próprios cirurgiões-dentistas serem os profissionais que desaconselham o tratamento odontológico. Corroborando esses achados, em pesquisa realizada no município de Rio Grande/RS, os autores apontam como uma das causas do tratamento dentário ser

negligenciado na gestação é o fato de cirurgiões-dentistas não estarem preparados para realizar esses atendimentos, por considerarem as gestantes como grupo de risco (KONZEN Jr.; MARMIT; CESAR, 2019). Em outra pesquisa realizada com gestantes, uma das entrevistadas relata que a dentista que a estava assistindo, orientou que fosse aguardado o término do período gestacional para realizar tratamento odontológico com anestesia, pois poderia causar danos ao bebê (CODATO *et al.*, 2011).

Parece haver falta de conhecimento por parte dos cirurgiões dentistas de que tratamentos odontológicos podem e devem ser realizados durante a gestação, pois essa não contraindica o uso de anestésias dentárias, nem a realização de tomadas radiográficas odontológicas, desde que usados equipamentos de proteção individual em radiologia. Os tratamentos odontológicos de urgência devem ser realizados em qualquer período gestacional e os considerados eletivos, preferencialmente no segundo trimestre gestacional (FERREIRA; ESTEVES; ESTEVES, 2020).

Desse acontecimento relatado pela gestante, poderíamos evidenciar a necessidade de Educação permanente em saúde. Como uma travessia necessária, a educação permanente proporciona a aprendizagem, uma atividade de educação problematizadora, um movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente, como nos dizem Ceccim & Ferla (2008, p. 450).

7.2 O pré-natal do parceiro que não é realizado e a hora de funcionamento dos serviços de saúde

Nesse tópico abordaremos ainda como oportunidades desperdiçadas e, também, como possibilidade de problematizar o horário de funcionamento da unidade de saúde, que por ser definida como, em média das 8:00h às 17:00h, tende a inviabilizar a possibilidade do parceiro da gestante de acompanhar as consultas de pré-natal. Também evidenciar que alguns dos serviços que realizam exames solicitados para acompanhar o pré-natal, não permitiram a entrada de acompanhantes.

No relato de Jasmim, que manifesta sua preocupação por seu marido que desejaria estar acompanhando as consultas, mas por ser trabalhador e ter seu horário de trabalho no mesmo do funcionamento da unidade, não pode acompanhar a evolução da gestação

eu vou sozinha....por causa da pandemia eles não tão deixando ter acompanhamento, tão deixando entrar só a mãe do bebê...não tá deixando entrar mais ninguém... ele acompanha tudo, tudo ele quer saber... por ele... se ele pudesse, não em todos porque ele aí ia tá faltando ao serviço, mas todas que ele pudesse...ele queria tá presente para...que nem todas as ecografias que eu fiz ele pode ir, todas eu tive que gravar.... para escutar coraçãozinho, para saber o sexo... todas as ecografias... uma só que eu paguei ainda eles não deixaram gravar, me trancaram e não deixaram eu gravar [..]

Em estudo realizado por Dodou et.al (2014) que investigou a contribuição do acompanhante durante o parto e o nascimento, as autoras evidenciaram a partir do relato das puérperas que essas mulheres nem sempre puderam ter como acompanhantes as pessoas que desejavam, por conta dessas pessoas estarem trabalhando no mesmo horário de funcionamento das instituições de saúde. As autoras consideraram “essencial que os acompanhantes sejam inseridos no contexto da gestação desde o início, e que tenham acesso a atividades educativas para que possam, de fato, contribuir com a parturiente” (DODOU *et al.*, 2014, p. 268).

Quando perguntado à Hortênsia quem a acompanhava nas consultas do pré-natal, que ela realiza no SUS, em uma unidade de saúde próxima a sua residência ela responde que: “Meu menino vai comigo. Meu marido não vai porque ele trabalha!”

Novamente estamos diante da falta de opções para que o companheiro/parceiro das gestantes possa acompanhar as consultas do pré-natal, pois o horário de funcionamento da unidade de saúde coincide com o horário em que o parceiro está no trabalho.

Uma proposta para mudança nesse sentido, talvez fosse proporcionar um horário estendido ou clínicas com alternativas de horários de funcionamento, podendo dessa forma, acolher aqueles parceiros que demonstrassem desejo de acompanhar o pré-natal.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa proporcionou evidenciar que a atenção à saúde é mais do que a satisfação de necessidades de saúde das pessoas e coletividades: também é um marcador avaliativo da justiça social e da satisfação dos direitos previstos na legislação. Evidenciou-se que a consulta odontológica, como parte desse observatório de justiça social, ainda não se constitui como rotina no pré-natal com déficits à integralidade e, portanto, ao direito das mulheres e das crianças, sobretudo em relação às mulheres negras. Também evidenciou que o racismo é um dos componentes da violência obstétrica, considerando o relato das mulheres negras e a violência que sofreram.

Os relatos densos e intensos das mulheres também demonstraram que o cuidado em saúde, assim como os serviços onde o mesmo se realiza, devem estar abertos à escuta sensível das histórias e dos percursos de vida das pessoas sob cuidado, constituindo uma dimensão micropolítica da diretriz constitucional da participação das pessoas no sistema de saúde. Não apenas para compreender as condições em que se produz a saúde e as necessidades de cuidado, senão também para compreender as diferentes dimensões do direito à saúde que podem ser supridas no contato com profissionais e serviços de saúde ou, como acontece nas situações de violência de gênero ou racial, na produção de redes intersetoriais de atenção. A violência e o preconceito constituem-se em condicionantes da situação de saúde de pessoas e coletividades e, portanto, deve ser abordado e investigado no atendimento à saúde, em busca de sinais que demonstrem sua ocorrência, seja no domicílio, nos espaços de convívio territorial ou nos atendimentos prévios nos serviços de saúde.

Os dados da pesquisa apontam a necessidade de realizar programas de educação permanente em saúde para profissionais, enfocando as orientações de saúde bucal às gestantes no pré-natal e a equidade étnico-racial. Como componente estrutural da cultura da sociedade e dos próprios serviços, esses programas devem colocar em análise o cuidado oferecido às gestantes e demais usuários, enfatizando questões de violência e preconceito, aspectos que constam na proposta de educação permanente para profissionais de saúde elaborada a partir da pesquisa.

Em decorrência do relato das gestantes, que informaram não terem sido encaminhadas para consulta odontológica durante o pré-natal e que profissionais de saúde não se sentem seguros para orientar ou encaminhar gestantes para atendimento

odontológico, ficou evidenciada uma importante lacuna na integralidade da atenção no pré-natal. A pesquisa não esgota o assunto e sugere-se que sejam realizadas mais investigações sobre o cuidado em saúde bucal durante o pré-natal na atenção básica com abordagens amplas que, ao tempo em que identificam as necessidades de saúde e as formas de resposta dos serviços, aprofundem a compreensão sobre o direito à saúde das pessoas e coletividades em cada território.

Realizar pesquisa na Atenção Básica em Saúde é um ato político, que permite compreender diferentes dimensões no cuidado, inclusive a opinião das usuárias, sendo muito relevante que incorporem pesquisadoras mulheres e negras. Importante lembrar Grada Kilomba (2019), que nos diz que nós, mulheres negras, deixamos de ser objetos de pesquisa para sermos as sujeitas pesquisadoras e, portanto, precisamos levar essa condição ao campo empírico para analisar questões que nos dizem respeito. E evidenciar o campo da pesquisa, especialmente do lugar de onde a pesquisadora relata, o território onde essas mulheres vivem e o sentimento de pertencimento à comunidade, relatado por elas. Por fim deixar afirmado nesse texto, que quando nós mulheres negras produzimos conhecimento, o fazemos a partir de nossas vivências e revelamos para o mundo o que produzimos.

REFERENCIAS

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ALVES, Míriam Cristiane, ALVES, Alcione Correa (org.). **Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. (Série Pensamento Negro Descolonial). Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Epistemologias-e-Metodologias-Negras-Descolonias-e-Antirracistas-1.pdf>. Acesso em: 31/05/2020.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, p. 637-651, set/dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/BdSdmX3TsKKF3Q3X8Xf3SZw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31/05/2020.

ALVORADA. Prefeitura Municipal de Alvorada/RS. Disponível em: <https://alvorada.atende.net/#> Acesso em: 2 jul. 2020.

ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Consulta Pública n 116, de 23 de dezembro de 2010**. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/consultas-publicas#/visualizar/25603>. Acesso em 03 de maio de 2020.

ASSUNÇÃO, A. C.; MIGUEL, D. A. **Assistência odontológica a gestante e lactante com ênfase no tratamento endodôntico**. 2015. 26f. Monografia (Especialização em Endodontia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Instituto de Estudos da Saúde Sérgio Feitosa, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://www.iesposgraduacao.com.br/assets/downloads/2dceb3de5166919254d1d9154cb8f8d6.pdf>. Acesso em: 31/05/2020.

BASTOS *et al.* Desmistificando o atendimento odontológico à gestante. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 5, n. 2, p. 104-116. 2014.

BOFF, L. **Saber cuidar ética do humano: compaixão pela terra**. Editora vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 76/2013, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994. 40.ed. com índice. Brasília: Centro de Documentação e Informação (CEDI), 2013. 464 p. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html. Acesso em: 04 de julho de 2020.

BRASIL. **Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 31/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 31/05/2020.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em 12 junho 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/143.pdf>. Acesso em: 31/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, v. 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 31/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 31/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos Humaniza SUS, v. 4). Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 31/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investigação**: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_investigacao_toxoplasmose_gestacional_congenita.pdf. Acesso em: 03/06/2021.

CABRAL, M. V. B.; SANTOS, T. S. S. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 160-167. 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/yFmrYbrgLFynwV9Zw7wfnw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31/05/2020.

CARVALHO, I. S. *et al.* Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. **J Health Sci Inst.**, v. 31, n. 2, p. 166-71. 2013. Disponível em: <http://repositorio.unip.br/journal-of-the-health-sciences-institute-revista-do-instituto-de-ciencias-da-saude/acompanhantes-no-processo-de-nascimento-beneficios-reconhecidos-pelos-enfermeiros/>. Acesso em: 15/05/2020

CECCIM, R. B.; BRAVIN, F. P.; SANTOS, A. S. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. LUGAR COMUM Nº28, pp. 159-180,2005. Disponível em: http://uninomade.net/wp-content/files_mf/11020312081813%20Educacao%20na%20saude%20saude%20coletiva%20e%20ciencias%20politicas.pdf. Acesso em: 31/05/2020.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 15 maio de 2020.

CECHINEL, D, B. *et al.* Sistematização de um protocolo de atendimento clínico odontológico a gestantes em um município sul catarinense. **Rev. Odontol. Univ. Cid.**, n. 1, p. 6-16. 2016. Disponível em: <https://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/226/124>. Acesso em: 12/01/2021.

CODATO LAB *et.al.* Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q8mF4PJdb6mnjKbzcPf6C4z/?lang=pt>. Acesso em: 31/05/2020.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1075-1080. 2008. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2008.v13n3/1075-1080/pt/>. Acesso em: 31/05/2020.

COSTA, Ana Maria Duarte Dias *et al.* Gestantes frente ao tratamento odontológico. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 125-30, jan./jun. 2012.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, v. 10, n.1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 10/05/2020.

D´OLIVEIRA, A. F. P. L., DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v. 359, n. 11, p. 1681-1685. 2002. Disponível em: http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/748/2020/07/SH_6.pdf. Acesso em: 17/05/2021.

DIAMANTINO, M. L. P. **Participação da Odontologia na equipe de pré-natal da ESF à luz da literatura: oportunidade de promover saúde.** 2013. 39 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2013. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Participacao_da_odontologia_na_Equipe_de_Pre_natal_na_ESF_a_luz_da_literatura__oprtnidade_de_promover_saude/461. Acesso em: 31/05/2020.

DICIO, Dicionário Online de Português, definições e significados de mais de 400 mil palavras. Todas as palavras de A a Z. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/medo/>. Acesso em 02/01/2021.

DINIZ *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 31/05/2021.

DODOU *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 262-269. 2014, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/4h4ksrygq9vzzxnzzfhpdqw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02/06/2021.

EVARISTO, C. Literatura negra: uma poética de nossa afro-brasilidade. **Scripta**, v.13, n. 25, p. 17 - 31, 2009. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/scripta/article/view/4365/4510>. Acesso em: 01/07/2020.

FERLA, A. A. **Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde.** Caxias do Sul, RS: Educs, 2007.

FERLA, A. A.; DUARTE, E. R. M.; FIGUEIREDO, A. M. Quando equipes e usuários interagem na educação pelo trabalho em territórios complexos: renovando conhecimentos e práticas da formação e do trabalho em saúde. *In*: INTEGRANDO conhecimentos e práticas em saúde: equipes e usuários interagindo na educação pelo trabalho em territórios sanitários. Rede UNIDA. Porto Alegre, 2017. p. 7 - p. 24. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v. 10). Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/integrando-conhecimentos-e-praticas-em-saude-equipes-e-usuarios-interagindo-na-educac%CC%A7a%CC%83o-pelo-trabalho-em-territorios-sanitarios-2/>. Acesso em: 12/05/2020.

FERLA, A. A.; PINTO, H. A. Integrando Universidade e sistemas locais de saúde: experimentações, memórias e produções da educação pelo trabalho. *In*: INTEGRAÇÃO entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 4-20. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v. 12). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na->

saude/integracao_entre_universidade_e_sistemas_locais_de_saude. Acesso em: 12/05/2020.

FERREIRA, Kele Andrade; MADEIRA, Lélia Maria. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. e29, jan/abr. 2016. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/29>. Acesso em: 01/05/2020.

FERREIRA, R. M.; ESTEVES, C. S.; ESTEVES, P. S. Saúde bucal na gestação: o conhecimento das gestantes em atendimento no pré-natal em uma unidade básica de saúde. *In*: PIRES, Caroline de Castro; ESTEVES, Cristiane Silva (org.). **Repensando a saúde sob olhares interdisciplinares**. Salto: Editora Schoba, 2020. p. 23 – 38.

HASS, Daniel A. An update on local anesthetics in dentistry. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 68, n. 9, p. 546 – 551, oct. 2002. Disponível em: <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-68/issue-9/546.pdf>. Acesso em: 12/05/2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Alvorada**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/alvorada/panorama>. Acesso em: 01/05/2020.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2. p. 146-155, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01/05/2020.

KOHLRAUSCH, Sabrina Knopp. **Saúde bucal e assistência odontológica durante a gestação: usuárias de uma Unidade Básica de Saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde do Ciclo Vital) - Centro de Ciências da Saúde. Universidade Católica de Pelotas Pelotas, 2019. Disponível em: <https://pos.ucpel.edu.br/mpscv/wp-content/uploads/sites/2/2020/02/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Sabrina-Knopp-Kohlrausch.pdf>. Acesso em: 12/01/2021.

KOMIYAMA, H. C. **Atenção a gestante em odontologia radiológica nos municípios do sul do estado do Mato Grosso do Sul, Campo Grande**. 2013. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade Prof. Albino Coimbra Filho, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/2066/1/Henrique%20Cesar%20Komiyama.pdf>. Acesso em: 31/05/2020.

KONZEN Jr.; MARMIT; Cesar. Não realização de consulta odontológica entre gestantes no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3889-3896, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jL9XgPsSwgjlQyFVkm3Qnd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01/05/2021.

LAMPERT, L.; BAVARESCO, C. S. Atendimento odontológico à gestante na atenção primária. **RSC online**, v. 6, n. 1, p. 81-95. 2017. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/169/165>. Acesso em 08/01/2018.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2811.pdf>. Acesso em: 17/05/2021.

LEAL *et al.* Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S63-S72, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9qRk6L3kkP6Z3bwxXMGJS9L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31/05/2020.

LEAL, M.C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001 Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100- 7. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vvqBZLqq3gjjbGNt3mR6PvS/?lang=pt>. Acesso em: 31/05/2020.

LIMA, K.D.; PIMENTEL, C; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Cien Saude Colet.**, Out, 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/disparidades-raciais-uma-analise-da-violencia-obstetrica-em-mulheres-negras/17356?id=17356>. Acesso em: 01/05/2021.

LUZ, M.T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, june. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MkLhKMvH4KqDSJNgSG48VqG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30/05/2020.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12/01/2021.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 07-14. 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>. Acesso em: 31/05/2020.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em debate;145).

MERHY, E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZXXqFndCPKSjW7B9Qx8bGhk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30/05/2020.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abr., 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em: 30/05/2020.

MOIMAZ *et al.* O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade**, São Paulo, jan-abr; v. 19, n. 1, p. 39-45. 2007.

MOIMAZ *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mhKYHzfQFwKrLKct9WW4rBb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01/02/2021.

MOIMAZ *et al.* Associação entre condição periodontal de gestantes e variáveis maternas e de assistência à Saúde. **Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.**, v. 10, n. 2, p. 271-278, maio-ago. 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/71932>. Acesso em: 27/09/2020.

MOIMAZ, *et al.* O acesso de gestantes ao tratamento odontológico **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 191, p. 39-45, jan-abr. 2007.

MONTEIRO, A. C. C *et al.* Tratamento odontológico na gravidez: o que mudou na concepção das gestantes? **Revista ciência plural**, v. 2, n. 2, p. 67-83. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/10903>. Acesso em: 30/01/2021.

MOREIRA, Adilson. **Racismo recreativo**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

MOREIRA, M. R. *et al.* Pré-natal odontológico: noções de interesse. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 6, n. 1, p. 77-85. 2015. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/234>. Acesso em: 30/01/2021.

MOREIRA, Maria Adriana *et al.* (org.). **Educação permanente em saúde em Tefé/AM: qualificação do trabalho no balanço do banheiro**. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. (Série Saúde e Amazônia; 6). Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/project/educacao-permanente-em-saude-em-tefe-am-qualificacao-do-trabalho-no-balanco-do-banheiro/>. Acesso em: 10/abr. 2020.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. *In*: PROGRAMA de educação sobre o negro na sociedade brasileira. [S.l: s.n.], 2004. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001413002>. Acesso em: 01/02/2021.

OLIVEIRA, E. C. *et al.* Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 4, n. 1, p. 11-23. 2014. Disponível em:

<http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/viewFile/1550/1210>.

Acesso em: 30/06/2020.

OLIVEIRA, S. F. As vozes presentes no texto acadêmico e a explicitação da autoria. **Pedagogia em Ação**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1, p. 1-21, 2014. Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/9182>. Acesso em: 30/05/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=6101A9336E1453D0F467CD29779D28F1?sequence=3. Acesso em: 01/05/2021.

PINHEIRO, Roseni *et al.* (orgs). **Construção social da demanda por cuidado**: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. 2013. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/construcao-social-da-demanda-por-cuidado-revisitando-o-direito-saude-o-trabalho-em-equipe-os-espacos-publicos-e-participacao/4624>. Acesso em: 30 jun. 2020.

PIRES, Breiller. **Grêmio e Aranha, uma história de racismo perverso e continuado**. 2017.

Disponível em:

https://brasil.elpais.com/brasil/2017/07/17/deportes/1500309484_868649.html. Acesso em: 15/5/2021.

REGO, A.; CUNHA, M.; MEYER JR, V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. **RGPLP**, Lisboa, v. 17, n. 2, p. 43-57, ago. 2018.

Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642018000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 jun. 2020.

REIS *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Vz4jXkQhRxttghWDxHvTRDc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02/01/2021.

RIBEIRO, Djamila. **Lugar de fala**. São Paulo: Sueli carneiro; Pólen, 2019.

RIBEIRO, Djamila. **Pequeno manual antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RODRIGUES, G. *et al.* Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. **Arquivos Em Odontologia**, v. 54, e20. 2018. Disponível em::

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivesodontologia/article/view/3754>. Acesso em: 30/01/2021.

SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. Tese (Doutorado em

Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.ammapsique.org.br/baixe/encardido-branco-branquissimo.pdf>. Acesso em 01/01/2021.

SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA. Núcleo de Telessaúde do Espírito Santo. **Gestantes podem ser submetidas a radiografias durante o tratamento odontológico?** 2018. Disponível em: [https://aps.bvs.br/aps/gestantes-podem-ser-submetidas-a-radiografias-durante-o-tratamento-odontologico/#:~:text=As%20radiografias%20odontol%C3%B3gicas%20s%C3%A3o%20consideradas,gesta%C3%A7%C3%A3o\(1%2C2\)](https://aps.bvs.br/aps/gestantes-podem-ser-submetidas-a-radiografias-durante-o-tratamento-odontologico/#:~:text=As%20radiografias%20odontol%C3%B3gicas%20s%C3%A3o%20consideradas,gesta%C3%A7%C3%A3o(1%2C2)). Acesso em 17/05/2021.

SILVA, Jinária Fernandes da *et al.* Conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas sobre a saúde bucal de gestantes. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 75, p. 1 - 7, 2018. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/issue/view/41>. Acesso em: 01/01/2021.

SILVEIRA, J. L. G.C.; ABRAHAM, M. W.; FERNANDES, C. H. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento. **Rev. APS.**, v. 19, n. 4, p. 568 – 574, out/dez. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832216>. Acesso em: 02.02/2021.

SOUZA, Dyana Helena. Diálogo com Bell Hooks: reorienta o da forma o em saúde a partir da perspectiva decolonial. *In*: ALVES, Míriam Cristiane; ALVES, Alcione Correa (org.). **Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. p. 144-158. (Série Pensamento Negro Descolonial). Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Epistemologias-e-Metodologias-Negras-Descolonias-e-Antirracistas-1.pdf>. Acesso em: 31/05/2020.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na aten o ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MsvQjnbsTvS3cSvvrqyyCCz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01/02/2021.

VALADÃO, C.L; PEGORARO, R.F. Vivências de mulheres sobre o parto. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 91 – 98, jan.-abr, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/DSj53Z3MMs7xZNWmvjr47wz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 01/05/2021.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. S. **Farmacologia clínica para dentistas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da popula o negra. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01/05/2020.

WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maísa; WHITE, Evelyn C. (org). **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2006.

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista Semiestruturada

É sua primeira gestação? Quantas gestações você já teve?

Que período gestacional que você está?

Como está sendo a sua gestação?

No atendimento de pré-natal, você teve oportunidade de conversar com algum profissional sobre questões relacionadas à sua vida e que interferem no modo como você tem vivido no tempo da gestação?

Sobre quais questões você conversou? Falou sobre alguma dificuldade que você viveu ou vive por ser mulher? Ou alguma dificuldade por sua cor? Ou por onde você mora? Ou algum outro preconceito?

E estas situações interferem na forma que você vive a gestação?

Você ficou satisfeita e segura com o teor da conversa?

Sentiu falta de conversar sobre algum tema?

Você acha que tem alguma coisa que uma mulher não deve fazer por estar grávida?

E em relação a ir ao dentista, tem algum procedimento que ela não possa fazer? Qual?

Você tem tido consultas mensais de pré-natal?

Que profissionais acompanham o seu pré-natal?

Você tem ou já teve alguma dificuldade de conversar com algum deles? Qual e como foi?

O que você entende por saúde bucal?

Em alguma das tuas consultas te passaram orientações de saúde bucal?

Você já foi encaminhada para atendimento com alguém da equipe da saúde bucal?

Você acha que fazer tratamento odontológico durante a gestação pode causar algum risco para o seu bebê?

Nas suas consultas e atendimentos durante o pré-natal, você é acompanhada por algum familiar ou amigo?

Você recebeu a orientação de que pode ter algum acompanhamento se quiser?

Você gostaria de me contar alguma situação do atendimento que lhe pareça importante? Há alguma coisa que gostaria de dizer sobre o tema do cuidado à gestante no pré-natal da unidade?

Dados da pesquisada

Nome:

Data de nascimento:

Como você declara sua cor?

- branca
- parda
- preta
- amarela
- indígena

Ocupação:

Nível de escolaridade

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ensino fundamental completo | <input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto |
| <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto | <input type="checkbox"/> ensino médio completo |
| <input type="checkbox"/> superior completo | <input type="checkbox"/> superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> pós-graduação incompleto | <input type="checkbox"/> pós-graduação completo |

Qual é a renda da sua família?

- até 1.044,00
- de R\$1.045,00 até R\$2.090,00
- de R\$2.091,00 até R\$4.180,00
- acima de R\$4.181,00

APÊNDICE B - Proposta de Educação Permanente para os Profissionais de Saúde

Essa proposta parte da avaliação dos resultados das pesquisas realizadas pela autora, juntamente com sua orientadora no Curso de Especialização em Saúde Coletiva (FERREIRA; ESTEVES; ESTEVES, 2020) da pesquisa realizada com seu orientador no Mestrado em Saúde Coletiva (FERREIRA; FERLA, 2021), que evidenciaram lacunas nos assuntos relacionados à saúde bucal na gestação e fragilidades nas relações étnico raciais, principalmente, nas relações entre as instituições de saúde com as gestantes negras.

Então, compreender as diversas alterações que ocorrem na vida das mulheres no período gestacional, principalmente às que se referem aos cuidados com a saúde bucal dela e do bebê, reafirma o princípio da integralidade, presente no texto constitucional. E também importante trabalhar as ações relacionadas às relações étnico raciais, considerando que estamos vivendo em um país cujo racismo estrutural fundamentou as relações sociais, econômicas e políticas. Nesse contexto, temos as instituições de saúde, exercendo suas relações de poder, e em algumas situações, praticando violência obstétrica contra mulheres negras em atendimento no pré-natal.

A gestação compreende um período na vida da mulher em que algumas manifestações podem ocorrer e por causarem algumas transformações, podem gerar dúvidas.

De acordo com Ferreira, Esteves & Esteves (2020) que realizaram pesquisa sobre o conhecimento das gestantes em relação ao atendimento odontológico durante a gestação, os resultados demonstraram que há crença em que tomar anestésias, realizar exodontias dentárias entre outros procedimentos, durante a gravidez, podem causar danos ao bebê e /ou à mãe.

E na pesquisa realizada com as gestantes, em que houve a participação de 4 mulheres negras (pretas e pardas), houve o relato de ter sofrido violência obstétrica por duas das gestantes negras. Em decorrência dessas entrevistas, foi considerado importante que conceitos sobre Racismo, Racismo Institucional e as relações étnico raciais fossem abordadas com as equipes de profissionais na Atenção Básica, com possibilidades de que também pudessem ser trabalhadas com os profissionais da atenção ao parto em hospitais que atendem a região em que foi realizada a pesquisa.

A proposta é que seja realizada uma oficina para que sejam trabalhados os conteúdos sobre saúde bucal na gestação.

PROPOSTA 1: SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO: VAMOS TRABALHAR ESSES CONHECIMENTOS?

Objetivo geral da oficina: esclarecer dúvidas quanto ao atendimento/realização de procedimentos odontológicos durante a gestação nas Unidades de Saúde e no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Objetivos específicos: contextualizar sobre a responsabilidade da Equipe de Saúde Bucal no acompanhamento das gestantes em atendimento nas Unidades de Saúde; identificar possíveis fragilidades que possam dificultar o acesso das gestantes à equipe odontológica; identificar ruídos na comunicação entre Equipe de Saúde Bucal e demais membros da unidade quanto ao atendimento de gestantes.

INTRODUÇÃO

Os cuidados com a saúde bucal durante a gestação influenciam na saúde da gestante, tem repercussões na saúde do bebê e constituem parte integrante dos cuidados com a saúde durante o acompanhamento do pré-natal. Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2014). O direito à saúde transborda o acesso aos serviços, também inclui a produção de equidade e a participação. O Sistema Único de Saúde é descentralizado, voltado à integralidade da atenção e inclui a participação das pessoas na organização dos serviços e nas ações ofertadas, de acordo ao que determina a Constituição (BRASIL, 1988).

1 IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO E O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entre as diversas atividades dos profissionais de saúde, o atendimento às gestantes no acompanhamento do pré-natal se constitui como uma prática frequente nas unidades de saúde. A seguir, descrevo uma atividade proposta para ser desenvolvida com as Equipes de saúde.

1.1 Orientar gestantes quanto aos cuidados com saúde bucal dela e do bebê

Dinâmica da Atividade:

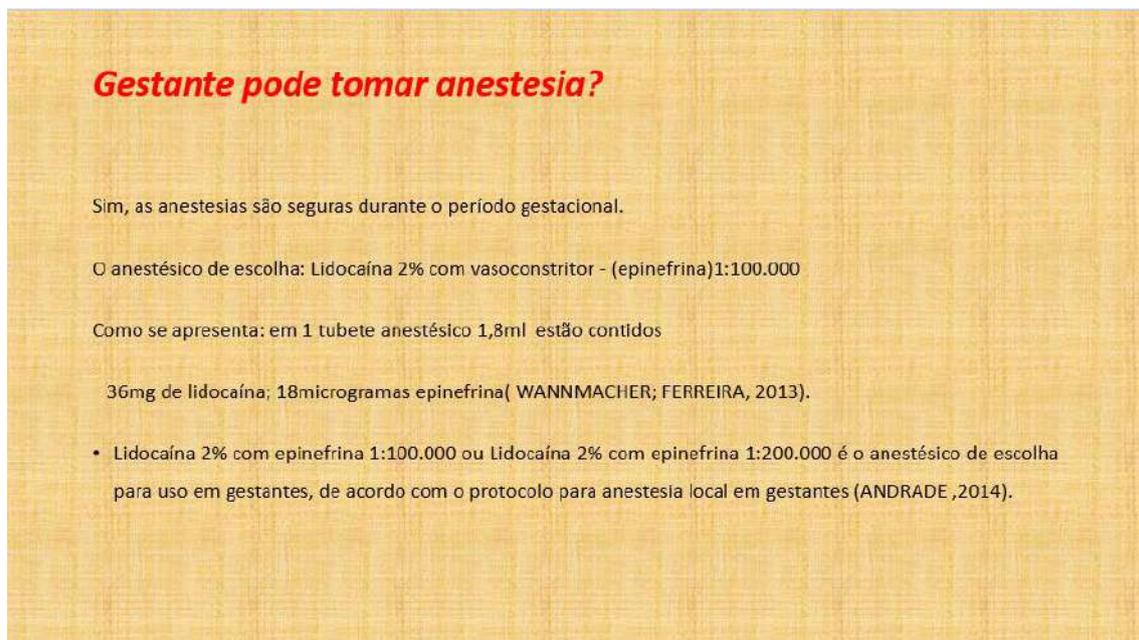
Pedir aos participantes para escreverem em papéis previamente distribuídos quais suas dúvidas em relação ao atendimento odontológico na gestação. Reforçar que não há um mínimo e nem máximo de dúvidas, podendo escrever o quanto se sentirem à vontade;

Deixar transparente a explicação de que **NÃO HÁ NECESSIDADE DE SE IDENTIFICAR!!!**

Após um tempo para a escrita, pedir que alguém leia as dúvidas e que outra pessoa vá sistematizando a escrita em um quadro, que poderá ser um quadro físico previamente colocado no local ou poderá ser um sistema de informação, um arquivo no Word.

Escritas as dúvidas, poderá(ão) ser eleita(s) aquela (as) que aparecem com mais frequência e iniciar a abordagem por esses questionamentos. Considerando o que a literatura apresenta, listamos abaixo algumas dúvidas mais frequentes. Para colaborar com a proposta, foi criada uma apresentação em *power point* para ser compartilhada com os colegas (APÊNDICE F). Para melhor ilustrar, coloco as imagens dos “slides” compondo a proposta. Abaixo, algumas dessas questões:

Gestante pode tomar anestesia?



Sim, as anestésicas são seguras durante o período gestacional.

Anestésico de escolha: Lidocaína 2% com vasoconstritor - (epinefrina) 1:100.000

Como se apresenta: em 1 tubete anestésico 1,8ml estão contidos 36mg de lidocaína 18microgramas epinefrina) (WANNMACHER; FERREIRA, 2013).

Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou Lidocaína 2% com epinefrina 1:200.000 é o anestésico de escolha para uso em gestantes, de acordo com o protocolo para anestesia local em gestantes (ANDRADE ,2014).

Os dentes ficam mais fracos durante a gestação porque sairá Cálcio dos dentes da mãe para formar os dentes e ossos do bebê?

**Saúde bucal e gestação:
vamos trabalhar esses conhecimentos?**

- ***Os dentes ficam mais fracos durante a gestação porque sairá Cálcio dos dentes da mãe para formar os dentes e ossos do bebê?***
- Não, o Cálcio necessário para a formação de ossos e dentes do bebê é aquele fornecido pela dieta da gestante, que preferencialmente, deverá ser rica em alimentos que contenham vitaminas A, C e D, cálcio, proteínas e fósforo. Importante a ingestão desses alimentos durante os primeiro e segundo trimestres gestacionais. Neste período, os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação (MONTEIRO *et al*, 2016).



Não, o Cálcio necessário para a formação de ossos e dentes do bebê é aquele fornecido pela dieta da gestante, que preferencialmente, deverá ser rica em alimentos que contenham vitaminas A, C e D, cálcio, proteínas e fósforo. Importante a ingestão desses alimentos durante o primeiro e segundo trimestres gestacionais. Neste período, os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Gestante pode fazer radiografias dentárias?

Saúde bucal e gestação: vamos trabalhar esses conhecimentos?

• Gestante pode fazer radiografias dentárias?

Sim, são seguras com os equipamentos de proteção individual:

Avental de chumbo;

Protetor de tireoide;

Orienta-se para escolha de Filmes ultrarrápidos; (Codato *et al* (2007).



<https://proteg.net.br/epi-radiologia-conheca-os-principais-equipamentos-de-protetacao-radiologica/>

Sim, há segurança na realização de tomadas radiográficas odontológicas desde que utilizados os equipamentos de proteção individual: Avental de chumbo; protetor de tireoide; orienta-se para escolha de Filmes ultrarrápidos; (CODATO *et al.*, 2007).

Além disso: filmes ultrarrápidos e de menor tempo de exposição; e evitar radiografias de rotina e repetições (núcleo do telessaúde Espírito Santo, 2018)

- Quantidade de radiação emitida em uma radiografia periapical: 0,001 a 0,008 mSv;
- A exposição média por pessoas proveniente de fontes naturais é de 2,4 mSv/ano (CRTR-Conselho Regional de Técnicos em Radiologia).

A radiação natural ou de fundo (“background”) à qual os todos os seres vivos estão expostos, em alguns países é cerca de 3mSv/ano (D’IPPOLITO; MEDEIROS, 2005).

Gestante pode tomar antibióticos?

Gestante pode tomar antibióticos?

Sim. Há segurança no uso de antibióticos durante a gestação. Os antibióticos escolhidos para serem usados nas infecções odontológicas são as Penicilinas e Cefalosporinas (classe B).

- **ATENÇÃO:**
Verificar os medicamentos disponíveis na rede Municipal.



(WANMÄCHER E FERREIRA, 2013)

Sim. De acordo com Wanmacher e Ferreira (2013), há segurança no uso de antibióticos durante a gestação. Os antibióticos escolhidos para serem usados nas infecções odontológicas são as Penicilinas e Cefalosporinas (classe B). As Tetraciclina (classe D) não devem ser usadas, pois seu uso resulta em coloração anormal dos dentes, retardo no crescimento ósseo e deficiência na formação do esmalte dentário. A Eritromicina (categoria B) é o antibiótico de escolha para as mulheres com alergia às Penicilinas.

Para Andrade (2014) se a gestante for alérgica à Penicilina, a Eritromicina, preferencialmente a forma de estearato, é a opção a ser utilizada (FERREIRA, ESTEVES & ESTEVES, 2020, p.28). Podemos verificar a classificação dos antibióticos, de acordo com a categoria a que pertencem e o risco para indução de efeitos teratogênicos no quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Classificação de categoria de risco para a indução de defeitos teratogênicos

Categoria A de risco na gravidez: em estudos controlados em mulheres grávidas, o fármaco não demonstrou risco para o feto no primeiro trimestre de gravidez. Não há evidências de risco nos trimestres posteriores, sendo remota a possibilidade de dano fetal;

Categoria B de risco na gravidez: os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas;

<p>Categoria C de risco na gravidez: não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram risco, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas;</p>
--

<p>Categoria D de risco na gravidez: o fármaco demonstrou evidências positivas de risco fetal humano, no entanto, os benefícios potenciais para a mulher podem, eventualmente, justificar o risco, como, por exemplo, em casos de doenças graves ou que ameaçam a vida, e para as quais não existam outras drogas mais seguras;</p>

<p>Categoria X de risco na gravidez: em estudos em animais e mulheres grávidas, o fármaco provocou anomalias fetais, havendo clara evidência de risco para o feto que é maior do que qualquer benefício possível para a paciente;</p>

Fonte: Adaptado de ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Consulta Pública nº 116, de 23 de dezembro de 2010.

1.2 Encaminhar a gestante para consulta odontológica como parte integrante do pré-natal

Sempre que oportuno, nas consultas de pré-natal, conversar com a gestante sobre a realização de uma consulta odontológica. Orientar que naquela Unidade de saúde tem Equipe de Saúde bucal, ou grupos de gestantes ou encaminhar para algum serviço de saúde que possa realizar a consulta.

PROPOSTA 2: TRABALHAR AS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS E O CONTEXTO DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país cuja população tem sua formação mais de 56% pela população negra (pretos e pardos), de acordo com IBGE (2020). Importante trazer alguns conceitos para que os termos utilizados possam parecer menos difíceis de compreender. Introduzo o assunto trazendo o conceito de racismo, que é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2019, p. 32).

E como o racismo estrutura as relações sociais, políticas e jurídicas nesse país, precisamos entender o que significa falar em racismo institucional. Novamente, de acordo com Almeida (2019), práticas racistas já tidas como “normais” em toda a sociedade, reproduzidas por instituições (ALMEIDA, 2019, p. 48).

Colocados os conceitos, vamos então para as discussões relacionando os profissionais de saúde e as relações étnico raciais. E aqui trazemos as relações dos profissionais de saúde envolvidos nos atendimentos no pré-natal, seja na unidade de saúde no acompanhamento das consultas, seja no hospital ou local onde a gestante realizará o parto.

É nesse momento, nesse relacionamento direto com a gestante que a violência obstétrica infelizmente ocupa lugar. São as relações de poder estabelecidas por aqueles que exercem as atividades (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e outros profissionais) atuando no discurso com essas mulheres. E isso pode acontecer desde a maneira como são tratadas as gestantes durante as consultas, negando a elas o direito à assistência de qualidade (direito legal), relatado pelas gestantes em entrevistas à pesquisadora, até os casos mais graves de violência, como relatados por mulheres nas maternidades.

A proposta também contempla trabalhar com os profissionais da equipe uma forma de trazer ao conhecimento expressões de cunho racista que são usadas no cotidiano. Com o objetivo de fazer com que os profissionais possam perceber que expressões racistas que foram normalizadas nas relações do cotidiano, também são formas de praticar violência, tendo o racismo como o marcador dessa violência.

Realizar uma atividade com os profissionais que poderá ser na reunião de equipe, normalmente realizada durante 2h, em uma tarde nas unidades de saúde.*

Objetivo geral: identificar as frases de cunho racista usados no cotidiano

Objetivos específicos: identificar as atitudes racistas praticadas de forma consciente ou de maneira inconsciente; evidenciar práticas racistas do cotidiano e aquelas acontecidas nas instituições de saúde; estimular a consciência de práticas antirracistas; orientar leituras de autoras e autores negros como embasamento sobre racismo.

A dinâmica da atividade: Serão colocadas em uma mesa 7 cartolinas, contendo em cada uma delas, as letras que compõem a palavra **RACISMO** (fotografia 1). Em cada cartolina, no verso da letra, **números** de identificação em vários locais no papel, para que fosse lembrado que os negros escravizados recebiam “marcas” de ferro em brasa, prática de

* Essa atividade foi inicialmente proposta e realizada na disciplina de Laboratório de Educação em Saúde Coletiva - Colonialidade e Insurgência, no programa de Pós-graduação Mestrado em Saúde Coletiva, sob a orientação do Professor Daniel Canavese de Oliveira. A pedagoga Sônia Maria Ferreira Cruz foi colaboradora na construção da atividade, dos textos e na confecção do trabalho manual.

violência e tortura contra corpos negres, demarcando a propriedade de seus corpos pelos donos escravagistas, conforme a (fotografia 1); um número em **vermelho**, lembrando do sangue do povo negro escravizado (fotografia 2); o envelope *pardo*, remetendo às questões de cor e o que representa na sociedade falar / ouvir a palavra “*pardo*” (fotografia 2); no lado em que está a cor “**púrpura**”, mais uma vez remetendo às questões raciais (A cor púrpura – Alice Walker⁷).

A palavra **RACISMO** é composta por letras nas cores branco e preto, para evidenciar o contraste entre as cores.

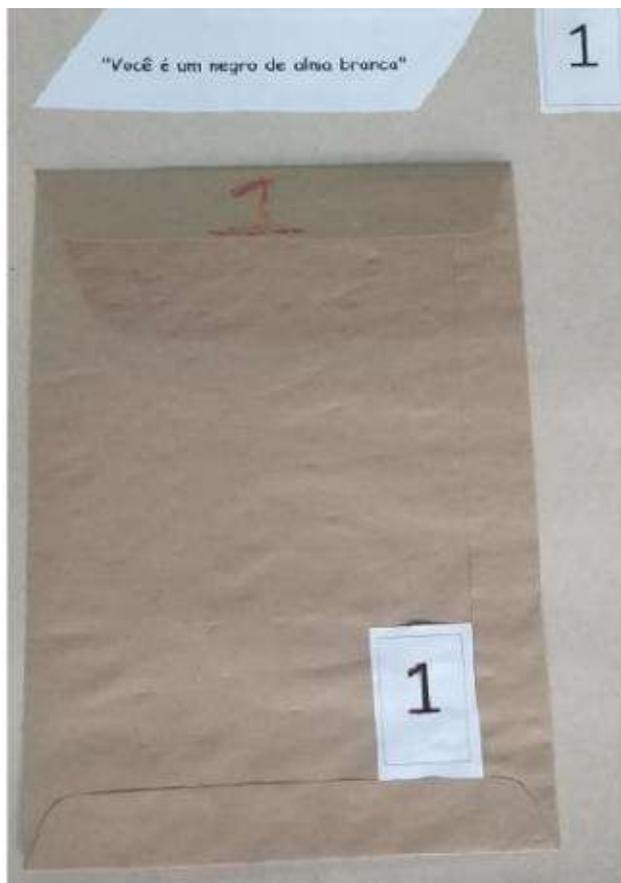
Fotografia 1: Ilustração com a palavra R A C I S M O, disposta nas cartolinas cortadas, cada uma com uma letra que compõe a palavra.



Na fotografia 2 abaixo, os números de identificação marcados em vários pontos da escrita.

⁷ Walker, Alice. **A cor púrpura**. 17 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2019.

Fotografia 2: envelope com o conteúdo da explicação da frase e os números marcados.



As frases estão escritas de formas diferentes para simbolizar que negras, negros e negres são diferentes. Explicar que pelo fato de sermos negros, somos únicos e únicas. Abaixo, a o quadro com a lista contendo as frases utilizadas na atividade:

Quadro 4: Lista de frases de cunho racista utilizadas para a realização da atividade

"Você é um negro de alma branca!"

"Como eu posso ser racista? Eu até tenho um amigo negro!"

Imagina se eu sou racista, eu tenho uma amiga negra e adoro o cabelo dela!"

"Amo a cor de vocês, mulheres negras são exóticas! "Você tem uma beleza exótica!"

Trabalho de preto; feito nas coxas;

Pé na cozinha;

"Não sou tuas negas"; "Disputar a nega"

Nossa, o mundo tá chato, agora tudo é racismo!

Deixa de vitimismo, foi só uma brincadeira!

A escravidão já acabou, esqueçam isso;

Negros são descendentes de escravos!

Você é até bonita pra uma negra!

Preto quando não suja na entrada, suja na saída!

É negro, mas é honesto.

Você não é negra, tem traços finos.

Você se daria bem na Europa, europeus amam mulatas!

Aos que quiserem participar da atividade, será oferecida uma das letras que compõem a palavra RACISMO em cujo verso está a escrita. Será pedido que façam uma leitura em voz alta da(s) frases e em seguida a explicação que segue em texto (aqueles que desejarem fazer a leitura).

Resultados esperados: Ao participarem da atividade, com a possibilidade de se ouvirem falando frases que são "naturalizadas" no cotidiano, os participantes poderão vivenciar e relembrar cenas e falas comuns nos encontros familiares, nas relações de trabalho e na vivência de alguns.

No final das conversas será estimulado que os profissionais procurem ler autoras e autores negros e negros, para melhor compreender o que é racismo e adotar práticas antirracistas.

Fotografia 3: Sugestão de livros de autoras e autores negros



PROPOSTA 3: RACISMO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA MULHERES NEGRAS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde,

O Brasil é o segundo país com maior percentual de partos realizados por cesárea no mundo: enquanto a OMS orienta uma taxa ideal entre 25 e 30%, a realidade brasileira aponta que 55,6% dos partos são realizados com essa prática. O percentual é ainda mais alto na medicina privada, na qual 85,5% dos partos são feitos a partir de cesariana, de acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Os objetivos dessa proposta são:

- Estabelecer os conceitos de racismo e violência obstétrica para que a equipe possa estar sentir-se mais conhecedora dos assuntos que serão abordados;
- Conversar com os colegas sobre o conteúdo das frases, as práticas de uso dessas frases e os possíveis efeitos causados nas mulheres, vítimas dessas ações.

Apresentar o quadro abaixo, com exemplos de frases ditas por mulheres que sofreram violência obstétrica.

Quadro 5: Fragmentos de relatos de violência obstétrica

Cuidado não confidencial ou não privativo:	“Após me levarem ao bloco cirúrgico fizeram exame de toque em mim no corredor, sem privacidade nenhuma;”
Abuso físico	“ me senti mutilada quando fizeram a episiotomia em mim”; senti muitas dores depois na barriga porque tiveram que apertar minha barriga para ajudar a nascer”;

*(segundo categorias de desrespeito e abuso durante o parto e nascimento entre mulheres que visitaram a Exposição Sentidos do Nascer. Brasil., 2015-2017 (LANSKY *et al.*, 2019). Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, 24(8):2811-2833, 2019.

E a partir de conversas geradas com a exposição dos assuntos, problematizar as questões que envolvem violência obstétrica e qual o papel dos profissionais de saúde.

APÊNDICE C - Cartilha com Orientações para as Gestantes

Oiii! Eu sou a Rose, dentista, trabalho na unidade de saúde e estou aqui pra te trazer algumas informações que eu acho que poderão te ajudar.

Tu sabias que agora que tu estás gestante tu podes fazer uma avaliação odontológica durante o pré-natal? E que se tu precisares realizar um tratamento odontológico tu podes fazer esse tratamento durante a gestação?

Então, vou te contar:

A gestante pode consultar com a/o dentista durante a gravidez. E se precisar realizar tratamento dentário, pode fazer também.

No primeiro trimestre, ainda podem ter alguns enjoos, fica meio ruim ficar mexendo na boca, não é? Para algumas mulheres, pode ser um pouco desconfortável; para outras mulheres que não enjoam, está tudo bem.

No último trimestre, por conta de ter ganhado alguns quilos... pode ser que fique meio desconfortável ficar na cadeira do dentista. E às vezes, aquela vontade de fazer xixi e ter que sair logo, pode dificultar ficar sentada, não é mesmo?

Por conta disso, dessas mudanças que acontecem no teu corpo, o melhor período para fazer o tratamento dos teus dentes é o segundo trimestre gestacional, mais ou menos da 14^a a 26^a semanas;

Só pra te ajudar a entender como se contam os trimestres, seria assim: Primeiro trimestre: 0 a 13 semanas. Segundo trimestre: 14 a 26 semanas. Terceiro trimestre: 27 a 40/41 semanas.

Mas olha só: se tu sentires dor de dente, se for necessário um tratamento de urgência tu podes fazer em qualquer período, independente do tempo de gravidez que tu estejas.

E tem mais coisas aqui pra gente conversar: A gestante também pode tomar anestesia. É seguro fazer anestesia durante a gravidez e não vai causar nada de ruim nem prá ti nem para teu bebê. E ainda, vai deixar mais cômodo o tratamento dentário porque tu não vais sentir dor.

E se precisar fazer a extração de um dente, se conversando com o profissional que está te atendendo ficar combinado que tu precisas fazer isso, não te preocupa. É seguro fazer extrações dentárias durante a gestação e isso não causará nenhum mal para o teu bebê.

Combinado então, que se precisar, tu podes tomar anestesia dentária, certo?

Ah, e eu lembro de algumas mulheres grávidas que consultaram comigo na unidade e me disseram que durante a gravidez os dentes delas ficavam fracos, por isso quebravam. E elas também disseram que isso acontecia porque o Cálcio dos dentes da mãe estava saindo dos dentes da mãe para formar os dentes e os ossos do bebê.

Aí eu conversei com elas do jeito que estou falando aqui contigo: o Cálcio que o teu nenê precisa **não** vai sair dos teus dentes. O Cálcio que teu bebê precisa está naqueles alimentos que tu come no almoço, na janta, às vezes até no café da manhã ou da tarde. Um exemplo desses alimentos seriam as frutas como maçãs, bananas, laranjas e alguns legumes como cenoura, alface e alguns outros.

Esses são somente exemplos, tá? Existem outros alimentos também, então dá pra conversar durante as consultas do pré-natal com os profissionais que te atendem!

Tem ainda outra pergunta que as gestantes me fazem quando estou lá na unidade de saúde: “Doutora, eu posso fazer Rx dos dentes?”

E a resposta é **SIM**, tu podes. Se for necessário fazer uma radiografia, se a dentista solicitar que tu faça esse exame, é seguro também. Lá na clínica que forem te atender pra fazer a radiografia, eles vão te colocar equipamentos de proteção individual, que são um avental de chumbo e um protetor de tireóide. Dessa maneira, tu e teu bebê estarão protegidos.

E é legal a gente falar aqui também de como é importante cuidar da tua saúde bucal durante a gestação, porque teu bebê também está sendo cuidado. Tu debes estar pensando que quando teu bebê nascer, quando estiver na época de nascer os dentinhos, será muito bom ver que são dentinhos saudáveis. E é bem legal que tu possas curtir isso!

Então, quando fores até a unidade de saúde para consultar no pré-natal, se alguém esquecer de te falar sobre cuidados com a saúde dos dentes, pede pra falar com alguém da equipe da odontologia.

O pessoal vai te ajudar com tuas dúvidas, te ajudar a cuidar da saúde da tua boca e da saúde bucal do teu bebê.

Até mais!!

APÊNDICE D – D. Dália: a Potência de uma Mulher Negra em um Território Chamado Alvorada

Esta é a parte que contará algumas histórias sobre a potência do território em que se instala nossa pesquisa. E quem contará para nós é D. Dália, uma mulher negra, a matriarca de uma família constituída com 7 filhos. Mulher forte, símbolo de resistência e potência do território. A colaboração de Dália para nossa pesquisa foi preciosa, pois além de nos contar sobre sua militância na cidade, nos presenteou com a oralidade das histórias de quem é do povo negro, conhecedora de nossa ancestralidade. Um verdadeiro presente sua fala. Tive a honra de poder passar alguns momentos em conversa com ela, em uma tarde de sábado.

Nossos contatos iniciaram em outubro de 2020, quando soube que ela poderia ser alguém que poderia contribuir para minha pesquisa. Uma grande amiga, Márcia, em conversas sobre as mulheres potentes do território, sugeriu que eu tentasse uma conversa com D. Dália.

Uma vez conseguidos os números de telefone para o contato, tratei de iniciar os preparativos. Consegui conversar com D. Dália por telefone, fiz minha identificação, expliquei do que se tratava minha pesquisa e perguntei se ela estaria disponível para uma conversa e qual dia, local e hora que ficariam melhor adaptados para ela. Com muita delicadeza ela me responde que sua casa é o melhor lugar para estar e conversar. E que seria muito bem-vinda minha visita para uma conversa. Proponho então que nossa conversa seja em um sábado próximo, que eu iria até a casa dela para esse encontro.

Achei tudo muito interessante e como sou profissional da saúde, já desenhei o protocolo incluindo os Equipamentos de Proteção Individual que seriam adotados. Separei jaleco descartável, máscaras faciais (descartáveis de TNT e um faceshield), frascos de álcool a 70% na forma líquida e em gel e cadeiras de praia. Tudo pronto e colocado no porta-malas do carro. Para meu entendimento, tudo estava correto e perfeitamente planejado.

Em uma reunião com o grupo de orientação, conversei sobre a data do encontro que terei com essa pessoa tão importante para minha pesquisa, D. Dália e que já separei todos os equipamentos de proteção individual necessários a fim de assegurar proteção para entrevistada e pesquisadora. Do grupo recebi duas colocações que considero importante relatar: em uma delas, uma colega disse que se ela fosse a entrevistada e alguém viesse preparada com todos esses equipamentos, ela se sentiria segura e pensaria em como a

pesquisadora teria sido preocupada em não causar exposição ao vírus. Relatou que se sentiria feliz por ter havido cuidado com a saúde dela. Outra pesquisadora relatou que chegar vestida com equipamento de proteção individual poderia causar um efeito indesejado na entrevistada e que por isso, poderia quebrar o ritmo de naturalidade que se seria esperado na conversa. Considerou que talvez fosse melhor aguardar mais um tempo para realizar a entrevista, avaliando os riscos da exposição ao coronavírus, ao fato de a entrevistada ser uma mulher idosa, que ela, como pesquisadora, não realizaria a entrevista nessas condições

Como resultado da reunião, resolvi aguardar mais alguns dias para conversar pessoalmente com D. Dália. Fiz novo contato por telefone e conversei com ela, explicando a situação de preocupação que me ocorria, por conta de estarmos na vigência da pandemia do coronavírus e não haver ainda, segurança sanitária. D. Dália, sempre com uma compreensão imensa das dificuldades, aceitou minhas ponderações. Ficamos acertadas de pensar em um encontro, provavelmente em um sábado, quando a estação do ano não estivesse apresentando tanta chuva, o que possibilitaria um encontro ao ar livre, sob a sombra de árvores que habitavam seu jardim. E assim ficou combinado.

Eis que chega o sábado em que poderemos finalmente realizar nossa conversa. Combinamos nosso encontro para às 15h de um sábado que prometia ser muito ensolarado, em janeiro de 2021. E assim foi! Em uma tarde de sábado, nos encontramos sob a brisa de uma encantadora tarde.

Cheguei até a casa de D. Dália 20 minutos antes das 15h. Sou capricorniana e sempre chego antes do horário combinado! Sou cordialmente recebida por sua filha, que imediatamente já chama por sua mãe, D. Dália, que me recebe com imenso sorriso. Iniciei me apresentando, e explicando que por conta de preservar nossa segurança, ficaríamos sentadas na rua, ao ar livre e que eu tinha cadeiras de praia no porta-malas do carro. D. Dália gentilmente me diz que poderemos ficar no seu jardim, um acolhedor “ pode ficar aqui, te sente como se estivesse em casa”. E ali ficamos por muitos minutos, sob as árvores do jardim, sentadas em uma conversa que trouxe muita alegria, muitas histórias e a felicidade de estarmos juntas.

Iniciei nossa conversa explicando quem eu era, de onde eu vinha, qual era o assunto de minha pesquisa e se ela permitiria que eu gravasse nossa conversa ao que ela gentilmente concordou. Expliquei que se tratava de uma pesquisa que eu estava realizando com gestantes da cidade e que muito me interessava saber sobre o que ela, D. Dália, poderia contar sobre

esse território. Falei também que havia entrevistado gestantes negras para essa pesquisa, e que por eu ser, como pesquisadora, uma mulher negra, gostaria muito que pudéssemos conversar sobre sua vivência, de ser uma mulher negra naquele território.

Foram vários minutos que se seguiram de uma conversa rica em detalhes, orientada pela ancestralidade que guia aquelas e aqueles que são do povo negro. Durante os momentos em que ficamos juntas pude vivenciar a dor do relato das histórias que foram contadas. Senti junto com ela, a vivência de ser mulher negra em um território de brancos. De ser a diferente enquanto o normal é o branco. De serem juntas, em uma só pessoa, pesquisadora-mulher negra – entrevistada, uma única entidade, uma vivência única.

As histórias contadas naquela tarde, que são muitas histórias do povo negro, contam a história do território onde a pesquisa aconteceu. Relatam a vida no território.

A vivência dos netos com a educação

D. Dália inicia contando sobre seus netos, as relações que estabelecidas por serem negros e habitarem um território que carrega a força do racismo estrutural. E enquanto conversa com eles, evidencia as dificuldades impostas pelo racismo estrutural que funda as relações nesse país e em especial, naquele território de periferia.

Na fala de D.Dália,

Sobre o lugar que o negro ocupa na sociedade, a primeira questão é como as pessoas atuam, como elas tratam as pessoas negras. As pessoas olham e dizem “olha, teu lugar não é aqui! O que tu tá fazendo aqui?!?” E o segundo por ser de periferia né? Um lugar onde as dificuldades são todas... né? Financeiras e, enfim, a gente tem, e eles acompanham todas as ações que a gente faz aqui...eles fazem parte de tudo isso, juntos vivendo, lidando com as pessoas, então eles estão vendo tudo isso. E eu digo que por isso mesmo, vocês têm que estar bem atentos e terem esse cuidado e de se prepararem para isso... prá lidar com isso porque não é nem um pouco fácil. Não vai ser fácil prá vocês, não é para um adulto! Porque vocês têm que ter todo um cuidado, vocês vão passar, vão chegar lá.

Digo que é de continuar resistindo. Resistindo porque a gente vive isso a todo momento, e situações até aqui mesmo né? Onde eu já sou moradora há bastante tempo, há muito tempo. Eu vim prá cá com 7 anos, não nasci aqui, mas sou moradora daqui, então pertença aqui. Eu

me criei aqui com meus pais onde o lugar era uma mata nativa de todos os lados, não se tinha acesso à condução, à comunicação, tudo era a pé, tudo muito difícil, né? Muito difícil, meu pai se deslocava para o terminal de ônibus ficava mais próximo era na parada 48.

Aqui D. Dália se refere ao ponto de localização do transporte urbano (ponto do ônibus) que está localizado no centro da cidade e que fica aproximadamente a 5km de distância da casa onde os pais moravam e ela continua morando.

Eu me criei aqui, eu pertencço aqui! E mesmo assim, acompanhando as pequenas mudanças, sabe? As poucas mudanças, assim. Porque agora tem pessoas com uma mente um pouquinho mais... esclarecida, mais evoluída... mas até bem pouco tempo as pessoas viviam naquele sistema de que o negro, pobre ele tinha que realmente morar no meio do mato, quanto mais escondido melhor, porque era vergonha e com isso, em todos os lugares, que chegavam, os poucos lugares que chegavam, comércio, enfim, o negro ficava na porta! Ficava na porta esperando a mercadoria, pedia lá da porta “quero tal coisa” e ali ficava esperando que ...quando tava no balcão “vem pegar!! E o vendedor não chegava nem perto!! eu vivi isso aí!!

Isso é racismo. E eu vivi isso, passei por isso, essa vivência toda. E acompanhando isso, e hoje, pouco mudou, pouco mudou. Então eu digo isso, porque eu vejo aqui, aonde a gente lida com as pessoas, com os moradores mais próximos também, espaço bem de periferia mesmo! Aqui é um espaço de muita, muita carência vivendo e as pessoas conhecem a gente aqui, de todo esse tempo, outros de menos tempo, mas conhecem, e ainda tem aqui, né? Agora eles já estão conseguindo mais a “me ver “ então, eles perguntavam : “quero falar com alguém que atenda, com alguém que atenda! E eu disse: pode falar! “pode falar, então..” E a pessoa insistindo: Não, quero falar com alguém que ME atenda, alguém que seja responsável, isso era o que ele tava dizendo, né? Tá, então eu disse, tu entra um pouquinho aqui...entra, vamos conversar...ou se quer uma água, enfim, para tentar entender que não tem outra pessoa. Que aqui, naquele momento pra atender ele, sou eu quem vai atender. Então... “ eu quero falar com alguém de outra cor “é o que está implícito na fala dessa pessoa.

Eu não quero falar com uma preta, velha, enfim, eu quero falar com alguém de outra cor e de preferência mais jovem! Então é bem claro assim, que antes até, antes isso sempre incomodou e vai continuar incomodando, mas a gente vai aprendendo a lidar, porque é uma questão realmente de informação.... de... um trabalho que vai permanecer e tem que ser feito, de se lidar com isso e as pessoas entenderem que todos podem fazer juntos ... tantas coisas, preto,

branco, enfim né? E a gente pode ser atendido, recebido ou ... maltratado da mesma forma, independentemente da cor, da raça né?

Faço um questionamento a D. Dália, se na opinião dela, a atitude dessa pessoa poderia ser classificada como uma atitude racista. Como um entendimento de que as pessoas são racistas, elas reproduzem práticas racistas, elas têm ações racistas. E que quando interpeladas, por exemplo na sua chamada para conversar como a senhora fez com esse rapaz, a pessoa se percebe que ela está sendo racista?

Sim, sim, creio que seja atitude racista sim. E que algumas pessoas percebem que sim. *E tem pessoas que não. Que ainda dizem assim, não nessa condição de esclarecer, porque eu não tenho essa condição mesmo de esclarecer como eu gostaria, mas de tentar mostrar que aquela atitude é desnecessária e que a gente pode conversar, enfim que a gente pode trocar o que for possível trocar independentemente da cor! E a pessoa dizer assim: “não, mas eu não sou...” “na minha família até tem ...”meu irmão é casado com uma “morena”...” não, não, não.... a minha vó era bem pretinha !” já ouvi muito isso, sabe, e no momento que a gente tá falando isso, ouvindo isso... essas coisas assim dá uma coisa tão ruim! Tão forte assim, sabe? Em pleno século XXI a gente tá vivendo isso!! E o quanto mais vai se viver isso?*

Novamente faço um comentário dizendo que, estamos vivendo isso em épocas diferentes, pela pequena diferença de idade, mas que pela trajetória do meu trabalho na cidade, as histórias são parecidas. Relatei que no início de minhas atividades como servidora pública, durante quase cinco anos fiquei sendo a única dentista negra no quadro de servidores. Eram 27 dentistas e eu a única negra. 26 brancos. E eu a negra única. A história do negro único. O fato de a pessoa ter uma avó bem pretinha, o avô bem pretinho, o irmão ou irmã casado com alguém negro, não torna essa pessoa não racista.

A pessoa está tentando justificar, mas é algo que não tem justificativa. Eu lembro bem quando era menina, que tinha o vendedor do armazém, era armazém que se dizia na época, o mercado, o bolicho, o armarinho, todos esses nomes a gente dizia na época. Em uma ocasião, então, uma família que na época era uma das famílias mais abastecidas financeiramente aqui né, da qual a minha mãe era a lavadeira, essas famílias, então uma dessas famílias, “a família dos seus Fulanos”,⁸ era dono do bolicho e eles tinham na família mesmo casado ou na família com alguém da “família dos Beltranos”, que eram também tão importantes quanto os outros

⁸ Os nomes verdadeiros das duas famílias foram omitidos por questões éticas, bem como os nomes de outros personagens que aparecerão ao longo do texto.

da outra família. Quando eu ia no armazém que a minha mãe pedia, e eles me mandavam ficar na porta esperando, eu como menina que era, criança, e sem entender nada, eu achava: "minha nossa, como eu sou importante!"

E era assim que eu pensava: " como eu sou importante de ficar parada na porta esperando, né? "!" Eu ficava esperando, na porta e achando que eles iriam me alcançar as compras!!! Mas isso não acontecia. Não, não me alcançavam nada! Eu é que ia até o balcão pegar, mas depois que eles já tivessem se retirado, se afastado um pouco né, como se eu estivesse representando um perigo né, uma ameaça, sei lá o que passava na cabeça deles. Mas enfim, mas era bem explícito aquela questão do racismo mesmo!! "Já que eu tenho que atender essa negra, né, então não vou chegar perto, ela que espere!" Essa era a ideia talvez, que passava na cabeça deles.

E sabe que eu fui me dá conta sim, percebendo, já estava com meus 9, 10 anos, já estava estudando, mas não era falado naturalmente, né? Da diferença de tratamento, não era falado. Mas comecei a perceber isso quando uma situação muito pesada...que prá o resto da minha vida eu vou lembrar isso, eu vivi. Da onde é o Umbu hoje, desde o bairro Salomé, até a divisa de Gravataí mais ou menos, ali pela RS 118, naquele tempo nem tinha ainda a RS118. Era tudo estrada de chão, nem asfalto não tinha. Era um matagal e quase nenhum acesso. E essa área então pertencia às famílias dos brancos importantes, chamados de famílias dos "arrozeiros" e família dos "feijoeiros". Eram tradicionais no lugar, de dinheiro enfim, q tinham algum comércio.

Famílias brancas que tinham um comércio como açougue, tambo de leite, onde talvez um possível armazém, que vendia só o necessário. Eles tinham dinheiro! Eram os donos, famílias brancas, eram donos de todos esses hectares, terras aí, do outro lado do riacho Feijó, e onde tinha muita roça, chamavam de roça, onde tinham muita plantação de melancias, aipim, mandioca, esses alimentos, que eram plantados e colhidos como alimento para o gado. E como tinha um riacho, não esse de hoje que é poluído, um riacho que a gente tomava banho, pegava água do riacho e meu pai, meu pai gostava muito de pescaria. E passava pra o outro lado às vezes, as árvores muito velhas, caíam, por cima do riacho, meu pai passava, eu passava, eu sempre acompanhando meu pai, como filha única né, acompanhava ele quando ia pescar. E uma vez, meu pai disse: 'volta para casa negrinha"! Meu pai me chamava assim, ele podia! Vai pra casa que o pai vai mais adiante! E foi! Tinha um empregado dessa família, que se chamava "Zé capitão", e ele também era um negro, um negro mais claro. Ele era um "

negro de confiança“. Não, na verdade, ele não era um negro, era um empregado de confiança!!

Ele era o capitão do mato! Ele fazia toda essa área da mata, dos campos, rodando a cavalo, se alguém pisava nas terras de lá ia fazer um estrago, né? Principalmente um negro! Como foi com meu pai que foi pego do lado de lá!!! E aí, ele, o capitão do mato, simplesmente passou com o cavalo por cima do meu pai. Bateu muito no meu pai... bateu muito no meu pai...daí com isso ele,... ele machucou muito ele né? Machucou muito ele e quando veio pra casa ele não conseguia falar o que tinha acontecido. Minha mãe viu ele todo machucado, os braços machucados com marcas de relho...e não disse nada, nada perguntou. E se passaram alguns dias e ele não falou, não conseguia falar né? Enquanto lembrava daquilo, doía muito e ele não conseguia falar. Chorou muito meu pai e isso me marcou muito. Um homem, na época meu pai deveria estar com seus 50 e poucos anos, e chorando por ter apanhado só porque cruzou a fronteira...cruzou nas terras que não eram dele... pisou nas terras que não eram dele!!!

Aí eu comecei a perceber, né? Depois de dias e dias que meu pai conseguiu falar do que tinha acontecido. E ele dizia: “ ele não perguntou, não conversou, já chegou agredindo, batendo”! Enfim, meu pai tinha conseguido falar sobre o que havia acontecido. Ainda chorando, meu pai pouco falava, mas conseguiu a dizer “ Um negro como eu me bateu! Um negro como eu! E me fez isso!! Ficou cicatrizes e tudo mais.

E até hoje eu lembro disso. Claro que não foi uma coisa boa, né? Mas assim de trazer, poucas vezes até porque não tem que estar relatando, mas por que eu comecei a entender né? A diferença de classe social, né? Porque era uma família rica, se julgavam pelo menos, pessoas importantíssimas do passo do Feijó, então eles “tinham um empregado que tomava as providências quando alguém pisava nas terras deles “ e que tinha diferença por ser pobre e negro! Pobre, mas principalmente, negro!

Foram tantas situações. Tantas situações, a gente vai, a partir da história do meu pai, eu passei a perceber. E mais, mais situações surgiram, comigo mesma, como menina, mesmo. A minha mãe como lavadeira, era eu e ela, meu pai saía muito cedo, pela madrugada pra trabalhar, nesse mesmo espaço aqui onde a gente tá conversando.

Minha mãe lavando e eu entregando as roupas. Ali na avenida principal onde é a Tijuca, na esquina, prá lá tudo era mato ainda, granja de arroz e não tinha acesso. Minha mãe lavava, meu pai fez o valo que corria assim, fez uma taipa e pra trancar a água e o espaço para correr

a água limpa. E eu sempre junto com ela. Aí chegava o dia de buscar aquele rouparedo das famílias, né? Eu com uma carretinha, então eu trazia anotado numa folhinha de caderno: dona fulana, dona fulana, dona fulana, em sequência e quantas peças eram de cada uma das madames. Tinha que ter anotado tudo ali e as roupas eram todas de algodão, não tinha peça que fosse tecido finíssimo. Ali no caderninho as peças anotadas enfim.. ali as peças anotadas e na segunda e na terça, era eu que fazia isso. Então eu ia buscar, chegava da escola... né? Almoçava e já ia buscar! então até sexta feira a minha mãe tinha para entregar o que tá ficando pronto já separava e entregava. E onde eu entregava, nas casas dessas madames, eu também não entrava. Chegava no portão, na porteira, chamava batia palma: “dona fulana, dona fulana! Aí, depois de horas aparecia alguém, um empregado para receber e avisava lá a dona fulana e ela vinha pra pegar. E eu estava ali, esperando, parada em frente à porteira. E tinha uma família, “ os Portinari”, moravam lá onde é construído um pouquinho abaixo da estação de telefonia, na parada 59.E lá tinha um pomar muito lindo, árvores com muitas frutas, algumas caíam no chão, apodreciam pela ação do tempo. E então tinha uma senhora que ela chamava Dona Dálmata. E naquela época, as mulheres, por serem mulheres, elas também eram maltratadas pelos seus maridos. Só que não se falava, como ainda hoje, é violência doméstica, mas não se falava na época.

Não digo que ela fosse uma pessoa extremamente generosa, mas eu acho que ela se compadecia um pouco, uma criança, ali parada na frente. Talvez pensasse: “ah, vou dar essas frutas pra ela!” Então eu lembro que ela ia lá, pegava uma vassoura, aquela vassoura do campo, varria tudo, amontoava tudo e dizia pra mim: Entra bem quietinha e pega tudo que tá lá no chão, tudo prá ti !”

Tinha maçã podre, laranja podre... mas enfim, ela tava fazendo a ação dela. Sim, da maneira que ela achava, era uma ação boa. Era só quando eu podia entrar, mas escondida!!! Escondida do marido, de um empregado que podia ver e se visse, contava....né? Contava que “tinha entrado uma negrinha ali e roubado frutas !” Então essas coisas todas, mas eu achava ela uma pessoa generosa, muito bondosa, no meu entendimento de criança.

E eu chegava em casa e contava pra minha mãe e ela: “minha filha, pra que tu pegou? Não precisa! Tá bom, agora tu já pegou! E a minha mãe via, ela entendia essa diferença toda. Eu não entendia ainda.

O que pensamento que pairava era : “ah, vou dar pra essa negrinha, deve tá passando fome!” Ou mais ou menos isso, isso vinha de muito tempo, sempre teve, né?

Então coisas assim, depois de adulta, depois de velha, passei por coisas assim, mas aí a gente já sabe né? Já sabe como se defender.

Às vezes eu me pergunto, sei lá, será que por alguma lei, teria que se passar isso? Teria que se viver isso? O negro tem que passar por isso? A gente tem que passar por isso?

Eu comento que a gente não teria que passar por isso, pois leis existem, só que elas não são cumpridas. Nós temos o instrumento constitucional, nós temos as leis e olha o acontecimento em novembro do ano passado, a morte do Beto no Carrefour que foi assistida, aplaudida e filmada. Mais um corpo negro assassinado. E para que servem as leis?

Nada justifica, nada. Eu não tinha visto aquilo na televisão, procuro não ver muito, sabe? Mas tem algumas coisas que a gente não pode evitar de ver ouvir. E quando a gente começa a ver e ouvir, nada justifica. Eu passei muito tempo acho que é uma revolta, mas uma sensação muito ruim, interior. É um irmão, né? Os brancos acham que é normal, afinal era um vagabundo, morava na periferia, já tinha ido lá, tinha histórico de crimes.

Passamos então a conversar sobre as questões das aulas, sobre os netos de D. Dália, sua relação com a escola e como eles estavam sentindo as questões da ausência de aulas por conta da pandemia.

Eles estão sem aula, foi em março do ano passado que parou, né? Tiveram todo o ano, para alguns foi muito bom, mas eles não sabem o peso disso ainda né? Depois isso vai aparecer. E todos passaram, todos passaram de ano e agora eu não sei, falam que em março vai retornar...não se sabe ainda, eu tenho uma coisa muito forte comigo, mas eu não falo pra eles, né? Que ainda não vai passar, não vai passar...

Tem a vacina, graças a Deus, tá chegando, tá chegando lentamente e que já tá gerando tantos conflitos com isso aí, né? Quem sabe, não vai mais um ano? Mas enfim, por conta disso tudo a gente tá se preparando pra que essas crianças, não somente os de casa, mas os do entorno, que a gente possa ter um espaço para que eles possam estudar.

D. Dália então me convida a conhecer o espaço que estão preparando para acolher esses jovens e que servirá de oferta para estudar em tempos de pandemia. Saímos do quintal e nos dirigimos à parte mais no final de um corredor que leva até a residência. Lá encontramos uma sala que está sendo reformada, um amplo espaço cujo projeto prevê uma sala de estudos e um espaço cultural, um grande espaço de acolhida que servirá aos netos e aos jovens, moradores dos arredores, que estão em prejuízo escolar por conta da pandemia da COVID-19.

Então a gente tá fazendo a reforma e são dois moços que trabalham aqui, um negro (Vulcano) e um branco (Thor). Eles são parentes porque tem irmãs casadas um com outro, enfim. E isso assim de falar, de colocarem assim muito na diferença de cor e aí chegou um dia a gente conversando, porque tenho certa liberdade de conversar com eles, claro que com cuidado com o que se vai falar, né? E falando as questões do racismo mesmo, né? E o branco, o Thor diz assim: “É os tempos mudaram, né? E eu respondo: “é que bom que os tempos mudaram, ainda bem né? “E o Thor continua: “Eu tenho o meu trabalho, eu tenho meu trabalho, mas em outros tempos, meu pai sempre falava que era diferente. Era diferente porque pessoa morena como tu trabalhava prá os brancos, né? Ah, pra mim não tem diferença porque o dinheiro não tem cor, não tem nome! Como tu vê como que tá diferente que hoje, agora, eu tô trabalhando prá ti!

E eu disse: “pois é, não mudou tanto, né? É uma questão, assim, de se entender de trabalhar isso na gente. E isso deveria ter sido feito há séculos passados, né? O branco ou negro poderia trabalhar em comunidade, em troca, não colocando a diferença. E como que tu vê isso? Tu vê como uma coisa boa?

Thor responde que vê como uma coisa boa e “que trabalha muito para moreno, se não fosse assim ele não teria trabalho !”

Não, tu teria eu digo. Tu é um bom profissional, né? E trabalho não vai faltar. E aí o outro que é negro mais claro (Vulcano), disse: não, mas a Dália não é negra!

E eu digo que sou, graças a Deus eu sou negra! E vou te dizer que eu tenho uma alegria interior muito forte porque eu sou negra. E não é uma alegria porque eu tô falando aqui pra ti. É uma alegria porque me dá coragem pra poder te responder, porque em outros tempos eu teria que baixar a cabeça pelo que o Thor falou...Eu teria que ouvir calada! E eu consigo responder, eu tenho a liberdade de responder.

Aí o assunto terminou ali! Mas essas coisas assim que vem, assim, sabe, ao encontro da gente e não é por acaso. Então eles têm essa fala assim, como tu mesmo falou, não tem a noção do que a gente sofre não só na pele, né? Mas na carne, uma dor, uma ofensa muito profundos, né? De ser tratada com diferença, todas as diferenças só pela cor da pele. Só por ser negra. Eu posso tá muito bem-vestida, vou ser tratada diferente.

E eu falo muito, trabalho isso com meus netos, porque eles são negros de pele clara. Digo a eles que vão ser tratados como brancos, vocês vão estar no meio, nos grupos dos brancos. Mas não esqueçam de que vocês sempre serão negros. Vocês não esqueçam de que

tua mãe é negra, teu pai, teus avós, teu avô, todos negros. E mais, tem alguma coisa mais forte ainda, negros de religião de matriz africana, e vocês, negros nascidos dentro de um terreiro! Nascidos dentro desse terreiro e criados aqui, então não esqueçam disso! Sempre falo isso pra eles.

Continuamos conversando sobre as questões das dificuldades escolares e D. Dália comenta sobre seu desejo de que seus netos possam estudar no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RS- campus Alvorada.

É um sonho deles e meu também que eles consigam chegar no IFRS. E porque vai ter uma base muito importante pra eles. Eu disse que quero muito que vocês consigam vai ser uma alegria indescritível ter eles ali... num lugar que ninguém acreditava que seria uma escola...o pessoal dizia que era um presídio!! Um lugar de educação! Uma base forte, não sei.. mas vai ser algo muito forte de ver tantos outros meninos daqui... esse aqui e do lado de casa... tem que estudar!

APÊNDICE E – ARTIGO DA DISSERTAÇÃO

1

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE BUCAL: O QUE NOS DIZEM
GESTANTES DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL****THE COMPLETENESS OF ORAL HEALTH CARE: WHAT PREGNANT WOMEN
IN A MUNICIPALITY IN SOUTHERN BRAZIL TELL US**Rose Mari Ferreira¹ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9740-8755>Alcindo Antônio Ferla²ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9408-1504>**RESUMO:**

Os cuidados com a saúde bucal da gestante são importantes durante o acompanhamento do pré-natal e têm reflexos na saúde da mulher e do bebê. As orientações para o cuidado integral no pré-natal no Sistema Único de Saúde incluem a atenção à saúde bucal da gestante. Entretanto, as evidências do cotidiano demonstram que as ações de saúde bucal ainda não estão incorporadas nas rotinas de pré-natal por falhas na rotina e por crenças das gestantes. O objetivo geral dessa pesquisa foi de analisar a integralidade do cuidado em saúde bucal no pré-natal, a partir das informações sobre cuidado relatadas pelas gestantes. A pesquisa teve delineamento qualitativo e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa. Os instrumentos de produção de dados foram questionário de identificação sociodemográfica, entrevistas com roteiro semiestruturado e anotações em caderno de campo. Os dados foram tratados utilizando-se a análise temática com a construção de categorias teóricas e empíricas. As entrevistas aconteceram no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. Foram entrevistadas 7 mulheres, sendo 4 mulheres negras (pretas e pardas), 2 mulheres brancas e uma mulher indígena, moradoras em Alvorada/RS. As entrevistas foram suspensas mediante evidências de saturação empírica da amostra. Mais de 50% das gestantes haviam finalizado o ensino médio e apresentava renda mensal de até R\$ 2.090,00 reais. Os resultados apontaram que não foram ofertadas consultas odontológicas para 86% das gestantes. O medo de submeter-se a tratamento odontológico com uso de anestesia dentária durante a gestação foi constante nos resultados e teve origem em informações obtidas e/ou não esclarecidas nos atendimentos prévios. Metade das gestantes negras relatou sofrer violência obstétrica e todas as entrevistadas manifestaram medo em não poder ter acompanhante no parto devido à pandemia da COVID-19. Foi evidenciado que a consulta odontológica ainda não se constitui como rotina no pré-natal com déficits à integralidade. Considerou-se importante realizar programas de educação permanente em saúde para profissionais, enfocando as orientações de saúde bucal às gestantes no pré-natal e a equidade étnico-racial.

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do RS; graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Federal do RS.

² Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; orientador do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Palavras-chave: Mulheres grávidas; Odontologia; Tratamento dentário; Integralidade em saúde.

ABSTRACT:

Care for the oral health of pregnant women is important during prenatal care and has an impact on the health of the woman and the baby.. The guidelines for prenatal comprehensive care in the Unified Health System include attention to the oral health of pregnant women. However, everyday evidence demonstrates that oral health actions are not yet incorporated into prenatal routines due to routine failures and pregnant women's beliefs. The general objective of this research was to analyze the integrality of oral health care in prenatal care, based on information about care reported by pregnant women. The research had a qualitative design and approval by the Research Ethics Committee. The data production instruments were a sociodemographic identification questionnaire, interviews with a semi-structured script and notes in a field notebook. Data were treated using thematic analysis with the construction of theoretical and empirical categories. The interviews took place from December 2020 to February 2021. Seven women were interviewed, 4 black women (black and brown), 2 white women and an indigenous woman, living in Alvorada/RS. More than 50% of pregnant women had completed high school and had a monthly income of up to R\$2,090.00. The results showed that no dental appointments were offered to 86% of the pregnant women. Interviews were suspended due to evidence of empirical saturation of the sample. More than 50% of pregnant women had completed high school and had a monthly income of up to R\$2,090.00. The results showed that no dental appointments were offered to 86% of the pregnant women. The fear of undergoing dental treatment with the use of dental anesthesia during pregnancy was constant in the results and originated from information that was obtained and/or not clarified in previous appointments. Half of the black pregnant women reported suffering obstetric violence and all interviewees expressed fear of not being able to have a companion during childbirth due to the COVID-19 pandemic. It was evidenced that the dental appointment is not yet a routine in prenatal care with deficits in integrality. It was considered important to carry out programs addressing continuing education in health, with a focus on oral health guidelines for pregnant women during prenatal care and also the approach of ethnic-racial equity.

Keywords: Pregnant women; Dentistry; Dental treatment; Health integrality.

INTRODUÇÃO

Os cuidados com a saúde bucal da gestante são importantes durante o acompanhamento do pré-natal e têm reflexos na saúde do bebê, compondo as iniciativas que descrevem a integralidade da atenção no pré-natal. A integralidade do cuidado é um princípio ético, político e epistêmico do sistema de saúde brasileiro e, no campo da saúde coletiva, vem sendo construída como um conceito aberto, móvel e que gera encontros e tensões interdisciplinares e com o cotidiano das práticas¹.

Entretanto, evidências sistematizadas em estudos mostram que a atenção à saúde bucal não é ofertada regularmente às mulheres gestantes e diferentes fatores interferem no acesso e na qualidade das ações tornadas disponíveis. Pesquisas têm demonstrado que as gestantes declaram ter medo de submeter-se à anestesia dentária para realizar procedimentos odontológicos e que em função disso algo possa acontecer com seu bebê, contribuindo para a não realização do tratamento odontológico².

Na pesquisa realizada por Ferreira, Esteves & Esteves³, em que participaram 44 gestantes, os resultados evidenciaram que 65,9% não haviam realizado consulta odontológica durante a gestação e 54,5 % das gestantes achavam que não poderiam realizar tratamento odontológico utilizando anestesia. Em estudo realizado por Nogueira⁴, 57% das mães que foram entrevistadas não haviam procurado tratamento odontológico durante a gestação e 2% das mulheres entrevistadas declararam que, ao procurar o tratamento odontológico durante a gestação, tiveram a recusa do cirurgião dentista justificada pela restrição associada à gestação⁴.

Em outra pesquisa realizada por Mattos e Davoglio⁵ as autoras consideram que informações que não sejam cientificamente comprovadas são frequentes na cena do cuidado, relacionadas à permanência de crenças e mitos sobre o tratamento odontológico durante a gestação e que fatos como esses, contribuiriam com a desinformação de gestantes sobre tratamento dentário, seja pela preservação de crenças prévias ao atendimento, seja por ruídos de comunicação que confirmam essas crenças.

Em relação aos cuidados odontológicos durante a gestação, o “Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco”⁶ organiza a assistência ao pré-natal e descreve as ações de responsabilidade da Equipe de Saúde Bucal, entre essas, a realização de consulta odontológica durante a gestação. É no atendimento odontológico à gestante, que pode ser realizado durante todo o período gestacional, observando-se os cuidados que estão indicados para cada trimestre,

a importância da relação entre saúde bucal da mãe e a influência na saúde bucal do bebê, assim como ações de educação e promoção da saúde, onde se abre a possibilidade de explorar mitos e crenças.

Verifica-se, portanto, que o contexto da atenção à saúde das mulheres no Sistema Único de Saúde destaca a necessidade e a oportunidade da atenção à saúde bucal na gestação, para atuar sobre problemas específicos de saúde bucal no pré-natal e para desfazer crenças e mitos que dificultam a adesão e mobilizam as gestantes. Nesse contexto, o objetivo geral da pesquisa foi de analisar a integralidade do cuidado em saúde bucal no pré-natal, a partir das informações sobre cuidado relatadas pelas gestantes. E os objetivos específicos foram compreender como medo, mitos e crenças influenciam na busca de acompanhamento odontológico no pré-natal, identificar se as gestantes em acompanhamento de pré-natal receberam orientações de saúde bucal para ela e para o seu bebê e analisar como marcadores sociais como raça, cor, classe social, escolaridade influenciam o cuidado integral da gestante em atendimento no pré-natal.

Serão apresentados a seguir: a metodologia que foi utilizada para a realização da pesquisa e em seguida, os resultados obtidos pela análise dos dados, juntamente com a discussão sobre a importância desses resultados no campo da saúde coletiva. No final, serão apresentadas as considerações finais e, também, possíveis caminhos que podem ser trilhados a partir dos resultados dessa pesquisa.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em Alvorada, cidade da região metropolitana da Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul. O município conta com uma população de aproximadamente 211.000 habitantes, de acordo com IBGE⁷. O estudo teve desenho qualitativo e utilizou, como instrumentos para a produção de dados, uma entrevista com roteiro semiestruturado, um

questionário com informações sociodemográficas e anotações realizadas no caderno de campo. Para o tratamento dos dados coletados foi utilizada a análise temática de conteúdo, com a construção de categorias teóricas e empíricas⁸.

Para a composição da amostra, os critérios de inclusão utilizados foram de a mulher estar em acompanhamento do pré-natal independentemente de outras gestações prévias, ser residente no município e concordar em conceder entrevista. Participaram da pesquisa as mulheres que concordaram em conceder a entrevista e que foram localizadas por uma rede de informações produzidas no território, com indicações a partir da demanda inicial, feita por lideranças comunitárias na periferia urbana do município. O território em questão tem características de periferia urbana em uma região metropolitana e, no município em questão, encontra-se na transição entre o perímetro urbano e a pequena faixa considerada rural. O território foi de escolha intencional, uma vez que o processo de metropolização, sobretudo a metropolização tardia⁹ gera efeitos contraditórios nos processos de planejamento urbano, de organização dos sistemas de políticas sociais e da ocupação territorial. Na compreensão que embasou o planejamento da pesquisa, essa condição estaria associada à explicitação de contradições entre as diferentes lógicas de ocupação do território, sobretudo na dimensão da organização concreta da vida das pessoas, tornando visíveis os fluxos micropolíticos de acesso e qualidade do cuidado ofertado na atenção à saúde, seja nos serviços públicos ou privados.

Os dois bairros do município em que foram realizadas as entrevistas, Aparecida e Nova Alvorada têm características próprias compatíveis com os objetivos da pesquisa. O bairro Aparecida, de localização periférica, com características urbanas é considerado a segunda maior população do município, apresentando regiões de alta vulnerabilidade social, inclusive no que se refere ao acesso a políticas públicas. O bairro Nova Alvorada, tem localização mais distante do centro do município, apresentando características de uma zona mais rural, em que as características culturais são diversas, sobretudo em relação ao pertencimento à cidade e à

organização da vida e ao acesso a bens e serviços. Ambos os perfis de urbanização e de ocupação do território favorecem a identificação de condições que interrogam a integralidade da atenção em condições diversas para o acesso e vínculo aos serviços sendo, portanto, relevantes para a pesquisa qualitativa.

As entrevistas aconteceram no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. Foram entrevistadas 7 mulheres, sendo 4 mulheres negras (pretas e pardas), 2 mulheres brancas e uma mulher indígena, moradoras em Alvorada/RS. Todas as entrevistas foram realizadas em local próximo à residência das participantes, em encontro único da entrevistada com a pesquisadora. 6 entrevistas foram realizadas na calçada, em frente à casa da gestante, com as participantes da pesquisa e a pesquisadora sentadas em cadeiras de praia e ao ar livre. Uma entrevista foi realizada no local de trabalho da gestante. Em todos os encontros foram adotadas as precauções necessárias para evitar contaminação pelo Coronavírus: distanciamento físico, uso de máscaras faciais adequadas e uso de álcool 70% em gel para higienização de mãos e desinfecção de canetas utilizadas no preenchimento dos dados das entrevistadas.

O roteiro semiestruturado utilizado na entrevista incluiu perguntas relativas à situação atual da gestação, como estava sendo realizado o acompanhamento do pré-natal, quais os profissionais envolvidos no acompanhamento do pré-natal, dificuldades em acessar algum serviço em função da cor da pele, ter realizado consultas odontológicas, ter recebido orientações sobre direito a ter acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto.

A pesquisa teve aprovação ética de Comitê de Ética em Pesquisa, com protocolo de aprovação CAAE. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A fim de preservar a identidade das mulheres, foram usados nomes de flores para cada uma das entrevistadas, com denominações foram construídas a partir de escolhas das mulheres, mobilizadas pela proposta inicial da pesquisadora. Dessa forma, teremos Petúnia, Tulipa, Jasmim, Magnólia, Camélia, Amarílis e Hortênsia.

Abaixo a tabela com o perfil sociodemográfico das mulheres e também com as denominações a elas atribuídas.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e denominações das mulheres participantes da pesquisa

cor da pele (IBGE)	pseudônimo que foi usado	ocupação	escolaridade	renda mensal	Data da entrevista
Preta	Petúnia	assessora de comunicação	Ensino superior incompleto	RS 1.045,00 a RS 2.090,00	12/01/2021
Preta	Tulipa	do lar	Ensino fundamental completo	RS 1.045,00 a RS 2.090,00	20/01/2021
Preta	Camélia	MEI/costureira	Ensino médio completo	RS 1.045,00 a RS 2.090,00	12/02/2021
Parda	Hortênsia	do lar	Ensino médio completo	RS 1.045,00 a RS 2.090,00	26/12/2020
indígena	Jasmim	do lar	Ensino médio completo	RS 1.045,00 a RS 2.090,00	26/01/2021
Branca	Magnólia	empresária	Ensino superior completo	RS 1.045,00 a RS 2.090,00	20/01/2021
Branca	Amarílis	educadora infantil	Ensino médio completo	RS 1.045,00 a RS 2.090,00	12/02/2021

Fonte: Autoria própria, 2021.

O perfil das participantes é assim sintetizado: 7 mulheres sendo 4 autodeclaradas negras (pretas e pardas), 1 mulher indígena e 2 mulheres brancas, em relação à cor da pele. Quanto à escolaridade, 4 mulheres haviam concluído o ensino médio e em relação à renda mensal, todas declararam renda média de até RS 2.090,00 reais. No momento das entrevistas, 3 mulheres não desenvolviam atividade laboral remunerada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados da entrevista, foram construídas categorias temáticas que permitiram analisar a atenção à saúde bucal das mulheres na gestação. As categorias teóricas construídas e que serão descritas nesse artigo são: Medos, crenças e mitos nas falas das gestantes; Orientação para cuidados com saúde bucal na gestação para mãe e para o bebê; e Racismo institucional e a violência obstétrica com mulheres negras. Além dessas, inspiradas em estudos prévios, foi possível construir uma categoria empírica, que emergiu devido ao contexto das medidas de enfrentamento à pandemia, relativa ao medo de não ter acompanhante no parto relacionado à COVID-19. O quadro com as categorias de análise construídas, teóricas e empírica e algumas ideias que as constituem pode ser observado abaixo:

Quadro 1 - Categorias analisadas e ideias que as constituíram

Categorias	Ideias que constituíram a categoria
Medos, crenças e mitos nas falas das gestantes	medo de submeter-se à anestesia dentária durante a gestação; medo de realizar exodontia, ter hemorragia e perder o bebê;
Orientação para cuidados com saúde bucal na gestação para mãe e para o bebê	profissionais que atuam no pré-natal e que não orientam as gestantes para avaliação odontológica;
Racismo institucional e a violência obstétrica com mulheres negras	violência verbal com gestantes em atendimento no pré-natal;
O medo de não ter acompanhante no parto relacionado à pandemia da COVID-19	não possibilidade de ter uma acompanhante, já nas consultas de acompanhamento do pré-natal ; medo de ter que estar em um hospital por conta da pandemia da COVID-19; medo de não ter acompanhante;

Fonte: Autoria própria, 2021.

MEDOS, CRENÇAS E MITOS NAS FALAS DAS GESTANTES

De acordo com o Dicionário online de português, o medo é descrito como estado emocional provocado pela consciência que se tem diante do perigo; aquilo que provoca essa consciência. Resultados de pesquisas realizadas com gestantes apontam o medo de realizar tratamento odontológico com anestesia, de submeter-se a extração dentária e de realizar exame radiográfico como motivos de não adesão da gestante ao tratamento odontológico¹⁰.

Com nossas gestantes, encontramos o sentimento medo quando o assunto tratava de anestesia dentária, da realização de alguns procedimentos odontológicos e de realizar exame radiográfico. Abaixo, a fala de Tulipa quando relatou que estava realizando consulta de acompanhamento do pré-natal no hospital

[...] olha eu tive um problema na primeira gravidez, eu tive um problema e eu não pude tratar... e eu tinha muito medo de anestesia, não vou mentir...eu acho que não posso, né? tomar anestesia? Porque tô gestante...

E Jasmim, quando respondeu à pergunta se teria algum procedimento dentro do tratamento dentário que ela, por estar gestante, acreditava que não poderia fazer, nos responde

Acho que talvez, não sei se... acho que a anestesia talvez... a gente não poderia, mas acho que qualquer outra coisa a gente poderia fazer. De limpeza... né? Essas coisas assim ...essa função de quando tu tem alguma coisa de cárie...alguma coisa prá tirar, quando põe aquelas massinhas..., se tem algum dente quebrado ...

Quando a pergunta foi feita à Hortênsia, se ela achava que por estar gestante teria algum tratamento dentário que ela não poderia fazer, ela respondeu da seguinte forma

[...] que eu não posso fazer? ...pois é eu tenho um tratamento de canal para fazer, que eu já ia começar a fazer, mas aí quando eu descobri que tava grávida eu fiquei com medo de fazer o tratamento de canal... Ah...aí eles falaram que não tem problema... até eu esqueci de perguntar para o médico na última consulta ... mas eu não sei... se posso fazer...eu não sei se mesmo ele falando que eu posso fazer eu vou fazer...eu acho que não, que não vou fazer! [...]

Em relação ao medo de se submeter ao tratamento odontológico com uso de anestesia dentária, resultados da pesquisa de Ferreira, Esteves & Esteves³ realizada com gestantes que estavam em atendimento de pré-natal em uma unidade de saúde no município de Alvorada/RS,

revelaram que 54,5% das gestantes achavam que não poderiam realizar tratamento Odontológico utilizando anestesia dentária.

Também em consonância com esses resultados, a pesquisa de Sabrina Kohlrausch¹¹, que realizou entrevista com 16 gestantes usuárias de uma unidade de saúde em Pelotas/RS, constatou que 37% das gestantes que não procuraram atendimento odontológico e dessas, 13% não o fizeram por medo da anestesia dentária¹¹.

As autoras Lenita Wanmacher e Maria Beatriz Cardoso Ferreira¹² nos asseguram a segurança quanto ao uso de anestésicos locais com vasoconstritores em Odontologia, sendo a Lidocaína a 2% com vasoconstritor o anestésico de escolha para uso em gestantes em tratamento odontológico. Entretanto, nem sempre a cultura científica e tecnológica se espalha nos territórios de vida e produção de saúde das pessoas e, muitas vezes, mitos e medos se constroem a partir de informações sincréticas entre a cultura local, explicações insuficientes nos contatos com trabalhadores dos serviços e, mesmo, notícias falsas que se disseminam por diferentes meios.

No final da entrevista, a pesquisadora esclareceu às gestantes sobre a segurança do uso de anestesia dentária durante o tratamento odontológico, bem como a segurança de realizar radiografias. Embora não se tratasse de pesquisa do tipo intervenção, essa pareceu a postura ética necessária, uma vez que se tratava de uma mulher, mãe, odontóloga e negra, que foi mobilizada na cena do trabalho empírico juntamente com a pesquisadora. Também esclareceu sobre os benefícios para a gestante em manter sua saúde bucal como uma das maneiras de pensar na saúde do seu bebê. A pesquisadora fez a opção de responder às dúvidas que elas apresentaram, depois de finalizar o roteiro que havia estabelecido. Essa decisão foi baseada no pressuposto de que se fosse interrompida a fala para explicar sobre anestésias, tomadas radiográficas e outros procedimentos odontológicos, poderia gerar interferência nas respostas para as perguntas que ainda não haviam sido feitas.

ORIENTAÇÃO PARA CUIDADOS COM SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO PARA MÃE E PARA O BEBÊ

Os cuidados com saúde bucal são parte integrante dos cuidados com a saúde. Diamantino¹³ nos diz que o atendimento odontológico durante a gestação ainda é bastante controverso, em parte por medos e crenças trazidas pelas gestantes e, por outro lado, alguns profissionais da Odontologia não se sentem seguros em realizar atendimentos durante esse período¹³. Em pesquisa realizada com gestantes, os autores concluíram que, entre os motivos que podem contribuir para que o tratamento odontológico não seja realizado durante a gestação, encontram-se o medo e a ansiedade das gestantes¹⁴.

As falas das mulheres entrevistadas nos mostram que cuidar da saúde bucal na gestação passa por condições que são determinadas muito antes pelas relações de poder que são estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários de saúde.

Quando perguntada se, durante o pré-natal, algum profissional de saúde a teria orientado para procurar a equipe de Odontologia, vemos a fala de Tulipa quando em consulta com a médica no hospital (pois foi encaminhada para o acompanhamento de pré-natal de alto risco) e relata que estava com dor de dente

[...] olha...eu tive um problema na primeira gravidez...né...por falta de cálcio eu queria fazer um tratamento e eu não pude...pelo fato do motivo de eu tá grávida...foi o que a obstetra do hospital me explicou [...]

A gestante revela que seu conhecimento em relação aos problemas dentários que está enfrentando são devido à falta de cálcio. E provavelmente esse conhecimento foi constituído por crenças como essa ou falas semelhantes à que ouviu da profissional de saúde. Em pesquisa realizada com gestantes no município de Alvorada/RS, foram evidenciados nos resultados que 13,6% das gestantes entrevistadas acreditavam que durante a gestação saíria cálcio dos seus dentes para formar ossos e dentes do seu bebê³.

Essa crença não encontra fundamentação científica, uma vez que o cálcio necessário para a formação e desenvolvimento do bebê é o que a gestante ingere através da dieta, bem como o cálcio que circula no sangue, sendo de importância a dieta rica em vitaminas A, C e D, cálcio, proteínas e fósforo durante os primeiros e segundo trimestres gestacionais. Neste período, os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação¹⁵.

Ao ser entrevistada, Amarilis que no dia em que concedeu a entrevista já se encontrava no final da gestação, foi perguntado se durante as consultas de acompanhamento do pré-natal, o médico ou a enfermeira a teriam orientado sobre saúde bucal. Ela nos responde

Olha, eu consulto desde a 7ª semana, porque eu descobri bem cedo ... e não, ninguém me falou de dentista... É que ficou um bom tempo sem dentista ali no postinho, né? Quando eu comecei não tinha dentista, né?

E, na continuidade da conversa com Amarilis, explicando que sim, no início da gestação dela não havia dentista na unidade de saúde, mas que depois, a partir de setembro de 2020, já havia atendimentos em odontologia na unidade de saúde em que ela estava sendo atendida. Ao ser questionada sobre ter sido encaminhada para a equipe de odontologia da unidade, mesmo depois de ter dentista na unidade de saúde, nas consultas de acompanhamento do pré-natal, se ela havia sido orientada que poderia realizar uma consulta odontológica, ela responde que não e que não sabia que já tinha dentista atendendo, que essa informação não foi dada a ela, nem aos seus familiares. Os desencontros entre as orientações preconizadas nas rotinas de pré-natal e a atenção oferecida às gestantes podem ter o efeito de consolidar crenças e mitos que afetam a qualidade do cuidado e produzem artefatos na cultura sobre a gestação.

Em outra entrevista, Camélia não lembra de ter sido encaminhada para a equipe de Odontologia durante sua primeira gestação e justifica o esquecimento pelo fato de ter acontecido há 8 anos atrás. Na gestação atual, demonstra preocupação por não ter dentista na unidade de saúde em que realiza as consultas de acompanhamento, como revela no trecho a seguir

[...] eu acho que sim, que me disseram para ir ao dentista, mas não lembro. Da outra, da minha menina que faz 8 anos, não lembro (risadas) ... e agora, nessa gestação não tem meios por enquanto... né? Não tem dentista no posto!

Camélia se refere ao fato de não ter dentista na unidade de saúde em que ela está realizando as consultas. Na UBS em que Camélia realiza seu pré-natal, efetivamente houve descontinuidade na equipe de saúde bucal, com a transferência da profissional que lá atuava, na Equipe de Saúde Bucal, e a não substituição da mesma. Dessa maneira, a comunidade daquele bairro ficou desassistida em relação à Odontologia, provavelmente dependendo de encaminhamentos para outras unidades de saúde, associada à necessidade de ações específicas. Entretanto, a descontinuidade na oferta de saúde bucal gera transtornos e, ao que nos indica o depoimento, não há uma rotina de facilitar o acesso ao serviço de referência, o que se torna, por si só, um artefato na compreensão das mulheres, consolidando ideias e crenças não fundamentadas na técnica e na qualidade do cuidado.

A falta de profissionais em unidades de saúde também foi relatada em estudo realizado na cidade de Rio Branco/AC, avaliando a cobertura de atendimentos odontológicos na Estratégia Saúde da Família, as autoras concluíram que, pelo fato de ter número de profissionais odontólogos reduzidos, isso contribui para que a taxa de cobertura de primeira consulta odontológica no pré-natal fique situada aquém das metas propostas nos protocolos¹⁶.

Os relatos analisados acima foram de gestantes que estavam em acompanhamento do pré-natal no Sistema Único de Saúde. Entretanto, a entrevista com Magnólia, que estava realizando o acompanhamento do pré-natal na rede privada de saúde, com as consultas sendo feitas com uma médica obstetra, apresentou respostas convergentes. Perguntada se ela havia sido orientada a consultar com o/a dentista ou se a obstetra havia, em alguma consulta, falado sobre saúde bucal, a fala da gestante revela que

[...] não é conversado ...pela médica assim não...se tu não chegar com a dúvida... eu acho que é uma coisa que passa batido... é ...passa batido... porque é uma coisa que elas não te orientam ... não te esclarecem e nem.... tipo ...é desconhecido

A literatura corrobora com a importância do cuidado odontológico no pré-natal e reforça a constatação de que esse está colocado na parte inferior de uma escala de prioridades, que se centra na condição do feto e não na saúde da mãe. No estudo realizado no município de Alfenas/MG, que entrevistou 100 gestantes em acompanhamento no pré-natal em instituições privadas e no SUS, ficou evidenciado que gestantes consultadas por ginecologistas não receberam orientações sobre saúde bucal¹⁷.

A gestante ainda é vista como um útero que gesta um outro ser humano, mas que outros componentes de seu corpo não ocupam o mesmo patamar de importância que aquele ocupado pela cavidade uterina. E o que aparece nas falas das mulheres entrevistadas é que não sendo tratado como assunto de importância pelos profissionais que acompanham o pré-natal, durante as consultas, as orientações quanto à saúde bucal dela e ou do seu bebê não fazem parte da consulta.

A oferta insuficiente de ações de saúde no pré-natal interfere duplamente na dimensão da integralidade da atenção. De um lado, restringe o acesso a procedimentos que constituem o direito à saúde das mulheres, que inclui a integralidade da atenção, sobretudo em relação aos procedimentos e ações previstas nos protocolos e, portanto, já normatizadas para os serviços¹. De outro lado, as condições de acesso e as ações educativas alocadas no procedimento do cuidado ou sonegadas às mulheres compõem um efeito pedagógico das ações e da própria política de saúde¹⁸ consolidando uma dimensão antropológica, associada às condições em que o feminino se expressa na cultura e nas relações, uma dimensão metodológica, sobre as formas de acesso e de organização do cuidado, e uma dimensão teleológica, em que se expressam as concepções de mundo e das formas de circulação. Portanto, restrições de acesso e qualidade, além de fragmentarem o cuidado, também deprimem a integralidade na medida em que contribuem para a objetualização da mulher, sobretudo quando se trata de mulheres em

condição de vulnerabilidade nas periferias urbanas e/ou já marcadas por outras condições de violência e preconceito.

RACISMO INSTITUCIONAL E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COM MULHERES NEGRAS

Para descrever essa categoria teórica, que verificada também nos dados empíricos da pesquisa, é preciso retomar o conceito de Racismo institucional, que, de acordo com Silvio Almeida¹⁹ é o resultado do funcionamento das instituições que passam a atuar em uma dinâmica que confere ainda que indiretamente, desvantagens, privilégios com base na raça¹⁹ (p. 37).

Uma das entrevistadas, Tulipa, nos revela que, na primeira gestação, quando estava aguardando para uma consulta de acompanhamento do pré-natal de alto risco no hospital da cidade, foi ofendida com adjetivo racista por alguém que trabalhava na instituição. Relata que não se sentiu encorajada para responder à ofensa, pois se sentiu ameaçada como mulher negra, como gestante à espera de um atendimento, como pessoa circulando por um espaço público longe do seu território e como cidadã, na medida em que o episódio não foi tratado institucionalmente e tampouco por outras pessoas no recinto. A prática de emitir palavras ofensivas às pessoas negras e aqui em especial à mulher negra, não é desconhecida no cenário brasileiro. Expressões usadas para ofender e/ou humilhar pessoas negras, enquadram-se no que o autor Adilson Moreira nos traz como racismo recreativo sendo “uma política cultural característica de uma sociedade que formulou uma narrativa específica sobre relações raciais entre negros e brancos: a transcendência racial”²⁰ (p. 95). A gestante também conta que *estava* sofrendo com dor de dente e quando relata à médica que a estava acompanhando, ouviu a seguinte resposta: “[...] Tu tá gestante e não posso fazer nada! Tu tá assim, com dor de dente porque está com diminuição de cálcio. E não pode fazer RX nem tomar anestésias!”

A violência obstétrica, cujo conceito ainda está em formação, mas que poderíamos trazer aqui com as ideias sistematizadas por D'Oliveira, Diniz e Schraiber²¹ (p. 1681): violência contra mulheres nas instituições de saúde, que podem ser classificadas em “negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro)”.

A situação de violência obstétrica revela que, além de ter sido negado à gestante o direito do encaminhamento ao serviço de Odontologia, em que ela poderia ter tido atendimento para aliviar as dores relacionadas aos dentes, ainda recebeu informações que não encontram suporte científico. Interessante observar que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério²². Que atenda às suas necessidades, para compor a diretriz de integralidade da atenção. E, no caso de condições de vulnerabilização, também à equalização dos efeitos que produzem sobre a sua condição de cidadania. O preconceito racial, naturalizado nas instituições e no cotidiano, gera, ao contrário, a agudização da iniquidade e efeitos negativos sobre a produção da saúde.

Diferentemente das orientações recebidas, no contexto da violência obstétrica, a literatura aponta que aqueles procedimentos podem ser realizados mediante condições de segurança que precisam estar disponíveis em todos os serviços. Quanto à realização de imagens radiográficas com uso de equipamentos de proteção individual como protetor de tireóide, avental de chumbo e filmes radiográficos ultrarrápidos²³ podem ser executadas, preferencialmente a partir do segundo trimestre gestacional. Em relação ao uso de anestésias dentárias durante a gestação, além de ser seguro, proporcionarão tratamento dentário com maior conforto à gestante¹².

E Petúnia nos conta que, num dos atendimentos em que estava aguardando sua consulta, na unidade de saúde que a acompanhava no pré-natal, por estar demorando mais que o habitual

para ser chamada para a consulta, resolve perguntar à gerente da unidade que está na recepção do local

[...] Aí eu estou esperando..., uma hora esperando. Minha mãe estava comigo e nada do médico chamar... aí eu fui na recepção perguntar... e aí vem a gerente de unidade: "Ah, houve um erro, eles marcaram errado, porque hoje o médico não atende pré-natal"! disse a gerente. Aí acabou que se eu ficasse ali, tivesse ficado ali sem falar nada, eu iria ser atendida quando?

De acordo com o relato de Petúnia, a gerente disse que não tinha culpa, que havia sido um erro na marcação. A gestante então pondera que erros acontecem, mas que ela estava ali, aguardando pela consulta e ficaria aguardando por tempo indeterminado se não tivesse ido perguntar. A resposta institucional relatada pela gestante não deixa dúvidas sobre a condição de racismo e, no caso específico, de violência no cuidado de pré-natal:

A gerente disse que se ficasse assim complicando, reclamando, depois o bebê não vai ter atendimento. Eu perguntei, incrédula com o que estava acontecendo: tu tá me fazendo uma ameaça? É isso? Tu tá dizendo que meu bebê não vai ter atendimento? [...]

Petúnia nos revela que a gerente, ao perceber o tom de voz e a indignação na fala da gestante, recua do discurso, tentando minimizar o acontecido, dizendo que se tratava de um engano e que o bebê teria vínculo com o serviço. Não se trata, evidentemente, de um simples ruído de comunicação, mas do uso ostensivo da condição de poder institucional para produzir constrangimento à usuária, mulher pobre, negra e gestante no atendimento de pré-natal. Repete-se aqui a dupla quebra do direito à integralidade na atenção à saúde no pré-natal: pelo déficit de acesso e qualidade às ações preconizadas e pelo efeito pedagógica de negação da condição de cidadania, de detentora de direitos aos cuidados e de portadora de projetos de futuro com mais equidade e justiça.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁴ (p, 1) traz que "Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso". As práticas de violência obstétricas contra as mulheres em qualquer fase da

gestação, além de constituírem violação de direitos contribuem para desestimular a procura dos serviços pelas gestantes.

As ações realizadas pelos profissionais que acompanham a gestação nos serviços de saúde têm papel fundamental para proporcionar às gestantes condições de atendimento digno e tratamento humanizado. Mais do que isso, de acionar, com a qualidade do cuidado prestado, mudanças na vida objetiva das mulheres que buscam o atendimento.

O MEDO DE NÃO TER ACOMPANHANTE NO PARTO RELACIONADO À PANDEMIA DA COVID-19

Como já se descreveu acima, o medo é constitutivo da condição de mulheres gestantes nas periferias urbanas, como verbalizaram as mulheres sujeitas da pesquisa. O contexto específico de enfrentamento à pandemia de COVID-19, nas condições em que se dá a resposta brasileira²⁵, tornou especialmente visível o medo de não ter acesso a um direito assegurado às gestantes: o acompanhante. O medo se tornou visível com várias expressões: desde a não possibilidade de ter uma acompanhante, já nas consultas de acompanhamento do pré-natal na unidade de saúde ou na instituição de saúde privada, e, também, o medo de não poder ter um acompanhante na hora de realizar um exame de ultrassonografia e ter a possibilidade de gravar as imagens do exame. Algumas dessas mulheres relataram o medo de ter que estar em um hospital, mesmo sem ser ainda a hora do parto. E com alto grau de preocupação, em todas as falas, apareceu o medo de não ter acompanhante na hora do parto por conta da pandemia da COVID-19. O direito ao acompanhante deriva da tentativa de equalizar uma condição reconhecida nas práticas obstétricas, de fragilidade das mulheres e da qualidade do acolhimento e do vínculo praticada nos serviços especializados. No caso do contexto da pandemia, a crise

civilizatória explicitada nas relações pessoais e institucionais se soma às diferentes expressões de violência e preconceito já analisadas aqui.

De acordo com o relato de Jasmim, que foi orientada a realizar uma ultrassonografia solicitada pela médica da unidade de saúde em que realiza o pré-natal, ao agendar dia e hora para o exame em uma clínica privada, foi proibida de ter acompanhante e, também, proibida de gravar as imagens, desejo que ela nutria para poder mostrar as imagens ao pai do bebê. Ao ser indagada sobre a possibilidade de seu marido ser o acompanhante do pré-natal, Jasmim nos conta que

[...] porque ele já não podia ir por causa da pandemia...todos os lugares tavam evitando, que não podia ter acompanhante...daí ele ficava triste...como que não posso... ele dizia? Posso sim acompanhar, é lei” e eu dizia: “ não pode”...daí eu gravava e trazia pra ele...todas as gravação...Só uma que não pude, tava esperando, foi bem no dia em que eu ia saber o sexo... daí depois que terminou a consulta... a médica deixou eu tirar uma foto...que ela parou a imagem pra mim e disse: tira uma foto! Pra trazer para mostrar que era menino [...]

E ela comenta sobre o caso acontecido com sua cunhada, que havia parido há alguns dias antes da entrevista que estava concedendo. No caso da cunhada, que Jasmim e alguns familiares levaram até o único hospital do município, e que teve seu direito de ter acompanhante durante o parto negado pela instituição, Jasmim nos conta da seguinte maneira

[...] é o primeiro filho... que nem a minha cunhada... a gente largou ela lá e passou a madrugada toda sentindo dor e ficou lá sozinha, não teve ninguém...a gente tinha que ficar toda a hora ligando... eles ficaram até bravos com a gente porque a gente tava toda a hora ligando para a emergência e perguntando se ela já tava em trabalho de parto, se ...como é que ela tava e eles até disseram que não era para ficar ligando toda a hora, o familiar,...daí a gente pegou e falou: “não tem como não ficar ligando ? Ela tá sozinha aí ...

Pelo relato, se evidencia que, nos dois casos, tanto no atendimento privado em que não foi permitido que ela realizasse o exame com o acompanhante de escolha dela, como na instituição hospitalar, que desrespeitando completamente a Lei nº 11.108/2005, também conhecida como Lei do Acompanhante²⁶, não considera o direito da gestante em ter o pré-parto, parto e pós-parto vivenciado com a presença do acompanhante. O fato de estarmos em

condições especiais de atendimento nos serviços de saúde, como medida de enfrentamento à pandemia nas condições que o fazemos no Brasil, não autoriza o uso do argumento como sentença. A condição relatada apenas evidencia a dificuldade de diálogo que os serviços têm com as mulheres gestantes, sobretudo negras e residentes em periferias urbanas, onde parece materializar-se frequentemente uma lógica em que o argumento técnico sempre se expressa como exercício de poder e com efeito de constranger o direito à saúde e à vida. Trata-se da mais evidente expressão de racismo e preconceito institucionalizado.

Camélia dá materialidade a essa perspectiva quando relata que teve a filha de 8 anos impedida de entrar na sala de ultrassonografia para acompanhar a realização do exame e vivenciar a experiência de ver a imagem do bebê (irmão ou irmã) na barriga da mãe. Camélia relata que entenderia que se lhe explicassem que não poderia ter um acompanhante na consulta de pré-natal, na unidade de saúde, por se tratar de um ambiente com muitas pessoas, mas não compreendeu por que não pode ter a presença da filha durante a ecografia.

[...] tipo, na outra gravidez eu ia sozinha, né? Daí agora, com o negócio do covid, ela (a criança) só não conseguiu ficar junto comigo na ecografia, que ela não conseguiu entrar que daí não liberaram, ela daí ela ficou esperando [...] por mim eu posso fazer a consulta sozinha...já que eu tô bem, não tô sentindo nada.

A condição de mãe e gestante, de responsável pelo cuidado dos filhos, de impossibilidade de desfazer-se dessa responsabilidade quando o serviço arbitra a agenda dos procedimentos e exames e não oferece condições de suporte e, ainda mais sensivelmente nesse caso, a possibilidade de tornar a experiência da gestação uma aprendizagem suave para a filha. E acrescenta que em relação ao momento do parto, gostaria muito que o marido estivesse com ela, como aconteceu na primeira gestação. Em função da pandemia, não fica segura se isso poderá acontecer

[...] sim...na hora do parto alguém tem que tá ali né? Por que depois do parto deu, né? Há 8 anos atrás, meu marido tava junto e agora...acho que vai ser diferente, né? [...]

Em relação ao medo, temos Amarílis que nos relata ter necessitado ficar hospitalizada por problemas de pressão arterial que estava instável e nesse dia, foi até o único hospital da cidade para atendimento. Relata que já estava bastante ansiosa por ter ouvido que não poderia ter o marido acompanhando o parto e nos conta que estando lá na sala de observação do hospital, presenciou a seguinte cena

[...] pois é... eu fui no hospital na semana passada.... fiquei o dia inteiro quase e o outro. Dois dias depois eu tive que ir de novo por causa da pressão e fiquei o dia inteiro ...ai vi que eles tavam chamando só ali... na hora que a mãe já tá na observação, com o bebê já.... eu vi que elas tavam chamando o pai só que já tinha até nascido... eu até fiquei meio assim, né? Mas é tão ruim ficar sozinha, ainda mais que é o primeiro...ele queria participar ...

A gestante Tulipa nos conta quando perguntada sobre a realização das consultas de pré-natal que poderiam ser no hospital, recorda que na primeira gestação, o marido pode ficar junto com ela inicialmente. Depois, teve a companhia da mãe, mas revela como se sente agora nessa gestação

[...] estou apavorada! por conta do covid, da pandemia... é porque a gente fica preocupada... também essa função de ir para o hospital, volta...não sei o que que vai ser...e meu sobrinho que tá com 7 dias, a mãe do bebê não pode ficar com acompanhante porque o hospital não permitiu

Nos casos das gestantes relatados acima, a não observação da Lei nº11.108/2005- Lei do acompanhante²⁶ que permite à parturiente o direito a ter um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto no âmbito das instituições de saúde, gerou nessas mulheres o sentimento de medo. De acordo com a pesquisa realizada com puérperas e seus acompanhantes, Ferreira & Madeira²⁷, ter a presença do acompanhante se traduz em segurança e ter o contato com esse acompanhante proporciona à mulher sentimento de conforto, contribuindo para o fortalecimento da autoestima. Não se trata aqui de um juízo sobre as normas sanitárias adotadas em cada serviço para o enfrentamento à pandemia, sobretudo em contextos, como o brasileiro, em que há disputas enunciativas que atravessam a vida das pessoas, inclusive com base em inverdades grosseiras. Mas exatamente por isso, o déficit de comunicação, visível pela naturalização de uma regra que afeta o direito e a condição

subjetiva das mulheres gestantes é um dado importante para a análise da integralidade do cuidado.

A presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério traz benefícios para a mulher. Estudo realizado com enfermeiros sobre benefícios que estariam relacionados com a presença de acompanhante na hora do parto, principalmente na hora do nascimento do bebê, concluiu que além do fortalecimento para a mulher, a equipe de enfermagem também se beneficiava, reconhecendo que, como equipe, não conseguia suprir totalmente as necessidades da parturiente²⁸. Ou seja, há reconhecidamente um déficit na organização do cuidado no parto e no puerpério imediato, que não se desfaz no contexto da pandemia e, ao contrário, se agudiza. Entretanto, a resposta dos serviços, que mobiliza o medo nas mulheres, reforça esse déficit, agravando a insuficiência na comunicação e no cuidado.

Hortênsia está na segunda gravidez e não foi orientada sobre o direito a ter acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Quando perguntada se alguém a acompanha durante as consultas, ela diz que seu companheiro a acompanhou no nascimento de seu primogênito. E que nas consultas recentes de pré-natal com médico ou com enfermeira não recebeu orientações sobre a possibilidade de ter acompanhante. Relatou também que nem tinha conhecimento de que havia uma lei que amparava tal direito. Hortênsia estava na 16ª semana de gestação na ocasião da entrevista.

De acordo com o Manual Técnico do Ministério de Saúde, que versa sobre a atenção qualificada e humanizada no pré-natal, os benefícios gerados pela presença do acompanhante na hora do parto já foram comprovados evidenciando segurança e confiança para as mulheres que tiveram esse direito assegurado²⁹.

Foi evidenciado pelos relatos das mulheres em atendimento no pré-natal, que os profissionais que as acompanham, que realizam a assistência, carecem de informações que deveriam ser disponibilizadas às gestantes. O que foi possível evidenciar nos relatos das

mulheres é que a integralidade da atenção no pré-natal se apresenta com deficiência, tendo nos profissionais que realizam a assistência exatamente os agentes que deveriam promover essa integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade da atenção em saúde bucal durante o pré-natal, que é direito das mulheres e dever dos serviços de saúde, não acontece na totalidade das situações vivenciadas pelas mulheres, de acordo com o relato das participantes. Foi possível evidenciar que na atenção de consultas realizadas pelo Sistema Único de Saúde e no sistema privado de saúde, as mulheres não receberam cuidados em relação à saúde bucal. Não se tratou de amostra probabilística, mas de situações que concretamente envolveram o cuidado de pré-natal no sistema público e no sistema privado de saúde.

O medo de submeter-se a procedimentos odontológicos com uso de anestesia dentária relatado pelas gestantes sugere que sejam investidos esforços na formação dos cirurgiões-dentistas, no sentido de que conhecimentos sobre gestação e saúde bucal estejam contemplados desde a graduação. E que esses conhecimentos sejam também parte da formação de outros profissionais que acompanham o pré-natal. Esse conhecimento compondo as práticas da assistência, poderá contribuir para a diminuição de crenças em relação ao atendimento odontológico na gestação que prejudicam a qualidade necessária do cuidado no período gestacional.

A necessidade de iniciativas de educação para as relações étnico raciais, como parte de uma política para desconstruir o racismo institucional que marca a violência obstétrica relatada por gestantes negras, aparece como um projeto a ser construído com urgência. O racismo institucional é visível no cotidiano e precisa ser desconstruído para uma cultura de democracia

e equidade, mas também para alcançar a integralidade do cuidado. A assistência oferecida no acompanhamento do pré-natal deve proporcionar ao binômio mãe-filho condições favoráveis, com confiança e segurança nas relações estabelecidas com os profissionais de saúde. E isso inclui reconhecer o racismo institucionalizado e superá-lo com medidas de equidade, que qualificam o cuidado.

Como resultado da pesquisa, foi elaborada uma proposta de educação permanente para os profissionais de saúde, abordando a importância das relações étnico-raciais, da luta antirracista e da importância do cuidado da saúde bucal da gestante. E também foi elaborada uma cartilha com orientações sobre saúde bucal para a gestante e para o bebê.

Como limitações da pesquisa, pode-se citar a impossibilidade de estimar a abrangência e a representatividade estatística dos achados para outros contextos, o que não reduz a relevância dos mesmos, inclusive pelo suporte a outros achados de pesquisas e na literatura. Como contribuição de uma pesquisa qualitativa à compreensão da qualidade da atenção ao pré-natal, registra-se a identificação de déficits de integralidade pela ausência identificada de articulação forte com a atenção à saúde bucal e pela presença de violências obstétricas relatadas pelas participantes, assim como de evidências de racismo estrutural e institucional intervindo no fluxo assistencial de mulheres negras da periferia urbana. Em ambas as constatações, percebem-se déficits de monitoramento e a avaliação das ações de pré-natal, de educação permanente em saúde na organização do trabalho e de qualidade da formação profissional.

A pesquisa não esgota o assunto e sugere-se que mais investigações sejam realizadas, abordando saúde bucal na gestação e a integralidade do cuidado, assim como pesquisas que estudem a relação do racismo como marcador da violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Mattos RA. A integralidade na prática. Cad. Saúde Pública [periódicos na internet]. 2004 set./out. [acesso em: 01/07/2020]; 20(5):1411-1416. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01.07/2020.

2. Lampert L, Bavaresco CS. Atendimento odontológico à gestante na atenção primária. RSC [periódicos na internet]. 2017 [acesso em: 08/01/2020]; 6(1): 81-95. 2017. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/169/165>.
3. Ferreira RM, Esteves CS, Esteves PS. Saúde bucal na gestação: o conhecimento das gestantes em atendimento no pré-natal em uma unidade básica de saúde. In: Pires CC, Esteves CS, organizadores. Repensando a saúde sob olhares interdisciplinares. Salto: Editora Schoba; 2020. p. 23–38.
4. Nogueira LT, Valsecki Junior, A, Martins CR, Rosel FL, Silva SRC. Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. Odontolo.Clin.-Cient. [periódicos na internet]. 2012 abr./jun. [acesso em: 01/06/2021]; 11(2): 127-131. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v11n2/a08v11n2.pdf>.
5. Mattos BNC, Davoglio RS. Saúde Bucal: a voz da gestante. RFO [periódicos na internet]. 2015 set./dez. [acesso em: 01/07/2020]; 20(b.3): 393-399. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v20n3/a20v20n3.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Alvorada. [internet] 2020. [acesso em: 20/01/2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/alvorada.html>.
8. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde colet [periódicos na internet]. 2012 [acesso em: 01/01/2021]; 17(3): 621-626. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?lang=pt&format=pdf>.
9. Ferreira A, Ruas J, Mattos SRC. Metropolização do espaço, gestão territorial e relações urbano-rurais: algumas interações possíveis. Geo UERJ [periódicos na internet]. 2014 jul./dez. [acesso em: 01/06/2021]; 2(25): 477-504. Disponível em: [file:///C:/Users/roseem/Dropbox/My%20PC%20\(LAPTOP-QTRNCMPI\)/Downloads/14408-48920-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/roseem/Dropbox/My%20PC%20(LAPTOP-QTRNCMPI)/Downloads/14408-48920-1-PB%20(1).pdf).
10. Silveira JLGC, Abraham MW, Fernandes CH. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento. Rev. APS [periódicos na internet]. 2016 out. [acesso em: 25/10/2019]; 19(4): 568-574. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832216>.
11. Kohlrausch SK. Saúde bucal e assistência odontológica durante a gestação: usuárias de uma unidade básica de saúde. 2019. [dissertação]. Pelotas: Centro de Ciências da Saúde. Universidade Católica de Pelotas, 2019.
12. Wanmacher L., Ferreira MBS. Farmacologia clínica para dentistas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
13. Diamantino MLP. Participação da Odontologia na equipe de pré-natal da ESF à luz da literatura: oportunidade de promover saúde. 2013. Monografia (Especialização em Atenção

Básica em Saúde da Família). Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

14. Assunção AC, Miguel DA. Assistência odontológica a gestante e lactante com ênfase no tratamento endodôntico. 2015. Monografia (Especialização em Endodontia). Belo Horizonte: Instituto de Estudos da Saúde Sérgio Feitosa; 2015. [acesso em: 15/10/2018]. Disponível em: <https://www.iesposgraduacao.com.br/assets/downloads/2dceb3de5166919254d1d9154cb8f8d6.pdf>.

15. Monteiro ACC, Pereira, RMP, Monteiro, LPA, Costa ICC. Tratamento odontológico na gravidez: o que mudou na concepção das gestantes? Revista ciência Plural [periódicos na internet]. 2016 [acesso em: 01/11.2018]; 2(2): 67-83. Disponível em: <https://periodicos.ufm.br/rcp/article/view/10903>.

16. Oliveira AO, Alencar DC, Nascimento JC, Meneses VD, Cadorin ES. Cobertura da atenção em saúde bucal a gestantes na estratégia de saúde da família em Rio Branco-Acre no período de 2015 a 2018. DêCiência em Foco [periódicos na internet]. 2020 [acesso em: 01/05/2021]; 4(1): 55 – 74. Disponível em: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/449/106>.

17. Costa, NMD, Nascimento EP, Andrade FS, Terra FS. Rev. bras. odontol. [periódicos na internet]. 2012 jan./jun. [acesso em: 02/02/2021]; 69(1): 125-30. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a28v69n1.pdf>.

18. Ferla, A. O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como efeito pedagógico inusitado: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: Akerman, M., organizador. Atenção básica é o caminho. desmontes, resistências e compromissos: a resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da atenção primária à saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 94-123.

19. Almeida S L. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen; 2019.

20. Moreira, A. Racismo recreativo. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen; 2019.

21. D'Oliveira AFPL., Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. Lancet [periódicos na internet]. 2002 [acesso em: 17/05/2021]; 359(11): p. 1681-1685. 2002. Disponível em: http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/748/2020/07/SH_6.pdf.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos Humaniza SUS, v. 4).

23. Codato LAB, Nakama L, Cordoni Junior L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. Ciênc. saúde colet [periódicos na internet]. 2011 [acesso em: 25/10/2018]; 16(4): 2297-2301. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a29.pdf>.

24. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. [internet] 2014. [acesso em:

02/05/2021]. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=BE9F461965FB77177CF0B44FD826F670?sequence=3.

25. Ferla A, Martino A, Merhy EL, Baptista GC, Schweickardt JC, Nicoli MA *et al.* Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. *Saúde em Redes*. [periódicos na Internet]. 2020 [acesso em: 02/02/2021]; 6(Supl.2):1-6. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prê-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

27. Ferreira KA, Madeira LM. O significado do acompanhante na assistência ao parto para a mulher e familiares. *Enfermagem Obstétrica*, [periódicos da internet]. 2016 jan/abr.[acesso em: 01/05/2021]; 3(1): e29. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/29/28>.

28. Carvalho IS, Costa Junior PB, Macedo JBPO, Araujo RDT. Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. *J Health Sci Inst*. [periódicos na internet]. 2013 [acesso em: 15/05/2020]; 31(2): 166-71. Disponível em: <http://repositorio.unip.br/journal-of-the-health-sciences-institute-revista-do-instituto-de-ciencias-da-saude/acompanhantes-no-processo-de-nascimento-beneficios-reconhecidos-pelos-enfermeiros/>.

29. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*; 2005a 8 abr.

30. Konzen Júnior DJ, Marmitt LP, Cesar JA. Não realização de consulta odontológica entre gestantes no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Ciênc. saúde colet* [periódicos na internet]. 2019 [acesso em: 02/01/2021]; 24(10): 3889-3896. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n10/1413-8123-csc-24-10-3889.pdf>.

31. Moimaz SAA, Do Carmo MP, Zina LG, Saliba NA. Associação entre condição periodontal de gestantes e variáveis maternas e de assistência à saúde. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* [periódicos na internet]. 2010 [acesso em: 02/01/2021]; 10(2): 271-278. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/71932/2-s2.0-77957920432.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

32. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. [periódicos na internet]. 2016 [acesso em: 02/01/2021]; 25(3): 535-549. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>.

APÊNDICE F - Apresentação Saúde Bucal e Gestação Vamos Trabalhar Esses Conhecimentos?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

Saúde bucal e gestação vamos trabalhar esses conhecimentos?

Rose Mari Ferreira
Alcindo Antônio Ferla

2021

Gestante pode tomar anestesia?

Sim, as anestésias são seguras durante o período gestacional.

O anestésico de escolha: Lidocaína 2% com vasoconstritor - (epinefrina)1:100.000

Como se apresenta: em 1 tubete anestésico 1,8ml estão contidos

36mg de lidocaína; 18microgramas epinefrina ¹

Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou Lidocaína 2% com epinefrina 1:200.000 é o anestésico de escolha para uso em gestantes, de acordo com o protocolo para anestesia local em gestantes ²

¹ WANNMÄCHER; FERREIRA, 2013.

² ANDRADE, 2014.

Saúde bucal e gestação: vamos trabalhar esses conhecimentos?

- **Os dentes ficam mais fracos durante a gestação porque sairá Cálcio dos dentes da mãe para formar os dentes e ossos do bebê?**
- Não, o Cálcio necessário para a formação de ossos e dentes do bebê é aquele fornecido pela dieta da gestante, que preferencialmente, deverá ser rica em alimentos que contenham vitaminas A, C e D, cálcio, proteínas e fósforo. Importante a ingestão desses alimentos durante os primeiro e segundo trimestres gestacionais. Neste período, os dentes deciduais do bebê estão em formação e calcificação.



(MONTEIRO et al, 2015)

Saúde bucal e gestação: vamos trabalhar esses conhecimentos?

• Gestante pode fazer radiografias dentárias?

Sim, são seguras com os equipamentos de proteção individual:

Avental de chumbo;

Protetor de tireoide;

Orienta-se para escolha de Filmes ultrarrápidos; (Codato *et al* (2007).



<https://proteg.net.br/epi-radiologia-conheca-os-principais-equipamentos-de-protecao-radiologica/>

Saúde bucal e gestação: vamos trabalhar esses conhecimentos?

- Além disso: filmes ultrarrápidos e de menor tempo de exposição;
- Evitar radiografias de rotina e repetições;
- Quantidade de radiação emitida em uma radiografia periapical: 0,001 a 0,008 mSv;
- A exposição média por pessoas proveniente de fontes naturais é de 2,4 mSv/ano (CRTR-Conselho Regional de Técnicos em Radiologia).
- A radiação natural ou de fundo ("background") à qual os todos os seres vivos estão expostos, em alguns países é cerca de 3mSv/ano

(CRTR-Conselho Regional de Técnicos em Radiologia). (D'IPPOLITO;MEDEIROS,2005). (núcleo do telessaúde Espírito Santo, 2018)

Gestante pode tomar antibióticos?

Sim. Há segurança no uso de antibióticos durante a gestação. Os antibióticos escolhidos para serem usados nas infecções odontológicas são as Penicilinas e Cefalosporinas (classe B).

- **ATENÇÃO:**
Verificar os medicamentos disponíveis na rede Municipal.



(WANMACHER E FERREIRA,2013)

Saúde bucal e gestação: vamos trabalhar esses conhecimentos?

- Para Andrade (2014) se a gestante for alérgica à Penicilina, a Eritromicina, preferencialmente a forma de estearato, é a opção a ser utilizada¹
- As Tetraciclina (classe D) não devem ser usadas, pois seu uso resulta em coloração anormal dos dentes, retardo no crescimento ósseo e deficiência na formação do esmalte dentário. A Eritromicina (categoria B) é o antibiótico de escolha para as mulheres com alergia às Penicilinas.

¹FERREIRA, ESTEVES & ESTEVES, 2020, p.28

Saúde bucal e gestação: vamos trabalhar esses conhecimentos?

•A gestação não é contra indicação para realização de tratamento odontológico !!

- Melhor período: 2º trimestre gestacional;**
- 1º trimestre: enjoos, náuseas; organogênese;
- 3º trimestre: hipotensão postural, aumento frequência miccional; edema membros inferiores; desconforto ao sentar, aumento de peso;

•**URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS: Em qualquer período gestacional !**

Saúde bucal e gestação vamos trabalhar esses conhecimentos?

MUITO OBRIGADA !

Rose Mari Ferreira
Alcindo Antônio Ferla
2021

ANEXO A -Termo de Consentimento**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO
SUL – IFRS****PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO – PROPPI****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Prezada Senhora:**

Você está sendo convidada para participar do projeto de pesquisa intitulado: “COM VIDA: Projeto Integrado de Estratégias Territoriais de Promoção e Educação em Saúde”. Este projeto é indissociável, sendo vinculado à Pesquisa, Ensino e Extensão. Nessa pesquisa pretendemos compreender e fomentar a participação social e as iniciativas de produção de saúde e de vida no território, sistematizando-as em uma perspectiva interseccional como educação permanente no enfrentamento à Covid-19, às iniquidades e às violências, intensificadas pela pandemia.

A pesquisa será feita no local escolhido pela gestante através de ENTREVISTA QUE poderá ser gravada após sua autorização.

Para a coleta de dados será utilizada entrevista semi-estruturada.

Autorização Comitê Ética em Pesquisa: parecer consubstanciado do CEP N° 4377.128

=====

Fui alertada que este estudo apresenta risco mínimo para minha representada, como possíveis repercussões emocionais relacionadas às temáticas de vulnerabilidade abordadas ao longo do projeto. Caso isso ocorra, será encaminhado(a) para acompanhamento psicológico integrado à rede de serviços disponível, a fim de receber o acompanhamento necessário. Além disso, diante de qualquer tipo de questionamento ou dúvida poderei realizar o contato imediato com um dos pesquisadores responsáveis pelo estudo que fornecerá os esclarecimentos necessários.

Foi destacado que a participação do meu representado(a) no estudo é de extrema importância, uma vez que se espera contribuir para a compreensão da questão das vulnerabilidades intensificadas pela pandemia de COVID-19 e elaboração de estratégias de enfrentamento a este cenário.

Estou ciente e foram assegurados os seguintes direitos:

- da liberdade de retirar o consentimento, a qualquer momento, e que meu representado(a) poderá deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga prejuízo de qualquer ordem;
- da segurança de que não será identificado (a) e que será mantido caráter confidencial das informações relacionadas à sua privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;

- do compromisso de ter acesso às informações em todas as etapas do estudo, bem como aos resultados, ainda que isso possa afetar meu interesse em que meu representado(a) continue participando da pesquisa;
- de que não haverá nenhum tipo de despesa ou ônus financeiro, bem como não haverá nenhuma recompensa financeira relacionada com a participação nesse estudo;
- de que não está previsto nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos;
- de que meu representado não responda qualquer pergunta que julgar constrangedora ou inadequada.

Eu _____, portador do documento de identidade), aceito que meu representado _____ aceito participar da pesquisa intitulada: “COM VIDA: Projeto Integrado de Estratégias Territoriais de Promoção e Educação em Saúde”. Fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada, bem como sobre a metodologia que será adotada, sobre os riscos e benefícios envolvidos. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Alvorada, ____ de _____ de _____.

Assinatura da pesquisada

Assinatura da pesquisadora/entrevistadora

Contato

Nome: ROSE MARI FERREIRA
Contato: (51) 999614680

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, poderei consultar:

CEP/IFRS

E-mail: cepesquisa@ifrs.edu.br

Endereço: Rua General Osório, 348, Centro, Bento Gonçalves, RS, CEP: 95.700-000

Telefone: (54) 3449-3340

Pesquisador(a) principal: Márcia Fernanda de Mello Mendes

Telefone para contato: 51 991229194

E-mail para contato: marcia.mendes@alvorada.ifrs.edu.br

Pesquisador(a) entrevistador(a): Rose Mari Ferreira

Telefone para contato: (51) 999014680

E-mail: rosemariferreira344@gmail.com

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COM VIDA - Projeto Integrado de Estratégias Territoriais de Promoção e Educação em Saúde

Pesquisador: Márcia Fernanda de Mélo
Mendes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37325120.0.0000.8024

Instituição Proponente: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E
TECNOLOGIA DO RIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.377.128

Apresentação do Projeto:

A crise sanitária mundial provocada pela Covid-19 explicitou limites nos processos de organizar a vida e a saúde das pessoas e coletividades em escala global. No Brasil, os desafios impostos pela pandemia se somam à crise política que o país vive atualmente, além de suas históricas desigualdades sociais e econômicas. Fatores de vulnerabilidade como raça, classe, escolaridade, gênero e origem geográfica acabam por influenciar perfil o epidemiológico da Covid-19 no Brasil. Comunidades sem saneamento básico, moradias insalubres, falta de acesso a condições básicas de vida, o alto índice de trabalho informal, dificultam a adesão às medidas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, como isolamento social e medidas básicas de higiene.

Desta forma, enfrentar a pandemia no contexto brasileiro demanda pensar alternativas de cuidados de saúde que atentem para complexidade da vida nos territórios.

Endereço: Rua General Osório, 348

Bairro: CENTRO

CEP: 95.700-086

UF: RS

Município: BENTO GONCALVES

Telefone:

(54)3449-3340

E-mail:

cepesquisa@ifrs.edu.br

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL



Nesse sentido, este projeto tem como objetivo compreender e fomentar a participação social e as iniciativas de produção de saúde e de vida no território, sistematizando-as em uma perspectiva interseccional como educação permanente no enfrentamento à Covid-19, às iniquidades e às violências, intensificadas pela pandemia.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa por meio de uma pesquisa-intervenção que tem como característica principal o uso de metodologias participativas. Nesta perspectiva metodológica não é possível definir o passo a passo do que acontecerá, o rigor metodológico, e a apresentação de pistas que nortearam os caminhos desse estudo,

A primeira camada se propõe a conhecer o campo; a segunda a verificar as demandas da comunidade naquele território; a terceira a construir respostas; e a quarta a elaborar relatórios, manuscritos e divulgação dos resultados. Ressalta-se ainda que os cuidados éticos adotados para realização desta pesquisa estão pautados nos preceitos éticos descritos da Resolução nº466 do ano de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender e fomentar a participação social e as iniciativas de produção de saúde e de vida no território, sistematizando-as em uma perspectiva interseccional como educação permanente no enfrentamento à Covid-19, às iniquidades e às violências, intensificadas pela pandemia.

Objetivo Secundário:

Identificar atores estratégicos no território e promover a coesão e sinergia das ações;

Identificar, coletar e sistematizar as demandas da comunidade, suas vulnerabilidades e as vulnerabilidades auto percebidas;

Compreender as dinâmicas das relações sociais no território;

Compreender as relações entre as necessidades de saúde dos diferentes grupos do território com os serviços de saúde e demais políticas públicas.

Construir no território, estratégias de participação social mesmo no contexto de pandemia, minimizando os riscos de contágio;

Construir de forma participativa, estratégias de economia solidária/colaborativa/alternativa no território;

Apoiar as equipes de saúde, assistência, educação do território de acordo com a demanda;

Endereço: Rua General Osório, 348

Bairro: CENTRO

CEP: 95.700-086

UF: RS

Município: BENTO GONCALVES

Telefone: (54)3449-3340

E-mail: cepesquisa@ifrs.edu.br

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL



Promover a Educação Permanente, além de cursos e formações, de forma dialógica, que atendam as demandas e vulnerabilidades identificadas;

Favorecer a organização comunitária para que reconheça suas fragilidades e potencialidades, e possa criar estratégias que respondam a necessidades.

Visibilizar e prevenir a violência;

Promover estratégias de educação para a cidadania;

Promover a inovação de políticas públicas através de processos coletivos;

Criar oportunidades e condições para que contextos locais possam inovar as relações interpessoais e interinstitucionais no território;

Aprimorar estratégias de comunicação ativa e constante no território.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Risco: A participação neste estudo apresenta risco mínimo, como possíveis repercussões emocionais relacionadas às temáticas de vulnerabilidade abordadas ao longo do projeto. Caso isso ocorra, o(a) participante será encaminhado(a) para acompanhamento psicológico integrado à rede de serviços disponível, a fim de receber o acompanhamento necessário.

- Benefícios:

A participação neste estudo permitirá contribuir para a compreensão da questão das vulnerabilidades intensificadas pela pandemia de COVID-19 e elaboração de estratégias de enfrentamento a este cenário.

- Os riscos, benefícios e medidas de proteção ao risco estão descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa do IFRS Campus – Alvorada, porém há pesquisadores envolvidos do IFRS, Bento Gonçalves e Restinga e as instituições externas UFRGS e UFPA.

A proposta da pesquisa é que ela ocorra em diferentes territórios, sendo que a investigação será iniciada no Bairro Aparecida em Alvorada, vinculado a União de Associação de Moradores de Alvorada (UAMA).

Número de participantes: 50

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLE, TCLE pais e/ou responsáveis e TALE estão adequados.

A autorização institucional está assinada.

Endereço: Rua General Osório, 348

Bairro: CENTRO

CEP: 95.700-086

UF: RS

Município: BENTO GONCALVES

Telefone: (54)3449-3340

E-mail: cepesquisa@ifrs.edu.br

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL



Recomendações:

Em função da pandemia de Covid-19, este CEP solicita que todas as orientações da OMS e das autoridades de saúde municipal, estadual e federal sejam respeitadas e levadas em consideração na execução deste Projeto, especialmente quanto ao distanciamento social.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo “relatório” para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente n. 4303063 emitido pelo CEP em 28/09/2020.

Solicitamos providências quanto às seguintes pendências:

- 1) Incluir os questionários que serão utilizados na pesquisa, conforme a Resolução nº466/2012/CNS XI-a) ANÁLISE: solicitações atendidas

Não foram observados óbices éticos.

O projeto está aprovado e, após a finalização da última etapa, conforme cronograma cadastrado na Plataforma Brasil, o pesquisador possui o prazo de 60 dias para envio do relatório final via Plataforma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Não foram observados óbices éticos.

O projeto está aprovado e, após a finalização da última etapa, conforme cronograma cadastrado na Plataforma Brasil, o pesquisador possui o prazo de 60 dias para envio do relatório final via Plataforma. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo “relatório” para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d.

Endereço: Rua General Osório, 348

Bairro: CENTRO

CEP: 95.700-086

UF: RS

Município: BENTO GONCALVES

Telefone: (54)3449-3340

E-mail: cepesquisa@ifrs.edu.br

INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL



Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1624213.pdf	21/10/2020 16:43:58		Aceito
Outros	roteiro_entrevista.pdf	21/10/2020 16:41:49	ANA PAULA GEMELLI	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	21/10/2020 16:41:13	ANA PAULA GEMELLI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	02/09/2020	ANA PAULA	Aceito

Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	18:23:43	GEMELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termos.pdf	02/09/2020 18:09:19	ANA PAULA GEMELLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.pdf	02/09/2020 18:09:05	ANA PAULA GEMELLI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_UAMA.pdf	02/09/2020 18:08:01	ANA PAULA GEMELLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BENTO GONCALVES, 03 de Novembro de 2020.

Assinado por:
CINTIA MUSSI ALVIM STOCCHERO

Endereço:	Rua General Osório, 348		
Bairro:	CENTRO	CEP:	95.700-086
UF:	RS	Município:	BENTO GONCALVES
Telefone:	(54)3449-3340	E-mail:	cepesquisa@ifrs.edu.br