

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CRISTIANE CARNEIRO PINGARILHO

Atenção à saúde bucal no pré-natal: análise do acompanhamento das gestantes pelas equipes de Saúde Bucal na unidade de Saúde da Família de Jardim Gramacho, Duque de Caxias, RJ

Rio de Janeiro
2011

CRISTIANE CARNEIRO PINGARILHO

Atenção à saúde bucal no pré-natal: análise do acompanhamento de gestantes pelas equipes de Saúde Bucal na unidade de Saúde da Família de Jardim Gramacho, Duque de Caxias, RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra.

Rio de Janeiro
2011

CRISTIANE CARNEIRO PINGARILHO

Atenção à saúde bucal no pré-natal: análise do acompanhamento de gestantes pelas equipes de Saúde Bucal na unidade de Saúde da Família de Jardim Gramacho, Duque de Caxias, RJ

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Maria Isabel Bastos Valente

Dedico à minha filha Gabriela esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pela compreensão e apoio incondicionais.

Ao Prof. Carlos Gonçalves Serra, pela dedicação, bom humor e sábios conselhos, um exemplo a seguir.

Ao Prof. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, pelas observações precisas e pertinentes à confecção desta pesquisa.

À Prof^a Maria Isabel Bastos Valente, pela gentileza e amizade.

Aos amigos de mestrado, parceiros desta longa jornada, sem os quais tudo seria mais difícil.

Às equipes de Saúde da Família de Jardim Gramacho e às gestantes acompanhadas na unidade, meus sinceros agradecimentos.

À determinação que nos faz superar os obstáculos.

*Fica proibido chorar sem aprender,
Levantar-se um dia sem saber o que fazer,
Ter medo das tuas recordações.
Fica proibido não sorrir ante os problemas,
Não lutar pelo que queres,
Abandonar tudo por medo,
Não transformar em realidade teus sonhos.
Fica proibido não demonstrar o teu amor,
Fazer com que alguém pague pelas tuas dúvidas e pelo teu mau humor.
Fica proibido deixar os teus amigos,
Não tentar compreender aquilo que viveram juntos,
Chamá-los somente quando precisa deles.
Fica proibido não seres tu perante todos,
Fingir para as pessoas que não te importas,
Esquecer todos os que te querem.
Fica proibido não fazeres as coisas para ti mesmo,
Não fazeres o teu destino,
Ter medo da vida e dos teus compromissos,
Não viver cada dia como se fosse o último. (Pablo Neruda)*

RESUMO

A gestação é um período marcado por grandes alterações físicas e psicológicas no organismo feminino e merece uma atenção diferenciada por parte dos profissionais de saúde. Garantir uma gestação saudável requer um bom acompanhamento pré-natal que inclui a assistência odontológica. Esta pesquisa qualitativa objetivou investigar o acompanhamento das gestantes pelas equipes de saúde bucal na unidade de Saúde da Família de Jardim Gramacho. Foram entrevistados 4 dentistas, 3 médicos, 2 enfermeiros, 3 agentes comunitários de saúde e 17 gestantes, através de um roteiro semi-estruturado. Os resultados mostraram que ações desenvolvidas são pontuais e não fazem parte da rotina das equipes. O acesso ao tratamento dentário não é garantido para as gestantes e a percepção em relação ao cuidado com a saúde bucal ficou prejudicada devido à falta de informações. A participação do dentista no pré-natal não foi reconhecida pela maioria dos profissionais entrevistados, nem pelas gestantes. Desta maneira, concluiu-se que a atualização dos conhecimentos técnico-científicos de todos os profissionais do PSF através da educação permanente, incluindo tópicos específicos sobre saúde bucal no período gestacional, ampliaria a participação do dentista no pré-natal e a interação com a equipe de Saúde da Família. A institucionalização da assistência odontológica neste período, vinculando as consultas médicas e odontológicas, pode ser uma opção para garantir a saúde bucal das gestantes.

Palavras-chave: Saúde da Família; saúde bucal; gestantes; acompanhamento pré-natal.

ABSTRACT

Pregnancy is a period marked by great physical and psychological changes in the female body and deserves a differentiated attention on the part of health professionals. Ensure a healthy pregnancy requires a good prenatal monitoring that includes dental care. This qualitative research aimed to investigate the monitoring of pregnant women by oral health teams in family health unit Gramacho garden. Were interviewed, 4 dentists, 3 doctors, 2 nurses, community health agents and 5 pregnant women through a screenplay semi-structured. The results showed that one-off activities are and are not part of the routine of the teams. Access to dental treatment is not guaranteed to pregnant women and the perception in relation to oral health care was hampered due to lack of information. Dentist's involvement in antenatal screening was not recognized by most professionals interviewed, nor for pregnant women. This way, it was concluded that the updating of technical-scientific knowledge of all the professionals from PSF through continuing education, including specific topics about oral health in gestational period, extended participation of the dentist in prenatal and interaction with the family health team. The institutionalization of dental care in this period, linking medical and dental consultations, may be an option to ensure the oral health of pregnant women.

Keywords: family health; oral health; pregnant women; prenatal follow-up.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE	45
TABELA 2	FAIXA ETÁRIA DAS GESTANTES ENTREVISTADAS NO PSF JARDIM GRAMACHO	46
TABELA 3	ALTERAÇÕES BUCAIS ASSOCIADAS À GRAVIDEZ	57

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	RENDA FAMILIAR DAS GESTANTES	47
GRÁFICO 2	NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS GESTANTES	47
GRÁFICO 3	VIDA REPRODUTIVA DAS GESTANTES	48
GRÁFICO 4	TEMPO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NA UNIDADE DO PSF	49
GRÁFICO 5	NÍVEL DE ESPECIALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	49
GRÁFICO 6	MELHOR MOMENTO PARA TRATAR OS DENTES SEGUNDO AS GESTANTES	59
GRÁFICO 7	PARTICIPAÇÃO DOS DENTISTAS NO PRÉ-NATAL SEGUNDO AS GESTANTES	61
GRÁFICO 8	PARTICIPAÇÃO DOS DENTISTAS NO PRÉ-NATAL SEGUNDO AS EQUIPES DE SAÚDE	62

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção básica em saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ACS	Agente comunitário de saúde
CAASF	Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CISBAF	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAIS	Centro de Assistência Social
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe Saúde da Família
FDA	Food and Drug Administration
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
REDUC	Refinaria de petróleo de Duque de Caxias
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOGESP	Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
THB	Técnico em Higiene Bucal
TRA	Tratamento Restaurador Atraumático
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE	15
2.2	GRAVÍDEZ E ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS	18
2.2.1	Alterações na Cavidade Bucal	19
2.3	VERDADES E MITOS SOBRE SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO	23
2.4	ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DAS GESTANTES	25
2.5	BARREIRAS AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	27
2.6	PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO - PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO	29
2.6.1	Gestantes de alto risco	30
2.7	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	33
2.8	EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA GESTANTES	35
3	QUESTÃO NORTEADORA	38
4	OBJETIVOS	39
4.1	OBJETIVO GERAL	39
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
4.3	LOCAL DE ESTUDO	39
5	METODOLOGIA	42
5.1	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	44
5.2	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	45
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
6.1	PERFIL DA AMOSTRA	46
6.2	ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA GESTANTE	49
6.2.1	Encaminhamento à consulta odontológica	49
6.2.2	Ações de educação em saúde bucal	52
6.2.3	Percepções sobre a atenção à saúde bucal na gravidez	54
6.2.4	Acesso ao atendimento odontológico	56
6.3	SAÚDE BUCAL DA GESTANTE	57
6.3.1	Alterações bucais	57
6.3.2	Melhor momento para tratar	59
6.3.3	Necessidade de tratamento durante a gestação	60
6.4	MULTIDISCIPLINARIDADE NO PRÉ-NATAL	61
6.4.1	Participação no Pré-Natal	61
6.4.2	Interação com a equipe	63
6.4.3	Resolução dos problemas bucais das gestantes	64
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES	76

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período marcado por grandes alterações físicas e psicológicas no organismo feminino e merece atenção diferenciada por parte dos profissionais de saúde. De acordo com Pereira (2003), uma gestação saudável requer um bom acompanhamento pré-natal e deve incluir a assistência odontológica. O pré-natal é o período compreendido entre o início da gestação até o parto e deve ser iniciado imediatamente após a confirmação da gravidez, garantindo a saúde da mulher (SOUZA *et al.*, 2002).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF) teve como um dos principais objetivos ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal, através de ações de promoção e proteção à saúde, diagnóstico precoce das doenças da cavidade oral, pronto atendimento e reabilitação. Neste sentido, a atenção à saúde bucal da gestante atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), entre eles a universalidade do acesso e a integralidade da atenção (BRASIL, 2000).

A assistência integral à saúde da gestante é um direito constitucional, também reconhecido pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada, uma política voltada para os direitos das mulheres, objetivando melhorar o acesso aos serviços e a qualidade do acompanhamento (BRASIL, 2006a).

No entanto, ainda existem alguns mitos relacionados ao atendimento odontológico durante a gravidez, tanto por parte das gestantes quanto por parte dos profissionais de saúde. Entre as gestantes é comum o relato do medo de sentir dor, da possibilidade do tratamento fazer mal ao bebê e do risco da anestesia dentária (ALBUQUERQUE *et al.*, 2004). Os dentistas, dentre os profissionais de saúde, foram apontados por Costa (2000) como os mais preconceituosos em relação ao tratamento odontológico das gestantes, havendo, portanto, a necessidade de mudar esta postura a fim de consolidar a atenção à saúde bucal no pré-natal. Neste sentido, serão apresentadas algumas propostas de educação em saúde bucal voltadas para gestantes, assim como uma revisão bibliográfica para atualização dos conhecimentos científicos pertinentes ao assunto.

Codato (2008) defende a assistência odontológica no pré-natal com a finalidade de garantir a saúde dos dentes e gengivas, preservar as funções mastigatórias e a nutrição adequada. Dessa forma, é preciso desmistificar as crenças e lendas que ainda existem em torno do tratamento odontológico neste período, tanto em relação às gestantes quanto em relação aos profissionais de saúde.

A atenção à saúde bucal da gestante é um reconhecimento das especificidades desta condição da mulher e admite que a mãe tenha influência direta sobre os hábitos apreendidos pela criança. Além disso, a saúde do bebê está diretamente ligada à saúde da mulher, sendo de fundamental importância que a gestante receba acompanhamento através de uma equipe multiprofissional, incluindo a equipe de saúde bucal (PEREIRA, 2003).

Para Piovesan (1970), a percepção em relação à saúde e aos cuidados para a sua proteção é uma experiência sensorial, que adquire significado ao longo da vida e dependem de fatores socioeconômicos e culturais, apreendidos através dos hábitos, crenças, atitudes e conhecimentos. Sendo assim, o Programa Saúde da Família tem um papel relevante.

Este estudo objetivou analisar o acompanhamento dado pelas equipes de Saúde da Família (ESF) às gestantes no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, baseado nas premissas da saúde bucal como parte integrante da saúde geral dos indivíduos, na educação em saúde e na responsabilidade dos profissionais em transmitir conhecimentos capazes de influenciar a criação de hábitos saudáveis (COSTA *et al.*, 1988).

Os resultados obtidos podem fornecer elementos para a discussão e servir de base para a criação de um modelo de atendimento pré-natal que inclua a assistência odontológica, inserindo a equipe de Saúde Bucal nas ações de educação em saúde desta população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE

A Promoção de Saúde inclui a construção de políticas públicas saudáveis, melhor distribuição de renda e revisão das políticas sociais para a criação de ambientes favoráveis à vida, a proteção do meio ambiente, acesso às informações, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, respeitando as peculiaridades culturais e apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

O PSF utiliza-se dos conceitos de Promoção da Saúde e tem como base operacional a Unidade de Saúde da Família, com equipes constituídas pelo médico generalista ou médico da família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A saúde bucal, a princípio, não fazia parte do programa. Porém, devido à grande demanda por estes serviços por parte da população e visando cumprir o princípio constitucional da integralidade da atenção, as equipes de saúde bucal foram finalmente incluídas no Programa (BRASIL, 2000a). Os principais objetivos desta inclusão foram reorganizar as ações e ampliar o acesso aos serviços odontológicos.

A promoção de saúde bucal faz parte da construção de políticas públicas saudáveis voltadas para a comunidade, como a fluoretação das águas de abastecimento e os cuidados odontológicos básicos. O objetivo destas ações é reduzir os fatores de risco à saúde das pessoas, além de oferecer informações sobre sua proteção (BRASIL, 2004). É inegável o papel das equipes de saúde bucal na sociedade, considerando que a cárie e a doença periodontal ainda são consideradas problemas de Saúde Pública no Brasil, com alta prevalência na população em geral e entre gestantes, em particular (RONCALLI, 2000).

O Ministério da Saúde (MS) regulamentou e normatizou as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde, através da criação de manuais que preconizam a atenção obstétrica e neonatal, com destaque para a qualidade e a humanização do parto. Além disso, recomenda o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, de modo a assegurar uma gestação de qualidade e o nascimento

de uma criança saudável. A primeira consulta de pré-natal deve ocorrer até 120 dias após a confirmação da gravidez, com a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação. As equipes de saúde devem buscar ativamente as gestantes em sua área de abrangência e incluí-las no acompanhamento pré-natal. Com relação às atribuições de cada categoria, destaca-se o papel do agente comunitário de saúde, do médico e do enfermeiro na atenção ao Pré-Natal. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), além das visitas domiciliares, deve identificar as gestantes de sua área de abrangência, desenvolver atividades de educação com as gestantes e seus familiares, orientar sobre cuidados básicos de saúde e nutrição e higiene (BRASIL, 2006a).

Segundo as orientações do Ministério da Saúde, toda gestante deve ser encaminhada ao serviço de saúde e o médico ou o enfermeiro da equipe devem ser avisados caso ela apresente sintomas como febre, calafrio, sinais de infecção como corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas freqüentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar (BRASIL, 2006a).

As adolescentes ou as gestantes que enfrentam problemas relativos à aceitação da gravidez por seus familiares merecem atenção. O agente comunitário também deve orientar sobre a periodicidade das consultas, identificar as situações de risco e fazer a captação para a primeira consulta, assim como as subseqüentes (BRASIL, 2006a).

Ao enfermeiro cabe realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias, realizar consultas de pré-natal de gestação de baixo risco, solicitar exames de rotina e orientar tratamento, encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico, realizar atividades com grupos de gestantes e grupos de sala de espera, fazer visita domiciliar, fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta e proceder à coleta de exame cito patológico (BRASIL, 2006a).

Cabe aos médicos a realização das consultas de pré-natal, intercalando com o enfermeiro, solicitar exames e orientar tratamento. Além disso, deve orientar as gestantes quanto aos fatores de risco, identificar as gestantes de risco e fazer o encaminhamento para a unidade de referência. O médico da família também realiza coleta de exame cito patológico, fornece o cartão da gestante devidamente

atualizado a cada consulta, participa de grupos de gestantes e realiza visita domiciliar e atende às intercorrências, encaminhando as gestantes para a unidade de referência, assim como para a avaliação da saúde bucal (BRASIL, 2006a).

Posteriormente, o departamento de atenção básica do Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para uma política nacional, visando à reorganização das ações e serviços de saúde no país, através da publicação dos Cadernos de Atenção Básica. O Caderno de Saúde Bucal propõe que os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento (BRASIL, 2006b).

O manual destaca as atribuições dos profissionais de saúde bucal e do dentista, em particular, em relação à atenção as gestantes. Dentre as atribuições dos profissionais de saúde bucal, destaca-se a avaliação geral da gestante, observando cada período da gravidez para executar os procedimentos, a adequação do meio bucal e o controle da placa bacteriana. Além disso, deve haver garantia da continuidade do tratamento após a gestação (BRASIL, 2006b).

Todas as urgências devem ser atendidas, desde que tomados os devidos cuidados indicados para cada período da gestação. Nos grupos de gestantes as usuárias devem ser ouvidas sobre os problemas, crenças e tabus, devendo a equipe respeitar e responder de forma clara, alertar em relação às mudanças que ocorrem na boca neste período, enfatizar a importância da higiene e estimular o autocuidado e alimentação saudáveis. A educação em saúde inclui a nutrição adequada e a escolha dos alimentos nutritivos que contribuirão para a formação de ossos e dentes do feto (BRASIL, 2006b).

A saúde bucal foi definida por Chaves, em 1960, como o estado de normalidade e eficiência dos dentes e tecidos adjacentes, incluindo a cavidade bucal e os tecidos circundantes, além de todo complexo maxilo-facial, relacionado à função mastigatória. No conceito mais amplo e atual, a saúde bucal é considerada como parte integrante e indissociável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições sociais e econômicas, com o tipo de alimentação, acesso à água tratada, acesso aos serviços de saúde e à informação (PEREIRA, 2003).

De acordo com Flório (2003), a promoção de saúde bucal faz parte da construção de políticas públicas saudáveis, voltadas para a comunidade, tendo como objetivo reduzir os fatores de risco à saúde das pessoas, além de ações de educação e informações sobre proteção à saúde. Estas ações devem estar incluídas na atenção à saúde bucal da gestante, com o objetivo de criar alicerces para a manutenção da saúde bucal no meio familiar e garantindo a integralidade da atenção à saúde.

2.2 GRAVIDEZ E ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS

A gestação é um período marcado por grandes alterações físicas e psicológicas no organismo feminino que merecem uma atenção diferenciada por parte dos profissionais de saúde. É importante conhecer estas modificações, uma vez que a saúde geral da gestante tem influência direta sobre a saúde do bebê (TARSITANO *et al.*, 1993).

Segundo Suresh e Rafdar (2004), as principais alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação estão relacionadas aos sistemas cardiovascular, respiratório, renal, gastrointestinal e endócrino. No sistema cardiovascular costuma ocorrer aumento do débito cardíaco e variações na pressão arterial. As principais alterações na pressão arterial são a hipertensão crônica (pré-existente à gravidez), a hipertensão gestacional (costuma ocorrer no segundo semestre da gestação em mulheres normotensas) e a pré-eclâmpsia, um quadro grave de hipertensão caracterizado por edema e proteinúria, podendo induzir ao parto prematuro e nascimento de bebês de baixo peso (JAMES *et al.*, 2004). Conhecer os sinais e sintomas da hipertensão, assim como manter o controle da pressão arterial é um cuidado que deve ser tomado no atendimento às gestantes, principalmente quando submetidas a intervenções odontológicas que necessitam de anestesia (BRASIL, 2006b).

As alterações respiratórias características da gestação estão relacionadas ao aumento da frequência respiratória e no consumo de oxigênio, devido ao aumento das necessidades materno-fetais (WEINBERGER *et al.*, 1980).

Nos rins pode haver um aumento da taxa de excreção renal, devido a alterações hepáticas (FERREIRA, 1998), além de uma modificação no metabolismo dos carboidratos, que exigem do organismo da gestante um aumento na produção de insulina, podendo evoluir para o diabetes gestacional, uma intolerância à glicose detectada durante a gestação (FORSBACH-SANCHEZ *et al.*, 2005). A diabetes é um fator de risco para o desenvolvimento de gengivite, doença periodontal e outros tipos de infecção, como a candidíase, além de provocar diminuição do fluxo salivar aumentando a predisposição ao desenvolvimento de cáries (LINDHE, 2003).

As alterações gastrointestinais estão relacionadas à diminuição dos movimentos peristálticos intestinais e a ocorrência das náuseas e vômitos matutinos. De acordo com Baron (1993), este problema acomete uma em cada duzentas gestantes. Episódios freqüentes de vômitos podem causar a desidratação e perda de peso (QUINLA, 2003), além da erosão ácida do esmalte dos dentes (LAINE, 2002).

A placenta desenvolve-se e torna-se o órgão responsável pela produção dos hormônios gravídicos gonadotrofina coriônica, estrogênios, progesterona e hormônio lactogênio placentário, além de desempenhar as funções respiratória, nutritiva, excretora, imunológica e garantir o desenvolvimento do feto (OLIVEIRA *et al.*, 2002). Os hormônios gravídicos são os responsáveis pela maioria das alterações teciduais que ocorrem na gengiva, como será visto a seguir.

2.2.1 Alterações na Cavidade Bucal

Os níveis elevados de estrogênio e progesterona provocam o aumento da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais e o aumento na síntese de mediadores químicos como a prostaglandina. A exacerbação da resposta vascular frente à placa bacteriana torna o tecido gengival particularmente sensível neste período (DI PLÁCIDO, 1988). Estas alterações costumam ocorrer no segundo trimestre da gravidez e regredir após o parto, podendo ser reversíveis com o controle adequado da placa (LINDHE, 2005).

A resposta exagerada da gengiva à placa bacteriana provoca o aumento da prevalência da gengivite entre mulheres grávidas, tornando-as muito mais suscetíveis à gengivite do que as que não estavam grávidas (TILAKARATNE *et al.*, 2000). Gaffield (2001) afirma que 25% a 100% das gestantes podem apresentar gengivite em algum momento da gravidez, sendo mais freqüente a ocorrência entre o segundo e o oitavo meses de gestação. Sartório e Machado (2001), num estudo sobre a prevalência da doença periodontal na gravidez, constataram a prevalência de 71,6% de gengivite entre as gestantes examinadas e sugeriram a criação de um serviço de orientação e atendimento às gestantes.

Di Plácido e colaboradores (1988) afirmam que a gravidez tem efeito sobre a microbiota bucal, favorecendo o crescimento seletivo de alguns microrganismos da placa bacteriana, responsáveis pela inflamação gengival. A gengivite gravídica pode ainda provocar a proliferação e aumento do volume gengival, formando uma lesão fibrosa que sangra facilmente e chega a interferir na fala e na mastigação. Esta lesão, chamada de granuloma piogênico gravídico, traz grande desconforto à gestante e, embora possa regredir ou desaparecer depois do parto, a remoção cirúrgica do tecido algumas vezes é o tratamento indicado, preferencialmente após o término da gravidez (LINDHE, 2005).

Segundo Sooriyamoorthy e Gower (1989), os níveis elevados de progesterona e estrogênio durante a gravidez são responsáveis pela modificação da resposta imunológica do organismo feminino frente à placa bacteriana. A explicação está na diminuição da quimiotaxia dos neutrófilos e da fagocitose, assim como na modificação na resposta dos anticorpos e das células T. Lindhe (2005) afirma que a periodontite pode evoluir a partir de uma gengivite pré-existente ou não tratada. Para Scavuzzi (1999) apesar de não haver uma relação direta entre a gestação e o aumento da prevalência de doença periodontal, deve-se considerar o fato da doença estar associada à placa bacteriana e começar a partir de uma inflamação gengival.

Em 1996, Offenbacher associou o nascimento de crianças prematuras com a doença periodontal das gestantes. Diversos estudos e acirradas discussões sucederam-se a este achado resultando na publicação de uma vasta literatura sobre o assunto (BOGGESS *et al.*, 2006). A partir destes resultados, começou a haver especulações sobre a possibilidade das infecções bucais maternas atingirem o feto causando complicações na gestação. No entanto, autores como Camargo e

Soilbelman (2005) e Vettore (2006), após revisões sistemáticas sobre a associação entre a doença periodontal e a prematuridade e/ou baixo peso ao nascer (P/BPN), rejeitaram a hipótese baseados na inconsistência dos achados e afirmaram não existir uma correta evidência sobre a relação entre a doença e os desfechos indesejáveis na gestação, sugerindo que mais estudos precisam ser feitos sobre o assunto para confirmar a hipótese.

Outra ocorrência, freqüente na gravidez e pouco conhecida pelas grávidas, é a erosão ácida dos dentes, provocada pelos episódios freqüentes de vômitos, particularmente comuns no primeiro trimestre da gestação. Esta condição, caracterizada pela perda de minerais das superfícies dentárias linguais e palatinas, é provocada pela exposição continuada do meio bucal aos ácidos gástricos (LAINE, 2002). O avanço da gravidez pode intensificar o problema uma vez que o esfíncter esofágico é pressionado pelo aumento do volume do útero, aumentando o refluxo (SILK *et al.*, 2008). É desaconselhável escovar os dentes logo após um episódio de vômito, sendo preferível o uso de bochechos com água de bicarbonato ou enxaguatórios bucais, diminuindo assim o efeito abrasivo dos ácidos gástricos sobre o esmalte dentário (ATTIN *et al.*, 2000).

Com relação à cárie dentária, não se pode afirmar que há aumento de sua incidência durante a gravidez. Viegas, em 1970, num estudo comparativo, não encontrou diferenças significativas quanto ao número de lesões de cárie entre gestantes e não gestantes. A cárie dental é considerada uma doença crônica infectocontagiosa, com alta prevalência entre humanos, causada por bactérias acidogênicas que provocam uma desmineralização na superfície dentária. Sua etiologia é multifatorial, dependendo da susceptibilidade do hospedeiro, da presença de microorganismos cariogênicos, de uma dieta rica em carboidratos fermentáveis e pela exposição por um tempo significativo a todos estes fatores (LOESCHE, 1979).

O desenvolvimento da cárie depende da composição da saliva e da quantidade de seu fluxo, da composição da placa bacteriana e sua aderência aos dentes e da resposta imunológica do hospedeiro. As bactérias do grupo *Streptococcus mutans* e os *Lactobacillus* foram identificados como responsáveis pela aderência da placa à superfície dos dentes através da produção de ácidos orgânicos sintetizados a partir da sacarose. O aumento destas bactérias está relacionado com o início do processo cariioso. Uma dieta rica em açúcar aumenta o potencial

cariogênico da placa bacteriana por fornecer substrato para o desenvolvimento destas bactérias acidogênicas (LOESCHE, 1979; CAUFIELD *et al.*, 1993).

O íntimo contato da mãe com seu bebê a transforma na principal fonte de contaminação de bactérias bucais, influenciando o desenvolvimento de cáries na criança, dependendo do nível de infecção da mãe (TORRES *et al.*, 1999). Segundo Caufield (1993), o período de maior transmissão do *S. Mutans* ocorre entre os 19 e 31 meses de vida, chamado de “janela de infectividade”, momento em que o sistema imunológico imaturo da criança reconhece as bactérias da mãe como sendo suas e não produz os anticorpos contra as mesmas. Torres (1999) enfatiza a importância da implantação de um programa de controle de placa e adequação bucal voltado para gestantes, com a finalidade de prevenir a transmissão das bactérias cariogênicas para seus filhos, e recomenda que este acompanhamento deva ser iniciado durante o período pré-natal.

A maioria destas alterações pode ser minimizada quando são eliminados os fatores locais que as desencadeiam, através do estabelecimento de uma higiene bucal cuidadosa e manutenção com retornos periódicos ao cirurgião-dentista, dentro de um programa de controle de placa supervisionado (BOGGESS *et al.*, 2006).

2.3 VERDADES E MITOS SOBRE SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO

Existem vários mitos envolvendo a gestação e a saúde bucal, muitos deles associados à baixa percepção das necessidades de cuidado com a saúde oral neste período, ao medo de ir ao dentista, ao comodismo e às crenças populares que desaconselham a visita ao dentista durante a gravidez (ALBUQUERQUE *et al.*, 2004).

A hipótese de que os dentes ficam mais fracos e propensos à cárie devido à perda de cálcio para o feto em formação é bastante difundida entre gestantes. Na verdade, o cálcio utilizado pelo feto provém da circulação sanguínea materna e não dos dentes da mãe. O cálcio dos dentes já está cristalizado e não há possibilidade de voltar à circulação sistêmica (MILLER, 1995).

A qualidade da dieta durante a gestação garante o bom desenvolvimento dos ossos e dentes do feto e deve ser rica em cálcio e fósforo, vitaminas A, C e D e proteínas (SIGLE, 1997). Atualmente, a utilização de flúor pré-natal está contraindicada devido às evidências científicas que demonstram não haver benefícios para os dentes do bebê em desenvolvimento (KAMINETZKY *et al.*, 1981). Além disso, o flúor costuma ser prescrito na forma associada a vitaminas e sais minerais, provocando uma redução na absorção do cálcio contido nestas fórmulas (CURY, 2001). Apesar das evidências que contra indicam o uso do flúor pré-natal, muitos médicos continuam fazendo este tipo de prescrição (FELDENS *et al.*, 2005).

O aumento da prevalência de cáries durante a gestação é uma crença comum, no entanto, é necessário esclarecer que a cárie está mais associada à mudança dos hábitos alimentares e à falta de higienização adequada do que com a gravidez propriamente dita (SCAVUZZI *et al.*, 1999b). O mito de que a cada gravidez se perde um dente também pode ser desfeito, bastando esclarecer às gestantes que as perdas dentárias podem ser evitadas com uma dieta saudável, evitando-se o consumo exagerado de açúcar, enfatizando-se o controle da placa bacteriana e principalmente a importância e possibilidade de tratamento dentário durante a gravidez (GAJENDRA, 2004).

Codato, Nakama e Melchior (2008) relataram a crença de que há restrições ao tratamento odontológico durante a gravidez, além da insegurança, por parte das

gestantes e dos próprios cirurgiões-dentistas, sobre quais tipos de intervenções são possíveis nesse período. As gestantes atribuem às exodontias o risco de hemorragias que podem prejudicar o bebê. Outras crenças populares que relacionam tratamentos odontológicos e possíveis danos à criança também foram citados por outros autores como, por exemplo, os períodos de gestação que permitem o uso de anestesia e a possibilidade do uso dos Raios X (KONISH, 2002; ROCHA, 1993). Estes e outros procedimentos serão vistos detalhadamente no próximo capítulo.

Para Rocha (1993), a crença de que mulheres grávidas não podem ser submetidas ao tratamento odontológico, aliados ao desconhecimento científico por parte dos próprios cirurgiões-dentistas que muitas vezes se recusam a atender às gestantes, apenas reforçam o tabu que desaconselha a visita ao dentista durante a gravidez. Capucho *et al.* (2003), ao entrevistarem cerca de 40 cirurgiões-dentistas na região de Taubaté, concluíram que 100% dos profissionais possuíam alguma dúvida em relação ao tratamento odontológico em gestantes.

Além disso, muitas vezes o tratamento odontológico fica sujeito à permissão do médico que faz o acompanhamento pré-natal, demonstrando o desconhecimento por parte destes profissionais de que os dentistas possuem conhecimentos sobre saúde que vão além das práticas odontológicas (CODATO *et al.*, 2008). Diaz (1988) enfatiza a importância de uma aproximação entre médicos e dentistas durante o Pré-Natal, com a finalidade de atualização dos conhecimentos científicos pertinentes ao assunto e esclarecimento de dúvidas.

Autores como Amar e Chung (1994) afirmam que o tratamento odontológico não está contraindicado durante a gravidez e que a avaliação e controle da saúde bucal devem constar nos programas de atendimento pré-natal. A atenção odontológica à gestante pode ser realizada em qualquer período gestacional, inclusive intervenções como extrações dentárias, considerando que o risco de disseminação de uma infecção e o estresse causado pela dor é muito mais lesivo à saúde da mãe e do feto (SCAVUZZI *et al.*, 1999a). Os mitos que se perpetuam através de gerações interferem na resolução das necessidades odontológicas das gestantes e dificultavam a implantação de um serviço odontológico destinado a elas (KONISH *et al.*, 2002).

2.4 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DAS GESTANTES

Alguns cuidados especiais devem ser tomados durante o atendimento às gestantes no consultório dentário. Para James e Nelson-piercy (2005), é fundamental o conhecimento da história médica da paciente e preenchimento de uma ficha com e anamnese detalhada para a elaboração de um plano de tratamento seguro.

As sessões devem ser curtas para evitar situações de estresse, principalmente quando a gestante tem algum receio em relação ao tratamento odontológico e para evitar a síndrome da hipotensão postural, que ocorre devido à compressão da veia cava inferior após um período prolongado em posição supina. Para evitar o problema, as gestantes devem ser atendidas sentadas, na posição semi-supina (SURESH *et al.*, 2004).

É recomendável fazer o monitoramento da pressão sanguínea e temperatura corporal para detecção de quadros hipertensivos e/ou infecciosos. Os valores considerados normais para frequência cardíaca variam de 60 a 100 batimentos por minuto e a pressão sistólica ideal deve estar abaixo de 140 mm/Hg e a diastólica menor que 90 mm/hg (JAMES *et al.*, 2004). O nível de glicose deve ser medido para o rastreamento do diabetes gestacional, sendo considerado normal se menor que 140mg/dl (FORSBACH-SANCHEZ, 2005).

Com relação às radiografias, Chiodo e Rosenstein (1985) afirmam que o uso dos Raios X é seguro quando se utilizam os equipamentos de proteção para a gestante e o feto, tais como o uso de filmes ultrarrápidos, diafragma, filtros de alumínio e avental de chumbo, diminuindo assim a quantidade de radiação e o tempo de exposição. Estudos comprovam que a dose de radiação absorvida numa tomada radiográfica odontológica é muito inferior à dose capaz de produzir má formação fetal. Apesar destes cuidados, alguns autores recomendam que este tipo de exame seja evitado no primeiro trimestre (SERSON *et al.*, 1984).

Quanto ao uso de anestésico local em gestantes, pesquisas apontam que a prevalência de complicações é a mesma na população gestante e não gestante. Quanto maior a capacidade de ligação plasmática, menor sua capacidade de atravessar a placenta (BARBOSA, 2003). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde

(SMS) de São Paulo, o anestésico disponível na rede municipal de saúde, o Cloridrato de Lidocaína 2% com norepinefrina 1:500.000, é perfeitamente seguro, devendo-se respeitar o limite de dois tubetes (3,6 ml) por consulta, para evitar reações adversas e toxicidade para a unidade materno-fetal (SMS-SP, 2007, p. 9).

Os anestésicos Prilocaína e a Mepivacaína não são recomendados para gestantes devido à rápida absorção pelo organismo e a alta concentração do sal, fatores que aumentam a toxicidade. A Prilocaína tem sido apontada como causa da metemoglobinemia em recém-nascidos, uma má formação nas hemoglobinas responsáveis pelo transporte de oxigênio no sangue, sendo descartado seu uso durante a gravidez (HAAS, 2002).

O anestésico local ideal, segundo Ferreira (1998), deve ser aquele que proporcione a melhor anestesia à gestante, sendo assim, justifica-se a presença de vasoconstrictores como a norepinefrina na fórmula com o objetivo de retardar o tempo de absorção para a corrente sanguínea, diminuir sua toxicidade e aumentar o tempo de duração da anestesia.

Com relação aos medicamentos, sabe-se que seu uso deve ser evitado durante a gravidez, particularmente entre o 15º ao 90º dia de gestação, período de formação dos órgãos. Alguns possuem efeitos deletérios já conhecidos como a tetraciclina, capaz de provocar manchas irreversíveis nos dentes, e a talidomida, por seu potencial teratogênico (CARMO, 2004). A Food and Drug Administration (FDA) classifica os medicamentos em cinco categorias, de acordo com o risco associado ao seu uso durante a gravidez. O acetaminofeno, alguns analgésicos narcóticos, as Cefalosporinas e a Eritromicina, os corticóides e os polivitamínicos sem flúor são considerados de mínimo risco (BARBOSA, 2003). Ainda assim, Pinto (1993) sugere sempre trabalhar junto ao obstetra que atende à gestante, para minimizar os riscos de dano ao feto ou à gestação.

Considerando que a dor produz um estresse prejudicial e uma infecção pode disseminar-se pelo organismo e atingir o feto, optando-se por fármacos seguros, não há justificativa para deixar de prescrever medicamentos às gestantes, quando necessário (BARBOSA, 2003). As extrações dentárias podem ser feitas, preferencialmente no segundo trimestre da gestação, respeitando-se as doses anestésicas recomendadas (BRASIL, 2006b).

2.5 BARREIRAS AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

As barreiras ao atendimento odontológico referem-se às dificuldades que as pessoas encontram para conseguir tratamento dentário e podem estar relacionadas ao medo e a ansiedade, associados às experiências negativas anteriores (FREEMAN, 1999; KLEINKNECHT *et al.*, 1973).

Albuquerque e colaboradores (2004), pesquisando sobre a percepção das gestantes em relação ao tratamento odontológico, identificaram como barreiras, além do medo e ansiedade, a baixa percepção da necessidade e baixa valorização da saúde bucal, as crenças populares que desaconselham o tratamento durante a gravidez, o medo de sentir dor, o custo do tratamento e a dificuldade de acesso.

O tratamento dentário durante a gestação continua sendo encarado com receio por grande parte das gestantes. Na pesquisa de Menino e Bijella (1995), 82,4% das gestantes entrevistadas que não procuraram atendimento odontológico justificaram-se dizendo que não precisaram (52,4%), 20,2% alegaram que não foram ao dentista por estarem grávidas e o restante por problemas financeiros ou falta de tempo. Apenas 15,4% das gestantes deste mesmo estudo disseram que os dentistas recusaram o atendimento.

Finkler (2003), concluiu que as crenças populares de que o tratamento odontológico prejudica a gestação são mais fortes que os argumentos utilizados pelos dentistas para convencê-las. Por este motivo, enfatiza a necessidade de se modificar o discurso dos profissionais frente às pacientes gestantes, através da ampliação das informações sobre este tipo de atendimento nos currículos dos cursos de graduação e outros meios de comunicação, transformando os dentistas em promotores de saúde e aprendizado, através de ações mais efetivas e menos protocolares.

Rocha (1993) sugere que a atenção à saúde bucal da gestante deveria ser discutida com a equipe do pré-natal para atualização dos conhecimentos, troca de experiências e desmistificação de crenças. A mesma autora afirma que os enfermeiros têm um importante papel na condução das gestantes ao tratamento odontológico. Em relação aos médicos e as orientações sobre saúde bucal às pacientes gestantes, Faria *et al.* (1997), constataram não existir, na época, uma

rotina de informações sobre saúde bucal entre os médicos ginecologistas-obstetras entrevistados, apesar de conhecerem os conceitos de transmissibilidade de doenças bucais como a cárie.

Segundo Tirelli (2004), em sua pesquisa com 204 médicos ginecologistas e obstetras associados à Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP), 96% afirmam repassar informações sobre saúde bucal às pacientes gestantes e 97% recomendam as gestantes ao atendimento odontológico durante o pré-natal.

Quanto aos dentistas, existem muitos relatos sobre a relutância frente ao atendimento às gestantes, muitos por temerem que as intervenções possam prejudicar a saúde da mãe e/ou do bebê (COSTA, 2000). Em função deste comportamento, inúmeras pesquisas foram desenvolvidas, a maioria concluindo que o atendimento odontológico não só é possível neste período quanto necessário (LIVINGSTON *et al.*, 1998; SCAVUZZI, 1999).

Muitas gestantes se queixam da falta de orientação quanto à possibilidade de tratamento odontológico (FRAUNCHES *et al.*, 2001). As gestantes de baixa renda são as mais prejudicadas, uma vez que o acesso à informação e a renda familiar são fatores determinantes para a aquisição e apreensão de conhecimentos em saúde bucal (ZARDETTO *et al.*, 1998). Moura e Rodrigues (2003) enfatizam que as atividades de comunicação/informação durante a assistência pré-natal são a melhor maneira de trabalhar a promoção e a educação em saúde e consideram que o PSF favorece estas práticas.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal é a queixa mais comum entre gestantes de baixa renda. Segundo Rocha (1993), apesar da inclusão das equipes de saúde bucal no PSF, ainda há muito a ser feito no sentido de diminuir as desigualdades sociais no acesso, no cuidado e no atendimento à demanda pública por serviços odontológicos.

2.6 PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO - PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO

Para Soares e colaboradores (2009), a inclusão do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do pré-natal é imprescindível na prevenção das alterações bucais que ocorrem na gestação, contribuindo para a saúde geral da gestante, e desmistificando algumas crenças populares que restringem o atendimento odontológico neste período.

O PSF tem um importante papel na ampliação do acesso aos serviços de saúde, particularmente no que diz respeito ao atendimento à saúde bucal das gestantes. Mas é preciso que haja uma maior integração entre as equipes no sentido de orientá-las a procurar atendimento odontológico (BRASIL, 2004). Ciente da importância da inclusão destes serviços no atendimento pré-natal, o Ministério da Saúde passou a recomendar o encaminhamento de toda gestante para uma consulta odontológica e criou um protocolo de atendimento para todas as equipes de saúde que deve incluir:

- Orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação;
- Exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal;
- Diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo;
- Diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento;
- Orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal;
- A assistência não é compulsória e a gestante deve ter a vontade respeitada, sob pena de infração ética (BRASIL, 2004).

Segundo Lindhe (2005), toda gestante com necessidade de tratamento deve ser encaminhada para a adequação do meio bucal e eliminação dos focos dentários através do tratamento restaurador atraumático (TRA), que consiste na remoção do tecido cariado através de curetas, muitas vezes sem necessidade de anestesia, e uso do ionômero de vidro, material restaurador com flúor, para obturação das

cavidades. Raspagens e remoção de tártaro devem ser realizadas imediatamente, podendo-se adiar os procedimentos eletivos.

O Ministério da Saúde sugere que as consultas odontológicas devem ser agendadas, de preferência, nos mesmos dias das consultas de pré-natal e recomenda um mínimo de seis consultas antes e uma consulta até 42 dias após o nascimento. O dentista deve conhecer a história clínica da gestante, seus antecedentes familiares, informações sobre sua saúde geral e manter contato com o médico que a acompanha, além de seguir o protocolo de atendimento que enfatiza:

No primeiro trimestre, devem ser evitadas as exposições radiográficas, não sendo o período adequado para procedimentos cirúrgicos. Utilizar, quando necessário, avental de chumbo, protetor de tireóide e filme ultra-rápidos.

No segundo trimestre, é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.

No terceiro trimestre, deve-se redobrar a atenção ao risco de hipertensão e anemia e ao desconforto que pode ocorrer à gestante na cadeira odontológica em gestações avançadas, podendo provocar uma hipotensão postural, sendo assim, não se recomenda o atendimento odontológico neste período. As situações de urgência e ou emergência podem ser atendidas, contanto que se tomem os devidos cuidados, de acordo com cada período da gestação (BRASIL, 2006a).

2.6.1 Gestantes de alto risco

Gestantes de alto risco correspondem a uma pequena parcela da população que, devido algumas características específicas, têm maior chance de evolução desfavorável, tanto para o feto como para si mesmas (BRASIL, 2000).

Além das doenças obstétricas, existem intercorrências clínicas como infecções, hipertensão arterial crônica, anemias, endocrinopatias, cardiopatias, pneumopatias, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, tromboembolismo e epilepsia, que podem colocar em risco a unidade materno-fetal.

Assim, o controle pré-natal da gestante de alto risco será diferenciado, tanto nos objetivos quanto no número de consultas pré-natais e na capacitação da equipe que presta a assistência (BRASIL, 2000b).

O acompanhamento deste grupo especial de gestantes requer cuidados mais complexos e atuação de uma equipe multidisciplinar de outras áreas (BRASIL, 2000b). Segundo Menino e Bijella (1995), as equipes de saúde bucal têm uma função essencial na manutenção da saúde sistêmica da gestante, através de medidas curativas, preventivas e educacionais.

A gestação é um momento oportuno para o rastreamento do diabetes mellitus e alterações de tolerância à glicose. O manual aponta a doença como responsável por alto índice de morbimortalidade perinatal, macrosomia fetal e malformações congênitas. No entanto, a gestante portadora de diabetes poderá gerar filhos saudáveis se controlar o nível de glicose do sangue, detectar os fatores de risco precocemente e adotar hábitos de vida sadios (BRASIL, 2006a).

O diabetes melito é uma doença de origem metabólica classificada em dois tipos: Tipo 1, quando existe uma produção reduzida de insulina pelas células pancreáticas, e a Tipo 2, causada pela utilização deficiente de insulina pelo organismo. O diabetes Tipo 1 acomete cerca de 10 a 20% da população mundial, sendo o Tipo 2 o mais comum. Cerca de 7% das gestantes brasileiras desenvolvem diabetes durante a gestação. A maioria dos casos está relacionada à obesidade, história familiar da doença na família e nascimento de bebês com mais de 4 quilos. Em alguns casos, o diabetes gestacional desaparece após o parto, no entanto, cerca de 40% destas gestantes podem desenvolver o diabetes tipo 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003).

Os níveis elevados de glicose no sangue provocados pelo diabetes causam poliúria, polifagia, prurido, fraqueza e fadiga e suas principais complicações incluem a retinopatia, nefropatia, neuropatia e cicatrização deficiente (LAINE, 2002). Para o Ministério da Saúde, as mulheres diabéticas ou que desenvolvem o diabetes gestacional necessitam de cuidados especiais em relação à dieta e um monitoramento e controle constante da glicemia, muitas vezes necessitando de administração de hipoglicemiantes orais ou aplicações de insulina (BRASIL, 2000b).

Esta gestante requer prioridade para o tratamento odontológico, uma vez que o diabetes também é um fator de risco para o desenvolvimento de gengivite, doença periodontal e outros tipos de infecção, como a candidíase, além de provocar diminuição do fluxo salivar aumentando a predisposição ao desenvolvimento de cáries (LINDHE, 2003).

A hipertensão é outro fator de risco na gestação que requer atenção odontológica cuidadosa. É a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal, podendo ocorrer em cerca de 10% das gestações, principalmente entre mulheres com história de hipertensão em gravidez prévia. Gestantes hipertensas têm maior risco de desenvolver pré-eclampsia e, além de monitoradas rigorosamente, devem receber orientação quanto à dieta, prática regular de exercícios e uso de medicamentos, quando necessário. O atendimento odontológico não está contra-indicado, desde que a gestante esteja com a pressão controlada e a equipe de saúde capacitada para o diagnóstico e encaminhamento para todos os níveis de assistência que necessitem (BRASIL, 2000b).

Para realizar o tratamento odontológico em gestantes de alto risco, os cirurgiões-dentistas precisam conhecer as alterações sistêmicas de suas pacientes e os principais cuidados neste tipo atendimento, para a execução de um plano de tratamento adequado (SOARES *et al.*, 2009).

2.7 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

O PSF surgiu em 1994 para reorganizar a atenção primária no país, transformando-a no primeiro nível de atenção à saúde, através da ampliação do acesso aos serviços de saúde, com práticas voltadas para sua prevenção e promoção. As suas diretrizes baseiam-se na integralidade e hierarquização do sistema de saúde, através de uma rede articulada para referência e contra-referência aos demais níveis de atenção, a territorialização e adscrição da clientela, o diagnóstico da situação de saúde da população e no planejamento das ações, com participação social das famílias assistidas (BRASIL, 1994).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), cada equipe do PSF tem como responsabilidade garantir a continuidade do tratamento, prestar assistência integral respondendo de forma contínua à demanda, prestar educação sanitária e promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade. As equipes são compostas minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis por até 1000 famílias ou 3000 a 4000 pessoas. As equipes de saúde bucal, a princípio, não estavam incluídas no PSF, perpetuando o afastamento desta modalidade dos demais serviços de saúde assim como a percepção coletiva do cirurgião-dentista como um profissional técnico com atuação meramente curativa (PEREIRA, 2003).

Buscando cumprir o princípio constitucional de atendimento integral à saúde e visando atender a imensa demanda da população pelo acesso à assistência odontológica, as equipes de saúde bucal foram finalmente introduzidas no PSF (BRASIL, 2000a). A partir de então, ficou estabelecido que as equipes de saúde bucal fossem compostas por um dentista e um auxiliar de saúde bucal (modalidade de equipe tipo I) ou ainda pode contar com o auxílio de um técnico em higiene bucal (modalidade tipo II), sendo cada equipe responsável por até 4.500 pessoas, em um território delimitado (BRASIL, 2002).

Em 2004, com o objetivo de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, foram lançadas as novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente. Foram desenvolvidas ações intersetoriais, tendo o

conceito do cuidado como eixo de reorientação, a humanização do processo de trabalho, a co-responsabilização dos serviços e a criação de linhas de cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso e da gestante, dentre outras (BRASIL, 2004).

Para Roncalli (2000), a nova política rompeu definitivamente com a antiga prática da odontologia voltada para a cura e a doença e permitiu uma abordagem além da saúde bucal, buscando a avaliação integral dos indivíduos e de suas reais necessidades, assim como promoveu a conjugação dos diversos saberes e práticas odontológicas com os demais serviços de saúde.

Em 2006 o programa passou a ser considerado como uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção e uma série de normas e manuais técnicos foram implantados, com a finalidade de reorganizar as ações de saúde neste setor. Além de normatizar as ações, ficaram definidas as atribuições e competências dos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família (BRASIL, 2006b). De acordo com o caderno de saúde bucal, são atribuições do cirurgião dentista da equipe do PSF:

1. Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
2. Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
3. Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde; prevenção de agravos; diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local).
4. Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
5. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

6. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

7. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THB, ASB e ESF;

8. Realizar supervisão técnica do THB e ASB.

9. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o bom funcionamento da USF (BRASIL, 2006b).

Cabe ao cirurgião dentista apropriar-se deste novo papel, desempenhando suas funções integralizadas à equipe multidisciplinar do PSF, participando das reuniões e decisões e substituindo as antigas práticas, curativas e individuais, por atividades de prevenção e promoção da saúde (PEREIRA *et al.*, 2003).

2.8 EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA GESTANTES

Educar é uma ação exercida sobre um sujeito ou grupos de sujeitos, visando promover o desenvolvimento intelectual, moral e físico das pessoas e capaz de provocar mudanças na maneira como agem. A inter-relação entre o agente educador, a mensagem transmitida e o educando precisa despertar motivação suficiente para ser assimilada e transformada em ação, uma vez que o ser humano já é provido das próprias percepções e potencialidades, adquiridas no meio social. Modificar as percepções sobre saúde requer ações sistemáticas, tanto em nível pessoal quanto no ambiente em que vivem as pessoas (PEREIRA *et al.*, 2003).

A educação em saúde deve incluir a conscientização para que o indivíduo, através do conhecimento, possa julgar sua própria realidade e o método educativo vai variar de acordo com a população escolhida (PINTO, 1993).

Em saúde bucal, os grupos educativos podem ser realizados pelo pessoal auxiliar (ASB e THB) ou outros membros da equipe capacitados, sendo o cirurgião-

dentista responsável pelo reforço das informações. Com relação às gestantes, a educação em saúde deve ser exercida pela equipe pré-natal, composta por médico, enfermeiro, equipe de saúde bucal, através do acompanhamento integral nos vários estágios da gravidez. Os conhecimentos passados às gestantes sobre saúde bucal e sua manutenção serão importantes para formação de hábitos saudáveis que serão facilmente assimilados pela criança (BRASIL, 2004).

Para Pereira (2003), as orientações devem incluir a dieta, nutrição adequada, atividades físicas, lazer, higiene, as principais doenças bucais e o risco durante a gravidez, transmissão das bactérias da mãe para o filho, amamentação, perigos do uso de açúcar na mamadeira e higiene dental do bebê.

A Secretaria Municipal de Saúde do Estado de São Paulo (2007) através do projeto “Nascendo e crescendo com saúde bucal”, implantou na rede básica de saúde do Município de São Paulo ações de saúde bucal através do “Programa Mãe Paulistana”. A iniciativa pode servir como modelo para os demais municípios brasileiros, com ações de educação e orientação para gestantes na prevenção e tratamento das doenças bucais.

O programa realiza as ações de educação em saúde em grupos de até 12 gestantes, utilizando a metodologia da problematização. Este método consiste em extrair os problemas da realidade observada pelos próprios sujeitos. Uma vez identificados os problemas, são criadas ações educativas mais próximas à realidade e à demanda da população (SMS-SP, 2007).

As ações de educação em saúde são organizadas de acordo com cada período da gestação:

1º Trimestre de gestação - Importância da manutenção da saúde bucal e sua relação com a saúde geral dentes; Doenças bucais mais prevalentes, cárie dentária, gengivites e doença periodontal; Alterações bucais que ocorrem na gravidez, e desconstrução do mito que o bebê retira o cálcio dos dentes da mãe. Atenção à dieta e consumo exagerado de açúcar. Cuidado com a escovação dentária; uso de fio dental e importância da higienização após episódios de vômitos. Possibilidade de tratamento odontológico neste período.

2º Trimestre de gestação - Importância do aleitamento materno para o desenvolvimento orofacial e saúde geral do bebê. Aleitamento exclusivo até os seis

meses de idade. A importância da respiração nasal. Introdução de alimentos sólidos a partir dos seis meses. Evitar usar chupetas e mamadeiras. Iniciar a higiene dentária logo após a erupção dos primeiros dentes, para prevenção de cáries. Importância dos dentes decíduos.

3º Trimestre de gestação - Motivar à troca de experiências, esclarecerem dúvidas e abordar questões pertinentes de reuniões anteriores. Enfatizar os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida e os cuidados com a higiene bucal a importância de não oferecer chupetas ou mamadeiras. Orientar as gestantes a procurarem a unidade para a consulta de puerpério (SMS-SP, 2007).

A inserção das orientações sobre saúde bucal pode ser feita nos grupos já existentes ou em grupos específicos para essa finalidade (RONCALLI, 2000). Por ser uma das atividades preconizadas aos profissionais da atenção básica, o profissional de saúde responsável pela condução do grupo deve agir como facilitador da comunicação, garantindo a integridade de seus participantes e executando as atividades conforme os objetivos estabelecidos. É preciso respeitar as diferentes opiniões e conhecimentos preexistentes, assim como as experiências e a cultura local, para que todos sejam ouvidos e seja criado o interesse em adquirir e internalizar os novos conceitos de saúde (PEREIRA, 2003).

3 QUESTÃO NORTEADORA

As equipes de Saúde Bucal fazem o acompanhamento das gestantes no pré-natal e interagem com os demais membros da equipe de Saúde da Família em relação aos problemas de saúde bucal desta população?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o acompanhamento das gestantes pelas equipes de Saúde da Família na Unidade de Saúde da Família de Jardim Gramacho, Duque de Caxias, Rio de Janeiro.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as ações desenvolvidas pelos dentistas, médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde em relação à saúde bucal das gestantes durante o pré-natal;
- Identificar e analisar as percepções das gestantes em relação à saúde bucal e aos cuidados durante a gestação;
- Analisar a interação do cirurgião-dentista com a equipe da ESF no tratamento das gestantes cadastradas na Unidade de Saúde pesquisada.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

Jardim Gramacho é um bairro do Município de Duque de Caxias, antigo Distrito de Nova Iguaçu. O município de Duque de Caxias foi criado em 1943, através do Decreto Estadual número 1.055, de 31 de dezembro de 1943. Ocupa uma área de 442 km² e faz parte da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, numa área conhecida como Baixada Fluminense, tendo como vizinhos os municípios de Miguel Pereira, Petrópolis, Magé, Nova Iguaçu, Belford Roxo, São

João de Meriti e Rio de Janeiro. Distante 20 km da capital do Estado, é administrativamente dividido em quatro Distritos: 1º Distrito - Duque de Caxias; 2º Distrito - Campos Elíseos; 3º Distrito – Imbariê; 4º Distrito – Xerém.

De acordo com dados do IBGE 2010, o município possui cerca de 872.762 habitantes, sendo considerado o quarto maior município em população da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Em 1999, com a inauguração da Refinaria de Petróleo de Duque de Caxias (REDUC) e o conseqüente repasse do Fundo de Participação dos Municípios para a Prefeitura Municipal de Duque de Caxias, houve um aumento significativo no PIB per capita da região, hoje considerado o segundo maior do Estado do Rio de Janeiro. Apesar da riqueza trazida pelo petróleo e do aumento da arrecadação de ICMS, Duque de Caxias figura como o 52º Município em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (PINTO, 2004).

Este paradoxo pode ser observado em Jardim Gramacho, um sub-bairro do Bairro Gramacho, pertencente ao 1º Distrito do Município de Duque de Caxias. Segundo o diagnóstico social realizado pela COEP (Comitê de Entidades no Combate à Fome e pela Vida), a região possui grandes bolsões de miséria, falta de infra-estrutura urbana adequada para a maior parte de seus moradores e muitas ocupações que ainda não constam nos mapas oficiais da prefeitura. O bairro com cerca de 40.000 habitantes, de acordo com a Prefeitura, também é conhecido por abrigar um dos maiores Aterros Controlados da América Latina: o Aterro Metropolitano de Jardim Gramacho.

Com relação à saúde, dados fornecidos pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF), o município de Duque de Caxias possui 14 Unidades Hospitalares, 3 Hospitais de Referência e 3 postos de Atendimento Médico que funcionam 24h. Esta rede realiza uma média de 2,6 milhões de atendimentos de saúde e 1.089 mil atendimentos odontológicos por ano. Possui 24 ambulâncias, sendo que 3 são UTI's móveis.

Na atenção básica, segundo a Coordenadoria do Município, a rede de saúde é composta por setenta e duas equipes de Saúde da Família, distribuídas entre trinta e nove unidades, um Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família, seis Unidades Básicas de Saúde, três Hospitais (um Estadual, um Municipal e um Hospital Infantil), uma maternidade, dois CEOs (Centro de Especialidades Odontológicas) um Centro Municipal de saúde, duas UPA (Unidades de Pronto

Atendimento), um PAM e dois EAC, com uma cobertura de 26,82% da população no ano de 2007.

O PSF de Jardim Gramacho, batizado de Centro Ampliado e Avançado de Saúde da Família (CAASF), foi inaugurado em 2007 no galpão da Associação de Moradores, localizado na Rua Manicoré. Conta com quatro equipes completas de Saúde da Família, cada uma com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e vinte e seis agentes comunitários de saúde (ACSs). As Equipes 1 e 3 têm sete ACSs e as Equipes 2 e 5 contam com seis ACSs cada uma. Além disso, o CAASF possui um laboratório, uma farmácia, um Centro de Assistência Social (CRAIS) e uma Unidade Escola em convênio com a Universidade UNIGRANRIO.

Os casos mais complexos são encaminhados para o Posto de Saúde Edna Siqueira Sales ou para outra unidade de atendimento do Município. As equipes de PSF realizam atendimento em Ginecologia, Pré-natal, Puericultura, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, as quatro equipes realizam cerca de 4.400 acompanhamentos e são responsáveis por até 1.100 famílias (PREFEITURA DE DUQUE DE CAXIAS, RJ, 2011).

5 METODOLOGIA

Para esta pesquisa optou-se pela abordagem qualitativa com finalidade exploratória, tendo como meio o estudo de caso, sendo que as questões fechadas tiveram tratamento quantitativo, através de estatísticas simples.

A pesquisa qualitativa está mais ligada aos significados, crenças, valores e atitudes que não podem ser quantificadas, trazendo para o interior da análise questões subjetivas, o objetivo, os atores sociais, os fatos e seus significados. Além disso, trabalha o caráter de antagonismo e conflito entre os grupos sociais, permitindo o aprofundamento de caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento, respondendo às questões muito particulares (MINAYO, 1992).

Segundo Gil (2002), o estudo de caso consiste no estudo profundo do objeto que se deseja pesquisar, permitindo o conhecimento mais detalhado, descrevendo a situação do contexto da investigação, formulando hipóteses ou desenvolvendo teorias. Proporciona uma visão global do problema ou identifica fatores que o influenciam.

Neste estudo, a unidade-caso é intrínseca, constituída pelo próprio objeto pesquisado, ou seja, o acompanhamento das gestantes pelas equipes de saúde bucal numa unidade de Saúde da Família.

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados roteiros de entrevistas semi-estruturados, elaborados pela autora, em virtude de não ter sido encontrado um instrumento validado que contemplasse o objeto da pesquisa (ANEXOS 1, 2 e 3), sendo que as questões objetivaram obter dados relacionados com os interesses do estudo, além de consultas às fontes bibliográficas indicadas para a sustentação do referencial teórico. Para testar a eficácia dos roteiros, foram realizados testes piloto em outra unidade de saúde.

A pesquisa de campo ocorreu no período de dezembro de 2010 a janeiro de 2011, nas dependências da unidade de saúde da ESF de Jardim Gramacho, escolhida devido à disponibilidade de acesso e por ter quatro equipes completas e atuantes, contemplando a opção pelo estudo de caso.

As gestantes foram convidadas a participar da pesquisa enquanto aguardavam na sala de espera ou após a consulta de Pré-Natal e os profissionais convidados foram entrevistados dentro de seus consultórios ou em algum outro local disponível na unidade.

Participaram da pesquisa os profissionais de nível superior das quatro equipes da unidade, os agentes comunitários e as gestantes, estes escolhidos de forma aleatória. A população de estudo foi constituída por quatro dentistas, três médicos, dois enfermeiros, três agentes comunitários de saúde e dezessete gestantes, entrevistadas enquanto aguardavam a consulta. Um médico e duas enfermeiras estavam no período de férias.

As gestantes foram convidadas com a finalidade de prestarem esclarecimentos sobre o acompanhamento odontológico e selecionadas em função do tempo de gestação, entre o sexto e o nono meses, no pressuposto de terem mais informações sobre a atenção em saúde bucal no pré-natal.

Os sujeitos da pesquisa foram igualmente esclarecidos sobre os objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisadora apresentou-se como aluna do mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

Utilizou-se um caderno de campo para fazer as anotações sobre o conteúdo manifestado por cada participante. As anotações foram importantes para decidir o momento de encerrar as entrevistas e organizar os dados para análise e interpretação. O critério adotado para o encerramento dos convites às gestantes para participarem da pesquisa foi no momento da última entrevista com os profissionais.

De acordo com Bauer e Gaskell (2003), um número maior de entrevistas não melhora necessariamente a qualidade ou a compreensão mais detalhada da realidade.

Minayo (1992) considera a amostra ideal aquela que possibilita identificar a questão em estudo em suas múltiplas dimensões, sem limitar-se a critérios numéricos para garantir sua representatividade. Nesta pesquisa foram realizadas 29 entrevistas, consideradas suficientes para os objetivos do estudo.

5.1 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para a análise dos resultados utilizou-se a metodologia de análise de conteúdo de Laurance Bardin, que a considera como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1977, p. 37).

Para diferenciar os grupos estudados (dentistas, médicos, enfermeiros, agentes comunitários e gestantes) foram adotados os seguintes códigos, com a finalidade de preservar a identidade dos entrevistados: G (Gestante); M (Médico); D (Dentista); E (Enfermeiro); AC (Agente Comunitário).

Assim, G10 significa a décima entrevista com uma gestante, M2 a segunda entrevista com um médico e assim sucessivamente. Posteriormente, os fragmentos dos textos foram agrupados por temas, constituindo-se as categorias de análise.

Para a análise preconizada por Bardin, partiu-se dos conteúdos explicitados (manifestos) dos dados obtidos pela aplicação do roteiro de entrevistas, previamente testado. A importância dessa análise está em que seus resultados devem refletir os objetivos da pesquisa, assim como permitir inferências sobre o texto, conferindo ao método, desse modo, relevância teórica, com base na comparação com outros dados, representados por alguma forma de teoria (CAMPOS, 2004).

Na análise de conteúdo foram adotados os seguintes procedimentos:

- Pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do conteúdo das entrevistas realizadas, com a finalidade de apreender e organizar, ainda de forma não estruturada, aspectos importantes para as fases posteriores. Este momento do método é importante no sentido de permitir uma assimilação melhor de todo o material e algumas reflexões que fornecem alguns pontos para uma possível sistematização dos dados;

- Seleção de unidades de análise temáticas, que têm uma relação com as questões da pesquisa, que devem ser respondidas. Dessa maneira, as unidades temáticas guardam uma relação de interdependência entre os objetivos do estudo, o

referencial teórico e as próprias convicções intuitivas do pesquisador sobre o tema. A escolha das unidades de análise temáticas facilita a categorização das mesmas.

- **Categorização e subcategorização.** Trabalhou-se, em função dos interesses da pesquisa e da própria vivência do pesquisador, com pré-categorias (categorias apriorísticas). Assim, as categorias criadas foram relacionadas com os principais eixos temáticos do estudo, conforme mostra a tabela 1, sendo que as subcategorias selecionadas emergiram da leitura do texto resultante de todo o material coletado (CAMPOS, 2004).

TABELA 1: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Atenção à saúde bucal no pré-natal	- Encaminhamento à consulta odontológica - Ações de educação em saúde bucal - Percepções sobre saúde bucal na gravidez - Acesso ao tratamento
Saúde bucal da gestante	- Alterações bucais relacionadas à gravidez - Melhor momento para tratar - Necessidade de tratamento
Multidisciplinaridade no pré-natal	- Participação do dentista Pré-Natal - Integração da Equipe - Resolução dos Problemas Bucais

5.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estácio de Sá e pela Prefeitura Municipal de Duque de Caxias, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Foi garantido aos participantes da pesquisa o sigilo e a confiabilidade das informações obtidas durante a pesquisa e sua utilização apenas para os objetivos mencionados. A pesquisadora se responsabilizou em divulgar os resultados da pesquisa às instituições interessadas, assim como em possíveis publicações científicas da área.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PERFIL DA AMOSTRA

- GESTANTES

Quanto à caracterização das gestantes convidadas e atendidas na unidade da ESF de Jardim Gramacho, no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011, procurou-se identificar a faixa etária, o nível de escolaridade, a renda familiar e a vida reprodutiva. A amostra foi constituída por 17 mulheres, entre o 6º e o 9º meses de gestação.

Em relação à faixa etária: 02 (11,7%) eram adolescentes entre 15 e 18 anos; 07 (41,15%) tinham idade entre 21 e 29 anos e 07 (41,15%) entre 30 e 39 anos. A média de idade encontrada foi de 28,2 anos. A idade das gestantes variou entre 15 e 39 anos (TABELA 2).

TABELA 2: FAIXA ETÁRIA DAS GESTANTES ENTREVISTADAS NO PSF JARDIM GRAMACHO

Faixa Etária	n	%
15-18	2	11,7%
21-29	7	41,15%
30-39	7	41,15%

Com relação à renda familiar, sete gestantes (41,2%) responderam que a renda familiar era de um salário mínimo, seis (35,3%) recebiam dois salários mínimos, três entrevistadas disseram viver do “salário família” e apenas uma afirmou ter uma renda superior a três salários mínimos.

A ESF de Jardim Gramacho localiza-se próxima ao aterro sanitário e é conhecida por atender àquela população adscrita. Pelos resultados constatou-se que as gestantes eram de baixa renda, a maioria vivendo com um salário mínimo. Dentre as entrevistadas, dez (58,8%) eram donas de casa; duas (17,7%) estavam desempregadas; cinco (29,4%) trabalhavam fora: uma estagiária, uma trabalhadora da indústria, uma no aterro sanitário, uma diarista e uma auxiliar de serviços gerais.

A baixa percepção sobre saúde bucal entre gestantes de baixa renda foi constatada por Oliveira & Oliveira (1999), fato que também foi observado e considerado importante nesta pesquisa ao longo das entrevistas.

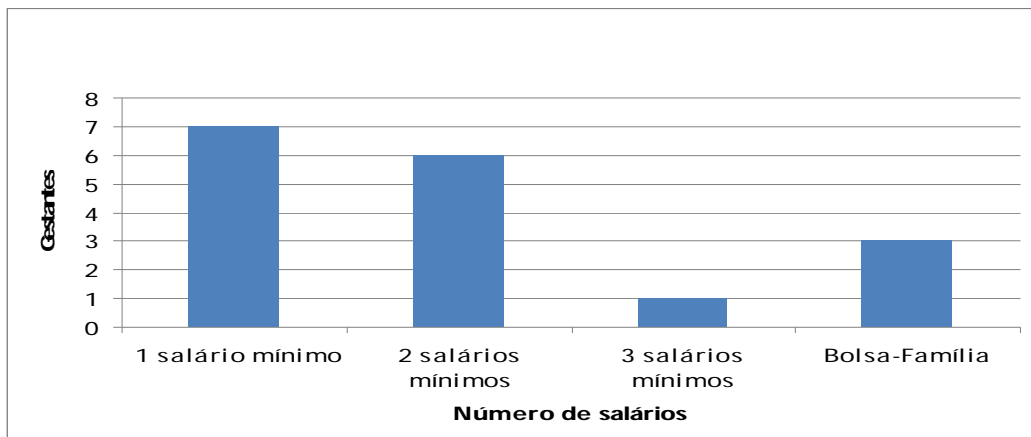


GRÁFICO 1: RENDA FAMILIAR DAS GESTANTES

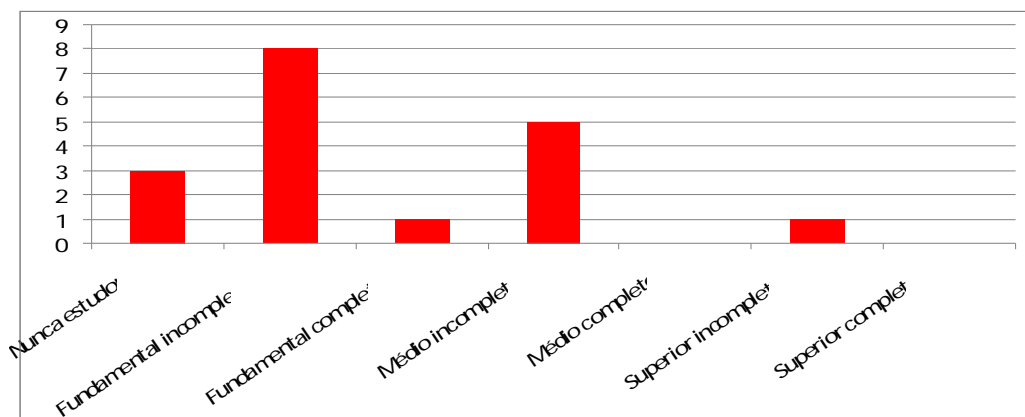


GRÁFICO 2: NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS GESTANTES

Quanto ao nível de escolaridade, três gestantes (17,6%) afirmaram nunca ter estudado. Oito (47%) afirmaram não ter concluído o ensino fundamental completo, enquanto uma (5,8%) disse ter concluído o ensino fundamental, sendo que cinco gestantes (29,4%) afirmaram ter segundo grau incompleto e 01 (5,8%) afirmou estar cursando o nível superior, conforme demonstrado no gráfico 2.

O abandono dos estudos durante a gravidez foi observado por Levandowski; Piccini e Lopes (2008) que atribuiu o fato às dificuldades em acompanhar as aulas e aos cuidados que demandam a criança depois que nasce. Nesta pesquisa, o baixo

nível de escolaridade coincidiu com o fato da maioria das gestantes terem mais de um filho (GRÁFICO 3).

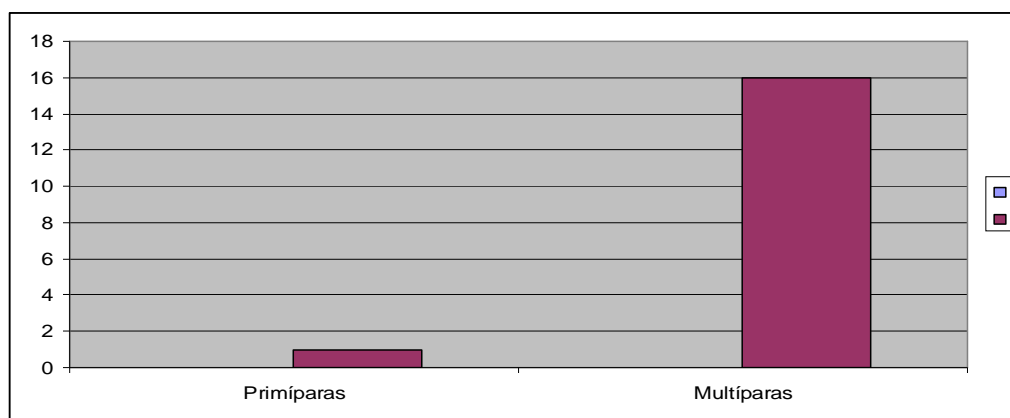


GRÁFICO 3: VIDA REPRODUTIVA DAS GESTANTES

Entre as dezessete entrevistadas, apenas uma (5,8%) afirmou estar na primeira gravidez. Dezesseis gestantes (94,1%) afirmaram já ter mais de um filho. O número elevado de gestações entre as entrevistadas pareceu perpetuar o ciclo do abandono dos estudos, dificuldade de encontrar emprego e a baixa renda familiar, fatores que podem estar relacionados à falta de informação e cuidados com a saúde bucal.

- PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais foram classificados conforme o tempo de atuação no Programa Saúde da Família e especialização, conforme os gráficos abaixo.

A maioria (66,6%) afirmou trabalhar na unidade há mais de dois anos. Três profissionais (25%) chegaram àquela unidade há dois anos e apenas um (8,3%) trabalhava a menos de um ano na unidade.

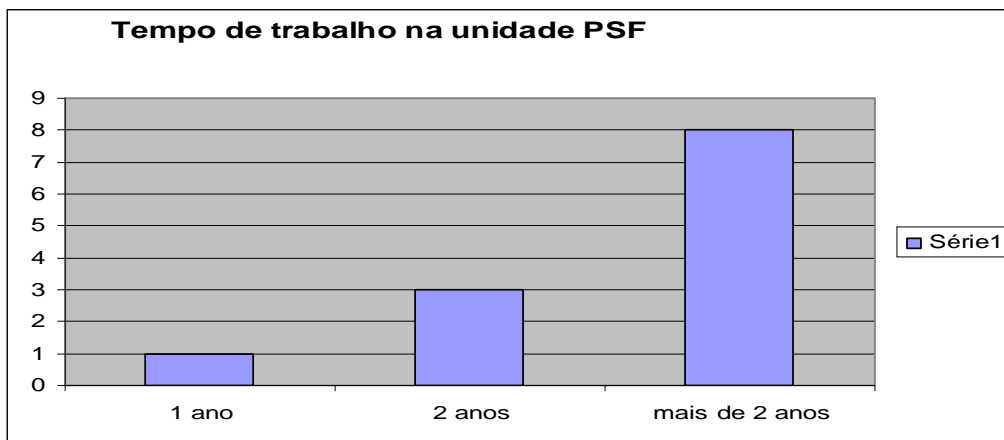


GRÁFICO 4: TEMPO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS NA UNIDADE DO PSF

Quanto à especialização, em relação aos profissionais de nível superior, dois (22,2%) afirmaram ter curso de especialização em Saúde Coletiva ou Saúde da Família; cinco (55,5%) afirmaram possuir curso de especialização em outra área e dois (22,2%) afirmaram não ter curso especialização. O nível de especialização da equipe está demonstrada no gráfico 5.

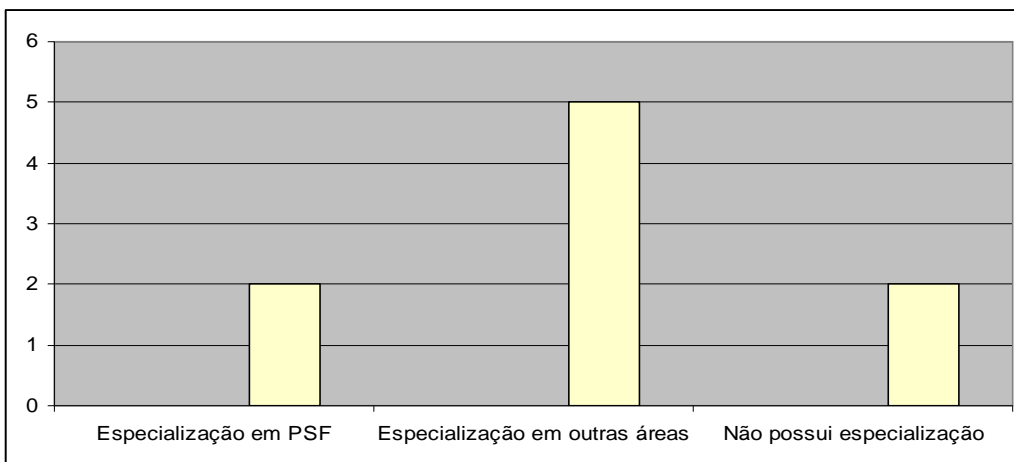


GRÁFICO 5: NÍVEL DE ESPECIALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Procurou-se, através da identificação dos perfis dos profissionais, saber se o tempo de trabalho na unidade e o número de profissionais com formação específica em Saúde da Família/Saúde Coletiva influenciaram o acompanhamento multidisciplinar das gestantes, como será demonstrado ao longo da pesquisa.

A seguir, serão apresentados os resultados referentes às categorias de análise: Atenção à saúde bucal no pré-natal; Saúde Bucal da gestante; Interdisciplinaridade no pré-natal, cada qual com suas respectivas subcategorias.

6.2 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

6.2.1 Encaminhamento à consulta odontológica

O atendimento as gestantes é prioritário e deve incluir o encaminhamento à consulta odontológica. Apesar da recomendação do Ministério da Saúde, percebeu-se, através das falas dos profissionais e das gestantes entrevistadas, que nem sempre essa recomendação é cumprida. Dentre as 17 gestantes entrevistadas, duas (11,7%) afirmaram que foram encaminhadas pelo médico ou enfermeiro ao atendimento odontológico. Quinze (88,3%) responderam não ter sido orientadas neste sentido. A fala desta gestante, já no segundo pré-natal naquela unidade, confirma:

*[...] **Nem sabia que tinha dentista aqui...** (G 17). (grifo nosso).*

Os profissionais, por sua vez, afirmaram que o encaminhamento à consulta odontológica não é uma prática comum durante o pré-natal. Um médico delegou a gestante a responsabilidade de procurar o agente comunitário para agendar a consulta odontológica:

*[...] O acesso ao tratamento odontológico não é garantido. **Fica por conta da gestante**, ela deve procurar o agente comunitário para agendar a consulta (M 3).*

Garantir o acesso da gestante ao tratamento odontológico é responsabilidade de toda a equipe, entretanto 01 dentista responsabilizou-as pela falta de interesse no tratamento:

[...] Muitas ignoram a importância do tratamento, falta de responsabilidade, conhecimento delas... (D 4). (grifo nosso).

Embora esta afirmação possa parecer verdadeira, ela demonstra que os profissionais da equipe, em especial os dentistas, não transmitem as informações necessárias para a transformação cultural das gestantes e, neste caso, em relação à importância da saúde bucal e ao autocuidado.

Outro fator percebido como barreira ao encaminhamento odontológico é o fato das agendas lotadas dos dentistas, conforme afirma uma enfermeira:

[...] Não tem uma avaliação preventiva. A agenda do dentista está sempre lotada... (E 1). (grifo nosso).

A agenda lotada dos dentistas acaba prejudicando o trabalho de promoção e prevenção da saúde em detrimento da atenção meramente curativa na cadeira odontológica.

[...] As gestantes que nos procuram são as que têm problemas. Só nos encaminham as gestantes que necessitam (D 1). (grifo nosso).

Esta fala demonstra que não há uma busca ativa de gestantes por parte dos dentistas, pelo contrário, são as gestantes que os procuram em caso de necessidade.

Os profissionais deveriam reservar um espaço na agenda para a consulta odontológica da gestante após a primeira consulta do pré-natal, sendo que o atendimento deveria ocorrer o mais precoce possível, seguindo as determinações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

6.2.2 Ações de educação em saúde bucal

As ações de educação em saúde desenvolvidas na USF de Jardim Gramacho parecem ser verticais e prescritivas, do tipo “faça isto”, “não faça aquilo”, não propiciando uma troca de experiências e vivências entre as equipes de saúde e as gestantes:

[...] Falaram para eu escovar mais os dentes... O dentista falou... (G 7).

[...] O médico me mandou tomar vitaminas e comer menos doce (G11).

Pelo exposto, os dentistas não cumprem seu papel de educadores e promotores da saúde, limitando-se às orientações em relação à dieta e higiene, assim como os enfermeiros:

[...] Costumo orientar as gestantes quanto à dieta e a higiene... (D 4).

*[...] Damos orientação para cuidados com a higiene, em relação à alimentação... **Em caso de dor ou necessidade** procurar o serviço de saúde... (E 1). (grifo nosso).*

As ações de promoção da saúde são pontuais, prevalecendo à assistência odontológica nos casos de necessidade. Os grupos de gestantes já não acontecem devido à falta de tempo e organização entre os profissionais. A queixa das agendas cheias e a própria falta de motivação das equipes parece contagiar as gestantes, que não comparecem às reuniões. Os agentes comunitários deixaram de desenvolver as “salas de espera” porque não encontraram respaldo dos médicos, dentistas e enfermeiros.

*[...] **Já houve grupo de gestantes... Falta tempo pra organizar... Acho que elas viriam...** Os agentes faziam “sala de espera”... (E 2). (grifo nosso).*

As gestantes são responsabilizadas, mais uma vez, pela falta de interesse:

*[...] Seria bom se as gestantes participassem das palestras pra orientar sobre saúde bucal. Às vezes a gente faz palestra, **mas as gestantes não têm interesse**, aparece pouca gente, estão sempre com pressa... **A gente vai desestimulando...** Agora não tem nenhum trabalho, faz um tempinho que não tem... (ACS 2). (grifo nosso).*

Nesse sentido, observa-se que a união entre os componentes das equipes é questionada por um ACS, justificando o fim dos grupos para gestantes.

[...] Não existe união entre a equipe, por isso o grupo de gestantes não continuou (ACS 1). (grifo nosso).

Um dentista apontou a desmotivação da equipe como a razão para o término do grupo de gestantes. Outro acredita que o principal motivo para o término das atividades é falta de espaço na agenda e a incompatibilidade dos horários:

[...] havia trabalho direcionado para as gestantes. A equipe está desmotivada (D2). (grifo nosso).

[...] eu já participei da “sala de espera”, mas não funcionou... Elas gostavam, mas há falta de espaço, incompatibilidade de horários (D 1). (grifo nosso).

Outra vez as gestantes são culpadas pelo desinteresse em participar da “sala de espera”. As equipes não assumem a responsabilidade em manter o interesse do grupo.

Quando perguntadas sobre as orientações recebidas sobre saúde bucal, quatorze entrevistadas (82,3%) afirmaram não ter recebido nenhuma orientação sobre cuidados com a saúde bucal na gestação. Este resultado contradiz a afirmação dos 04 (100%) dentistas entrevistados, que responderam orientar as gestantes quanto à alimentação e a cárie dentária, controle de placa e higiene dental, uso de medicamentos, importância de se submeter ao tratamento dentário, aleitamento materno e janela de infectividade.

As ações de educação em saúde bucal podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista, técnico em higiene bucal, auxiliar de consultório dentário e pelo agente comunitário de saúde, especialmente durante as visitas domiciliares. A constatação dos resultados positivos das ações educativas com as gestantes poderia resgatar a motivação das equipes e garantir a continuidade dos trabalhos.

6.2.3 Percepções sobre a atenção à saúde bucal na gravidez

As ESF, representadas por três médicos, duas enfermeiras e três agentes comunitários de saúde, foram questionadas sobre a importância da atenção odontológica no pré-natal: Oito (100%) dos entrevistados consideraram importante incluir a atenção odontológica no Pré-Natal. Também responderam quanto à importância das informações relativas à alimentação e relacionaram a saúde materna ao bem estar do bebê, como demonstrado nas falas a seguir:

[...] A importância da saúde bucal e alimentar da gestante para prevenir as odontalgias que podem comprometer a qualidade da gestação (M 2).

*[...] para prevenir os problemas bucais, questões relacionadas ao nascimento prematuro... **Aproveitar o momento do pré-natal** (E 2). (grifo nosso).*

O bem estar da mãe é reconhecido como fator importante para o bom desenvolvimento da gravidez. Um médico acredita que um foco infeccioso pode afetar a qualidade da gestação e a visão de integralidade da atenção materno-fetal está presente na fala do ACS:

[...] um foco de infecção odontológica pode afetar a gravidez (M 3).

[...] tudo o que a mãe sente ou come, a cárie, pode afetar a criança (ACS 2).

Nestas falas, no entanto, percebe-se que o conceito de saúde ainda está muito ligado à doença e ao antigo paradigma curativo-restaurador.

O princípio da integralidade, porém, foi bem lembrado por uma enfermeira:

*[...] a pessoa é vista na sua integralidade... **A grávida não é só uma barriga.** (E 1). (grifo nosso).*

Bezerra (2005) concorda que atender integralmente a gestante requer um olhar ao ser biopsicossocial, no qual a usuária sinta-se acolhida e confiante nos serviços e programas nos quais participa e possa ter acesso aos demais serviços de saúde, quando necessário.

Quando perguntados se as gestantes daquela unidade recebiam atendimento odontológico, dois dentistas (50%) responderam sim e os outros dois (50%) responderam atender apenas a algumas. Três (75%), disseram conhecer algum protocolo de atendimento a gestantes e um (25%) afirmou não conhecer. Quatro

(100%) dos entrevistados afirmaram nunca ter recebido nenhum treinamento específico sobre atendimento às gestantes. Ainda assim, a unanimidade dos entrevistados (100%) respondeu que o dentista deveria participar do acompanhamento pré-natal.

Para as gestantes foi perguntado se achavam importante receber atendimento odontológico durante a gravidez: doze (70,5%) das entrevistadas responderam sim e cinco (29,4%) responderam não considerar importante. Quanto à expectativa de receber tratamento dentário, cinco (29,4%), responderam que esperavam receber o atendimento, enquanto doze (70,5%) responderam que não esperavam.

Um dentista reconheceu que os mitos em torno do tratamento odontológico afastam as gestantes dos consultórios:

[...] as gestantes não nos procuram por causa dos mitos (D 2). (grifo nosso).

O medo do tratamento odontológico está associado às crenças de que a anestesia dentária prejudica o feto e as extrações causam hemorragias que podem afetar o bebê:

[...] Tenho medo, aquele barulhinho é horrível (G5).

[...] Fiquei com medo de tomar anestesia (G2).

[...] Acho que não posso arrancar dente agora por causa da hemorragia, pode afetar o bebê (G9).

A falta de informação mantém as gestantes reféns destes mitos que envolvem o atendimento odontológico durante a gravidez, submetendo-as ao estresse gerado pela dor e ao risco de disseminação de uma infecção. É necessário que as equipes de saúde as informem sobre a possibilidade do tratamento e os procedimentos que podem ser executados neste período.

Foi identificada uma baixa percepção em relação aos cuidados com a saúde bucal por parte das gestantes, associada aos mitos que as mantêm afastadas da assistência odontológica.

6.2.4 Acesso ao atendimento odontológico

O acesso universal à saúde é um direito constitucional (BRASIL, 1988) e o atendimento às gestantes é considerado prioritário segundo o Ministério da Saúde. No entanto, o acesso ao tratamento odontológico parece não ser garantido naquela unidade de saúde, conforme os relatos:

*[...] tem muita gente, é muito cheio. **Nunca me chamaram** (G11; 3 pré-natais na unidade). (grifo nosso).*

A dificuldade de acesso ao serviço provocou um sofrimento desnecessário e promoveu a automedicação:

*[...] consegui uma vez, depois não consegui mais, nem gestante... **Eu mesma tomei remédio em casa**, não consegui dentista (G 17). (grifo nosso).*

O atendimento prioritário às gestantes foi desrespeitado assim como a garantia de atendimento emergencial:

*[...] **falaram que aqui não atende emergência**, que eu fosse para a UPA. Até hoje não fui chamada, tem 3 anos (G15). (grifo nosso).*

Um médico reconhece que não há garantia de atendimento:

*[...] **o acesso ao tratamento odontológico não é garantido**. Fica por conta da gestante. Ela deve procurar o agente comunitário para agendar a consulta (M 1). (grifo nosso).*

Um agente comunitário, por sua vez, declarou que raramente vê uma gestante no dentista, sugerindo que a falta de tempo e as agendas lotadas são justificativas para as dificuldades encontradas:

*[...] **é raro ver gestante no dentista**... É muita gente para um dentista só, eles não tem tempo (ACS 1). (grifo nosso).*

Alguns dentistas responsabilizaram as gestantes pela falta de interesse no atendimento odontológico e por não darem continuidade ao tratamento. Alegam que as gestantes só os procuram em casos de urgência:

*[...] as gestantes só procuram atendimento odontológico na urgência. **Elas resolvem a urgência e não voltam para o tratamento** (D 1). (grifo nosso).*

A ampliação do número de equipes poderia melhorar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde daquela unidade, ampliando o acesso desta população aos serviços odontológicos.

6.3 SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

6.3.1 Alterações bucais

A gravidez foi associada a vários problemas bucais, tanto pelas gestantes quanto pelos profissionais de saúde. A tabela 3 identifica as alterações bucais que foram associadas à gravidez pelos sujeitos desta pesquisa:

TABELA 3: ALTERAÇÕES BUCAIS ASSOCIADAS À GRAVIDEZ

TIPO DE ALTERAÇÃO
Gravidez associada ao aumento do risco de cárie
Gravidez associada à dor de dente
Gravidez provoca sangramento gengival
Gravidez como causadora da perda de dentes

A cárie foi a alteração mais citada, seguida pela dor de dentes, sangramento gengival e perdas dentárias.

[...] meus dentes estragaram muito na última gravidez, tive muita cárie (G 8). (grifo nosso).

Os próprios profissionais compartilham esta crença, associando o aumento da prevalência de cáries com a gravidez. A opinião é partilhada por um dentista e um médico:

[...] A cárie é mais prevalente entre as gestantes (D 2).

[...] Elas costumam ter muita cárie... (M 2).

Como foi visto na revisão da literatura, o aumento da incidência de cáries durante a gravidez pode ser evitado se houver um controle de placa adequado e orientações sobre alimentação. O acompanhamento odontológico das gestantes neste período é fundamental para prevenir a doença.

A dor de dentes foi citada por um agente comunitário como uma queixa comum. As gestantes confirmaram o sofrimento, que provocou reações extremas e arriscadas:

*[...] **Elas se queixam muito de dor de dentes...** (ACS 1).*

*[...] **Sinto muita dor de dente** (G 10).*

*[...] **na última gravidez senti tanta dor que eu mesma arranquei meu dente** (G 2). (grifo nosso).*

O sangramento gengival foi considerado por três dentistas (75%) como a alteração bucal mais freqüente na gestação. Um deles (25%) também afirmou que o crescimento gengival é uma ocorrência comum na gravidez.

De fato, a gengivite gravídica só se estabelece se não houver um controle de placa adequado. Apesar da vascularização aumentada pelo efeito dos hormônios gestacionais, é uma condição que pode ser evitada, assim como o crescimento gengival, que só ocorre se houver uma gengivite pré-existente, segundo Lindhe (2005).

As perdas dentárias foram associadas à gravidez principalmente pelas gestantes:

*[...] **na gravidez da minha filha perdi dois dentes, eles foram quebrando. Agora mesmo estou sentindo dor de novo, acho que vou ter que arrancar** (G 12).*

*[...] **meus dentes estragaram. É sempre assim quando fico grávida...** (G 8).*

Apesar de sentirem dor e desconforto, muitas gestantes alegaram não procurar o dentista por medo. A situação parece se repetir a cada gravidez, levando a mais perdas dentárias. Ações educativas de saúde bucal durante o pré-natal, enfatizando a possibilidade de tratamento neste período, poderiam minimizar estas mutilações.

6.3.2 Melhor momento para tratar

Entre as gestantes entrevistadas, sete (41,2%) afirmaram ser o segundo bimestre o melhor momento para o atendimento odontológico, seis (35,3%) responderam "tanto faz", duas (11,7%) disseram que é melhor tratar depois que o bebê nascer, uma (0,17%) afirmou que é melhor tratar no terceiro trimestre e uma (0,17%) não respondeu. A distribuição das respostas está representada no gráfico 6:

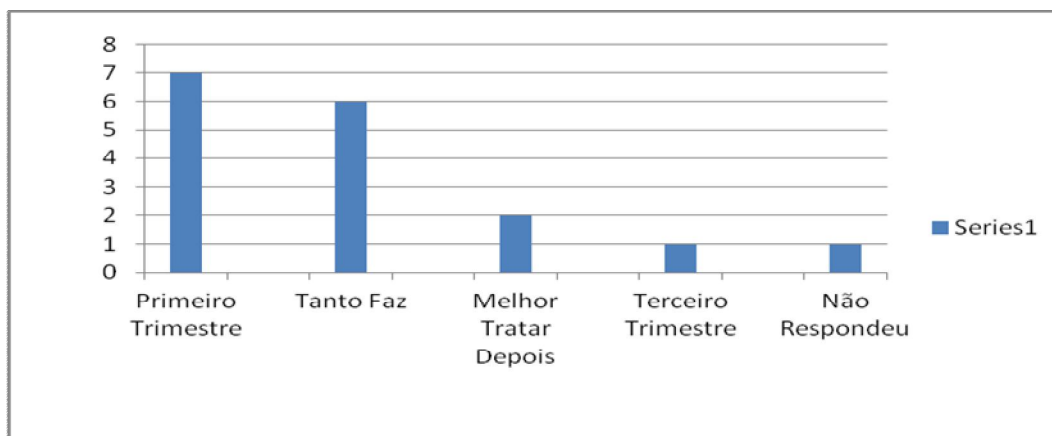


GRÁFICO 6: MELHOR MOMENTO PARA TRATAR OS DENTES SEGUNDO AS GESTANTES

Os dentistas foram unânimes ao afirmar que o segundo trimestre é o mais indicado para o tratamento odontológico de gestantes. No entanto, esta informação não foi transmitida. A desinformação é mais uma barreira ao tratamento odontológico, uma vez que duas gestantes (11,7%) afirmaram ser melhor tratar depois da gravidez e dezessete (100%) entrevistadas desconheciam que o melhor momento para tratar é o segundo trimestre.

Apesar desta recomendação, todos os casos de urgência devem ser atendidos, independente da época de gestação, contanto que sejam observados os cuidados necessários. Cabe aos profissionais de saúde orientar as gestantes neste sentido e informá-las da possibilidade de tratamento em cada etapa.

6.3.3 Necessidade de tratamento durante a gestação

Entre as gestantes entrevistadas, nove (52,9%) afirmaram não ter necessitado de dentista durante a gravidez e oito (47,1%) afirmaram ter precisado. Entre as que precisaram, as principais queixas foram: dor de dentes (50%); dentes quebrados e necessidade de extração (25%); sangramento gengival (25%).

Os depoimentos confirmam a necessidade:

[...] tenho muitos dentes quebrados, preciso fazer extração (G 17). (grifo nosso).

[...] minha gengiva está sangrando muito... (G 15). (grifo nosso).

[...] tive muita dor de dente na última gravidez. O médico disse que não podia arrancar. Fui ao dentista e ele disse que não podia arrancar nem dar remédio. Eu tomava dipirona por conta própria, não agüentei... (G 1).

Ainda assim, a necessidade não foi um fator determinante para que as gestantes fossem encaminhadas ao tratamento odontológico:

[...] não tem vaga, eu já desisti... (G 9).

[...] na última gravidez senti tanta dor que eu mesma arranquei o dente. Fui encaminhada, mas não fui. Fiquei com medo da anestesia... (G 2).

Apesar da necessidade de tratamento, o medo da anestesia apareceu como mais uma barreira ao atendimento odontológico. Cabe aos profissionais esclarecer que os anestésicos, quando utilizados de maneira correta e respeitando-se a dosagem recomendada, são bastante seguros e não causam prejuízo à saúde materno/fetal.

[...] Sinto muita dor de dente (G 10).

[...] tive muita dor de dente na última gravidez. O médico disse que não podia arrancar. Fui ao dentista e ele disse que não podia arrancar nem dar remédio. Eu tomava dipirona por conta própria, não agüentei... (G 1).

As necessidades prementes das gestantes não foram atendidas, provocando dor e sofrimento desnecessários. Não há justificativa para deixar de prescrever medicamentos às gestantes, assim como deixar de fazer exodontias, quando

indicadas. A falta de acompanhamento odontológico provocou a ingestão de medicamentos sem prescrição médica e extrações feitas por conta própria.

6.4 MULTIDISCIPLINARIDADE NO PRÉ-NATAL

6.4.1 Participação no Pré-Natal

Quando perguntadas sobre a participação do dentista na equipe do pré-natal, uma gestante afirmou:

[...] não sei nem quem é o dentista aqui (G15).

A participação dos dentistas no acompanhamento pré-natal não foi reconhecida pela maioria das gestantes entrevistadas. Também houve queixa sobre o isolamento da equipe de saúde bucal:

[...] eles tinham que dar mais atenção para o pessoal, os dentistas são muito fechados, ficam lá pra dentro (G 8). (grifo nosso).

A participação dos dentistas no pré-natal, segundo as gestantes entrevistadas, está representada no gráfico 7:

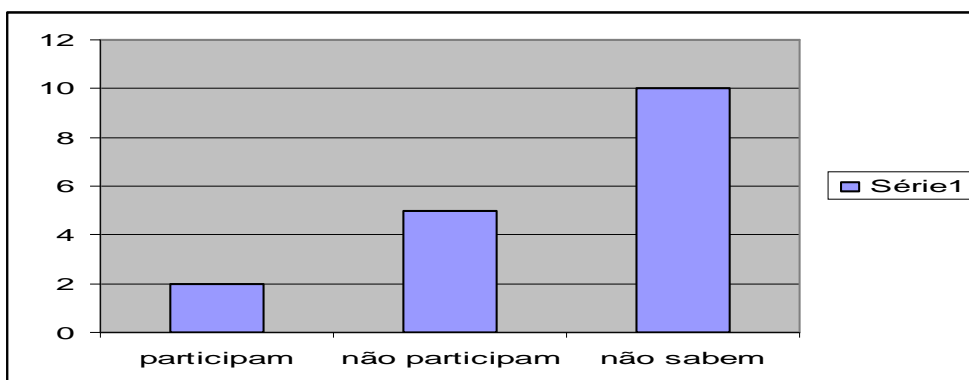


GRÁFICO 7: PARTICIPAÇÃO DOS DENTISTAS NO PRÉ-NATAL SEGUNDO AS GESTANTES

Entre os profissionais de saúde, um médico não reconheceu a participação dos dentistas no acompanhamento pré-natal e outro afirmou que as ações dos dentistas se restringem ao atendimento odontológico.

Um enfermeiro afirmou que o dentista de sua equipe só participa do pré-natal quando solicitado, demonstrando que não há interesse por parte da equipe de saúde bucal neste sentido. A participação dos dentistas no pré-natal, segundo as equipes de saúde, está demonstrada no gráfico 8.

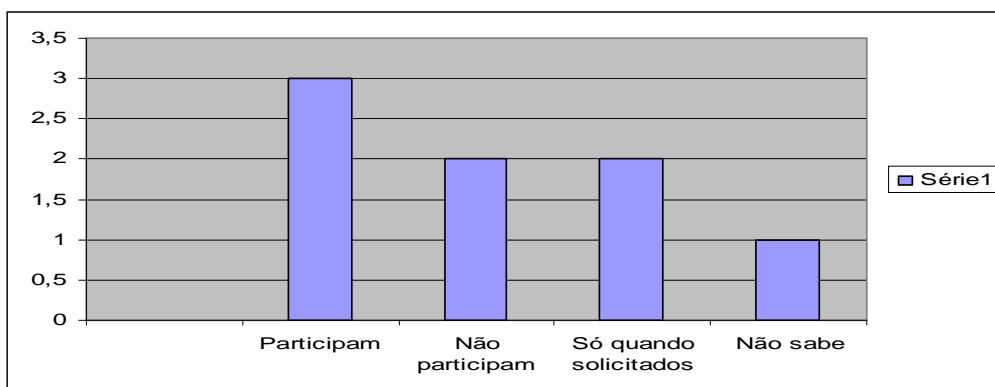


GRÁFICO 8: PARTICIPAÇÃO DOS DENTISTAS NO PRÉ-NATAL SEGUNDO AS EQUIPES DE SAÚDE

A solução sugerida por um enfermeiro para melhorar a participação do dentista foi a formação de um grupo de pré-natal que incluísse orientação odontológica.

Para os dentistas, quando perguntados se deveriam participar da equipe de pré-natal, as respostas foram as seguintes:

[...] sim, para transmitir conhecimentos que os médicos não passam (D4).

[...] temos um papel fundamental; os médicos não reconhecem, nem as gestantes (D1).

Apesar de reconhecerem a importância da participação no pré-natal, alguns alegaram falta de tempo para participar, somada à sobrecarga de trabalho. Ao afirmar que nem os médicos nem as gestantes reconhecem a importância de sua participação, o dentista delega aos médicos a responsabilidade pela falta de entrosamento da equipe.

O principal motivo para participar do pré-natal estava mais ligado à prevenção de doenças do que à promoção da saúde, segundo um dentista:

[...] as intercorrências agudas poderiam ser evitadas. (D 1).

A integralidade da atenção no pré-natal, no entanto, foi reconhecida por outro profissional, que justificou:

[...] para atender a paciente como um todo, como futura cuidadora (D 2).

A solução sugerida por um enfermeiro para melhorar a participação do dentista a formação de um grupo de pré-natal que incluísse orientação odontológica. A participação dos dentistas no pré-natal, segundo as equipes de saúde, está demonstrada no gráfico 9.

A presença do cirurgião-dentista no pré-natal seria importante para a desmistificação de medos e mitos relacionados à atenção odontológica durante a gestação, além de assegurar o atendimento odontológico às gestantes. A participação deveria acontecer através de atividades relacionadas à educação e prevenção, ações que vão além da cavidade oral. Além disso, uma boa interação com a equipe garantiria a assistência integral e multidisciplinar que a gestante necessita.

6.4.2 Interação com a equipe

[...] Os dentistas ficam isolados lá dentro, a gente nem vê (G 17).

A fala desta gestante sugere que as práticas das equipes de saúde bucal daquela unidade continua ocorrendo de maneira isolada do resto da equipe. Ao longo das entrevistas percebeu-se que apesar dos dentistas demonstrarem interesse em participar do acompanhamento pré-natal, a maioria se diz sobrecarregada pelo excesso de trabalho e pelas agendas lotadas:

[...] falta tempo, estamos sobrecarregados (D 3).

No entanto, constatou-se que a integração ESB com a ESF ainda é uma realidade distante: A falta de comunicação entre as equipes se reflete no

acompanhamento das gestantes, prejudicando a troca de experiências e saberes no pré-natal:

*[...] Ainda existe **uma falha de comunicação** entre a equipe de saúde bucal e o resto (M 3). (grifo nosso).*

*[...] **Não existe união entre a equipe** por isso o grupo de gestantes não continuou (ACS 1). (grifo nosso).*

*[...] **Temos um papel fundamental, mas os médicos não reconhecem** (D 1).*

A integração interdisciplinar garantiria a assistência integral que a gestante necessita. Quando questionados sobre como melhorar a interação entre as equipes, um dentista sugeriu:

*[...] **Unificar os protocolos médicos e odontológicos**, apesar de causar problemas (D 2).*

*[...] **Minha equipe nunca discutiu a questão**, falta tempo, tem a cobrança de atendimento (D 4). (grifo nosso).*

A sugestão de unificar os protocolos médicos e odontológicos parece ser uma solução para aproximar as equipes. No entanto, a prática diária na unidade mantém os protocolos separados forçando o dentista a se deslocar de seu consultório até os arquivos, quando necessita de informações complementares. A sobrecarga de trabalho foi o motivo mais alegado pelos dentistas para justificar a falta de entrosamento, colocando em risco a qualidade do atendimento às gestantes.

6.4.3 Resolução dos problemas bucais das gestantes

Quando questionadas se conseguiram resolver seus problemas odontológicos, sete gestantes (41,2%) responderam que não conseguiram. A baixa resolutividade foi atribuída à dificuldade de acesso ao tratamento, demora no atendimento e até a recusa por parte dos profissionais em atender emergências:

*[...] **Não consegui resolver porque aqui não atendem emergência** (G 15).*

*[...] **Não consegui dentista** (G 17).*

Não atender às emergências odontológicas, particularmente tratando-se de gestantes, demonstrou um total descaso por parte das equipes em relação à saúde desta população, além de constituir infração ética (CFO, 1991).

O medo transformou-se numa barreira para a resolução dos problemas odontológicos, impedindo as gestantes de procurar atendimento odontológico:

[...] tive muita dor de dente na última gravidez. O médico disse que não podia arrancar. Fui ao dentista e ele disse que não podia arrancar nem dar remédio. Eu tomava dipirona por conta própria, não agüentei... (G 1).

O desconhecimento por parte do médico e do dentista em relação ao atendimento odontológico das gestantes aponta para a necessidade da atualização dos conhecimentos técnico-científicos das equipes, no que se refere à atenção à saúde bucal das gestantes:

O SUS tem como princípios a resolutividade e a eficiência na assistência integral, contínua e de qualidade à população, além da intervenção sobre as causas e fatores de risco (BRASIL, 1988). Neste sentido, atender às gestantes integralmente e com resolubilidade pressupõe a inclusão da atenção à saúde bucal no pré-natal, atendendo aos princípios preconizados pelo SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período gestacional requer uma série de cuidados nos quais devem estar incluídos a atenção à saúde bucal. O princípio constitucional do direito à saúde, com igualdade de acesso e integralidade na assistência, pressupõe que toda gestante deve receber atendimento odontológico durante seu acompanhamento pré-natal e ter garantido seu acesso aos serviços. Ao analisar as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) de Jardim Gramacho percebeu-se que, em relação à saúde bucal das gestantes, as ações coletivas são pontuais e isoladas e não fazem parte da rotina das equipes. A falta de assistência odontológica causa um sofrimento desnecessário e compromete a qualidade da gestação, principalmente entre as que mais necessitam.

As ações programadas de promoção da saúde ajudam a desmistificar algumas crenças, principalmente as relacionadas às alterações bucais, à possibilidade de tratamento odontológico na gravidez e ao melhor momento para tratar. Neste sentido, a criação dos grupos de gestantes é importante para que informações, conhecimentos e necessidades sejam expostos, minimizando os anseios e estreitando o vínculo entre os integrantes das ESF.

O direito aos serviços de saúde bucal durante a gravidez parece ser ignorado pela maioria das gestantes entrevistadas. Além disso, a grande demanda de usuários dificulta ainda mais o acesso aos serviços. Esta questão deverá ser resolvida na medida em que as unidades organizem suas ofertas para os grupos prioritários, nos quais estão incluídas as gestantes, tendo em vista, o curto período de tempo para terem sua saúde bucal restabelecida.

O tratamento curativo parece ser a prática mais freqüente entre as equipes de saúde bucal, em detrimento das ações de promoção da saúde. A inexistência destas ações prejudica o pré-natal, dificultando a troca de experiências e informações, o esclarecimento de dúvidas e a interação entre as equipes. A falta de informações relativas à saúde bucal na gestação faz com que as gestantes associem à gravidez o desenvolvimento de cáries, gengivite e perdas dentárias. Além disso, a maioria demonstrou desconhecer que o período mais indicado para o tratamento dentário é

o segundo trimestre. Nesse sentido caberia às equipes a divulgação permanente das informações em saúde bucal.

A baixa resolutividade dos problemas bucais das gestantes foi observada, sugerindo que a falta de interação entre as equipes, provocada pela ausência dos dentistas no acompanhamento pré-natal, seja a principal causa do problema, somadas à dificuldade de acesso ao serviço odontológico e a grande de demanda de usuários.

As equipes de Saúde Bucal (ESB) ainda não desenvolvem um trabalho integrado às equipes de saúde de família (ESF) no acompanhamento das gestantes, limitando-se aos atendimentos de emergência. Apesar de considerarem a importância da participação no pré-natal, os dentistas continuam isolados e as gestantes reconhecem este distanciamento. Além disso, a sobrecarga de trabalho e a cobrança por produtividade dificultam ainda mais o acesso ao atendimento odontológico. Aumentar o número de equipes de saúde bucal poderia minimizar o problema.

As ESF admitiram haver uma falha na comunicação com a ESB, não havendo uma garantia de encaminhamento das gestantes para o atendimento odontológico. Vale lembrar que a inserção das equipes de saúde bucal nas equipes multiprofissionais teve como objetivos aproximar o dentista da população, redirecionar o processo de trabalho, antes isolado dentro do consultório e focado em ações curativas, além de treiná-lo para trabalhar em equipe. Participar do pré-natal deveria ser encarado como um momento oportuno para a apropriação deste novo papel.

Esta pesquisa, pelos resultados apresentados, poderá contribuir para a criação de um modelo de atendimento pré-natal articulado com atenção à saúde bucal, através da vinculação entre as consultas médicas e odontológicas. O agendamento para as consultas odontológicas deveria ser realizado preferencialmente nos mesmos dias da consulta de pré-natal. Como são previstas pelo menos seis consultas de pré-natal, a “alta odontológica” poderia ocorrer no mesmo momento que a alta do pré-natal, com a continuidade do tratamento garantida, quando necessário.

É premente a inclusão de um tópico específico sobre saúde bucal da gestante nos cursos introdutórios para que os profissionais das ESF atendam com segurança e resolutividade este grupo populacional, amparados pelos conhecimentos técnicos e científicos atuais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, O. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, jun.2004.

AMAR, S.; CHUNG, K. M. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. **Journal of Periodontology**, v. 6, p. 79-87, 1994.

ATTIN, T. *et al.* **Use of variable remineralization periods to improve the abrasion resistance of previously eroded enamel.** Caries Res, v. 34, p. 48-52, 2000.

BARBOSA, C. P. **Uso de anestésicos locais em gestantes.** Monografia. 43f. Pós-Graduação em Farmacologia, Universidade de Maringá, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BARON, T.H.; RAMIREZ, B.; RICHTER, J.E. **Gastrointestinal Motility Disorders During Pregnancy.** Ann. Intern. Med Philadelphia, v. 118, p. 366-375, 1993.

BEZERRA, N; NASCIMENTO, M.A. A Implantação do programa de saúde da família (PSF) em Feira de Santana-BA. **Rev. Baiana Saúde Pública**, 29(2): 175-88, jul./dez. 2005.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOGGESS, K.A.; EDELSTEIN, B.L. **Oral health in Women during preconception and pregnancy:** Implications for birth outcomes and infant oral health. MaternChild Health J., 10(Suppl 1): 169-174, sept. 2006.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 04 abril 2011.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família.** Brasília, 1994.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.444/MS – 28 dezembro de 2000.** Diário Oficial da União, Brasília, 20 dezembro 2000a.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher, Gestaçao de Alto Risco,** Manual Técnico, Brasília, 2000b.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Equipes de Saúde Bucal, Programa Saúde da Família.** Brasília, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério; Atenção Qualificada e Humanizada**. Manual Técnico, n. 5, Brasília, 2006a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, Série A. **Normas e manuais técnicos, Caderno de Atenção Básica n. 17, Saúde Bucal**. Brasília, 2006b.

CAMARGO, E.; SOILBELMAN, M. Prevalência da doença periodontal na gravidez e sua influência na saúde do recém-nascido. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, 49 (1): 11-15, jan./mar. 2005.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.5, p.611-4, 2004.

CAPUCHO, S.N.; MARINO, A.S.S.; CORTEZ, L.R.; CARDOSO, M.G. Principais dúvidas dos Cirurgiões-Dentistas em relação às pacientes gestantes. **Revista Biociências**, Taubaté, v. 9, n. 3, p. 61-65, 2003.

CARMO, T. A.; NITRINI, S. M. O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmaco epidemiológico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, agosto 2004.

CAUFIELD, P.W.; CUTTER, G.R.; DASANAIAKE, A.P. Initial acquisition of *Mutans Streptococci* by infants: evidence of a discrete window of infectivity. **J Dent Res**, v. 72, n. 1, p. 37-45, 1993.

CHAVES, M.M. **Manual de odontologia sanitária**. Tomo I. São Paulo: Massao Ohno, 1960.

CHIODO, G.T; ROSENSTEIN, D.I. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. **J Am Dent Assoc**, 110(3): 365-368, 1985.

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 3, junho/2008.

COEP (COMITÊ DE ENTIDADES NO COMBATE À FOME E PELA VIDA). **Rede Nacional de Mobilização Nacional** Disponível em: <<http://www.coepbrasil.org.br/portal/publico/home.aspx>>. Acesso em: 04 abril 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**. Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, I. C. C; MARCELINO, G.; BERTI, M. G.; SALIBA, N. A. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG rev. pos-grad.**; 5(2): 87-92, abr./jun. 1998.

COSTA, I. C. C. **Atenção odontológica à gestante na triangulação médico-dentista-paciente: os (des) caminhos desse cotidiano.** 2000. 210 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia, Campus de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, 2000.

CURY, J. A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: BARATIERI, L. *et al.* **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades.** São Paulo: Santos, p. 33-68, 2001.

DIAZ, R. R. M. *et al.* Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontológico durante el embarazo: opinión médica. **Gynecology and obstetrics**, Lima, v. 66, n. 12, p. 507-511, 1998.

DI PLACIDO, G. *et al.* Gingival hyperplasia in pregnancy. Etiopathogenic factors and mechanisms. **Minerva Stomatol**, v. 47, p. 223-30, 1998.

FARIA, C. F.; OLIVEIRA, C. M. R.; PORDEUS, I. A. **Avaliação de conhecimentos e atitudes relacionados à prevenção em odontopediatria: um estudo com gestantes, mães e profissionais da área médica.** Parte I. Arq. Odontol., Belo Horizonte, v. 33, n. 2, p. 121-132, jul./dez. 1997.

FELDENS, C.A. *et al.* **A Percepção dos Médicos Obstetras a Respeito da Saúde Bucal da Gestante.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 5, n. 1, p. 41-46, jan./abr. 2005.

FERREIRA, M.B.C. Anestésicos locais. **Farmacologia clínica. Fundamentos da terapêutica nacional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 15-64, 1998.

FINKLER, M. **Representações sociais de gestantes sobre saúde bucal: uma referência para repensar a assistência odontológica materno-infantil.** 2003. 163 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FLÓRIO, F.M.; GONÇALVES, R.B. Ecologia microbiana da cavidade bucal. In: PEREIRA, A.C. **Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo a saúde.** Porto Alegre: Editora ArtMed, p. 207-214, 2003.

FORSBACH-SANCHEZ, G.; TAMEZ-PEREZ, H.E.; VAZQUEZLARA, J. **Diabetes and Pregnancy.** Arch. Med. Res., New York, v. 36, p. 291-299, 2005.

FRAUNCHES, M. B.; COELHO, A. B. S.; SATHLER, C. D. **Promoção de saúde materna infantil: uma análise reflexiva.** Pesqui. Odontol. Bras., São Paulo, v. 15, p. 21, 2001.

FREEMAN, R. **Barriers to accessing and accepting dental care.** Br Dent J, 187: 81-4, 1999.

GAFFIELD, M. L. *et al.* **Oral health during pregnancy.** An analysis of information collected by the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *JADA*, v. 132, p. 1009-1016, 2001.

GAJENDRA, S.; KUMAR, J.V. **Oral Health and Pregnancy: A Review.** *N. Y. State Dent. J.*, New York, p. 40-44, 2004.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HAAS, D.A. Drugs in Dentistry In: **Compendium of pharmaceuticals and specialthes** (CPS). 37. ed. Canadian Pharmaceutical Association, p. 26-29, 2002.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Indicadores Sociais Mínimos** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 04 abril 2011.

JAMES, P.R.; NELSON-PIERCY, C. **Management of Hypertension Before, During, and After Pregnancy.** *Heart: London*, v. 90, p. 1499-1504, 2004.

KAMINETZKY, H. A.; BAKER, H. **Principles and practice of obstetrics & perinatology.** New York: John Wiley, cap. 36, p. 655-670, 1981.

KLEINKNECHT, R. A.; KLEPAC, R. K.; ALEXANDER, L.D. **Origins and characteristics of fear of dentistry.** *J. Am. Dent. Assoc.*, 86: 842-7, 1973.

KONISHI, F.; LIMA, P.A. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. *Rev. Bras. Odontol.*, 59 (5): 294-295, 2002.

LAINE, M. A. **Effect of pregnancy on periodontal and dental health.** *Acta Odontol. Scand.*, v. 60, n. 5, p. 257-264, 2002.

LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LIVINGSTON, H. M.; DELLINGER, T. M.; HOLDER, R. **Considerations in the management of the pregnant patient.** *Spec. Care Dentist.*, [São Francisco], v. 18, n. 5, p. 183-188, Sep-Oct./1998.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. **Maternidade adolescente.** *Estud. psicol.*, v. 25, n. 2, p. 251-263, 2008.

LOESCHE, W. J.; STRAFFON, L. H. **Longitudinal investigation of the role of Streptococcus mutans in human fissure decay.** *InfectImmune*, 26: 498-507, 1979.

MENINO, R. T. M.; BIJELLA, V. T. Necessidade de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. *Rev. Fac. Odontol. Bauru*, 3(1/4): 5-16, 1995.

MILLER, M. C. **The pregnant dental patient.** *J. Can. Dent. Assoc.*, v. 23, p. 63-70, 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e informação em Saúde no pré-natal. **Interface** (Botucatu) [online]. v. 7, n. 13 [cited 2010-03-10], p. 109-118, 2003.

OFFENBACHER, S. *et al.* **Periodontal Infection as a Possible Risk Factor for Preterm Low Birthweight.** J. Periodontology, Chicago, v. 67, n. 10, p. 1103-1113, 1996.

OLIVEIRA, L. H.; XAVIER, C. C.; LANA, A. M. A. Alterações morfológicas placentárias de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 78, n. 5, oct. 2002.

OLIVEIRA, A.C.A.P.; OLIVEIRA, A.F.B. Saúde Bucal em gestantes: um enfoque educativo preventivo. JBP, **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê.** Curitiba. 2(7): 182-5, mai./jun. 1999.

PREFEITURA DE DUQUE DE CAXIAS, RIO DE JANEIRO, RJ. **Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: <<http://www.duquedecaxias.rj.gov.br/>>. Acesso em: 04 abril 2011.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva.** Planejando ações e promovendo a saúde. Artmed, 2003.

PINTO, V. G. **A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: Diagnósticos e caminhos a seguir.** 1. ed. São Paulo: Santos, 1993.

PINTO, L. L. **Diagnóstico da Atividade de Catação.** Duque de Caxias, 2004.

PIOVESAN, A. Percepção Cultural dos Fatos Sociais: suas implicações no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Púb.**, v. 4, n. 1, p. 85, jun. 1970.

QUINLA, J.D.; HILL, D.A. **Nausea and Vomiting of Pregnancy.** Am. Fam. Physician, Kansas City, v. 68, n. 1, p. 121-128, 2003.

ROCHA, M. C. B. S. **Avaliação dos conhecimentos e das práticas de saúde bucal: gestantes do Distrito Sanitário Docente Assistencial Barra/Rio Vermelho - Município de Salvador - BA.** 1993. 115 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

RONCALLI, A.G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva.** 2000. 238 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Odontologia da UNESP, Araçatuba, 2000.

SARTORIO, M. L.; MACHADO, W. A. S. A doença periodontal na gravidez. **Rev. bras. odontol.**; 58(5): 306-308, set./out. 2001.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, [Salvador], v. 18, n. p. 46-52, jan./jun. 1999a.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Influência da gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, (18): 15-21, jan./jun. 1999b.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Nascendo e crescendo com saúde bucal - Atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero)**. São Paulo, 2007.

SERSON, D. *et al.* Utilização de exames com radiação ionizante e gravidez. **Rev. Paul. Med.**, v. 102, n. 5, p. 229-30, 1984.

SILK, H. *et al.* **Oral health during pregnancy**. *American Family Physician*, v. 77, p. 1139-1144, 2008.

SIGLE, J. **Managing the pregnant dental patient**. *Dent. Assist.*, v. 66, p. 7-9, 1997.

SOARES, M. R. P. S. *et al.* **Pré-Natal Odontológico: A Inclusão do Cirurgião-Dentista nas Equipes de Pré-Natal**. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais - Animais e Humanos "Interdisciplinary Journal of Experimental Studie*, v. 1, n. 2, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes mellitos do tipo 2**. *Diagraphic*, Rio de Janeiro, 2003, 72p.

SOORIYAMOORTHY, M; GOWER, DW. **Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease**. *J. Clin. Periodontol.*, 16: 201-8, 1989.

SOUZA, A. I.; FERREIRA, L. O. C.; FILHO, M. B.; DIAS, M. R. F. S. Enteropositoses, Anemia e Estado Nutricional em Grávidas atendidas em Serviço Público de Saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 24, n. 4, 2002.

SURESH, L.; RADFAR, L. **Pregnancy and Lactation**. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, St. Louis, v. 97, p. 672-682, 2004.

TARSITANO, B. F.; ROLLINGS, R. E. **The pregnant dental patient: evaluation and management**. *Gen. Dent.*, v. 41, p. 226-231, 1993.

TILAKARATNE, A. *et al.* **Periodontal Disease Status during Pregnancy and 3 Months Post-Partum in Rural Population of Sri-Lankan Women**. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v. 27, p. 787-792, 2000.

TIRELLI, M. C. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes**. São Paulo; s.n; 2004, 115p.

TORRES, S. A. *et al.* Níveis de infecção de estreptococos do grupo mutans em gestantes. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, jul. 1999.

VETTORE, M. V. **Doença Periodontal e/ou baixo peso ao nascer**. Rio de Janeiro. 2006. 164 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

VIEGAS, Y. Gestação e cárie dental. **Rev. Saúde Pública**, v. 4, n. 1, jun. 1970.

WEINBERGER, S.E. *et al.* Pregnancy and the Lung. **Am. Rev. Respir. Dis.**, Baltimore, v. 121, p. 559-581, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. 1986. Disponível em: <http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2>. Acesso em: 18 fev. 2010.

ZARDETTO, C. G. C.; RODRIGUES, C. R. M. D.; ANDO, T. Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis sócio-culturais diferentes. **R.P.G.**, v. 5, n. 1, p. 69-74, jan./mar. 1998.

APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTANTES

“Meu nome é (nome do entrevistador). Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre atenção à saúde bucal da gestante. (PASSAR PARA LEITURA DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

“Gostaria de lhe fazer algumas perguntas”:

1 - Qual sua idade? _____

2 - Grau de escolaridade:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca estudou | <input type="checkbox"/> Superior completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto | |

3 – Moradia:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Própria | <input type="checkbox"/> Própria em aquisição |
| <input type="checkbox"/> Alugada | <input type="checkbox"/> Cedida |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | |

4 - Renda Familiar _____

5 - Profissão _____

6 - Está trabalhando? Sim Não

7 - Costuma fazer tratamento dentário? Sim Não

8 - Em caso afirmativo, com que frequência?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Frequentemente |
| <input type="checkbox"/> Quando preciso | |

9 - Qual seu tempo de gestação?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primeiro Trimestre (0 a 3 meses) | <input type="checkbox"/> Segundo Trimestre (3 a 6 meses) |
| <input type="checkbox"/> Terceiro Trimestre (6 a 9 meses) | |

10 - É seu primeiro filho? () Sim () Não

11 - Quando veio fazer o Pré-Natal nesta unidade, esperava receber atendimento odontológico?

() Sim Não ()

12 - Sabia que é importante receber atendimento odontológico durante a gravidez?

() Sim Não ()

13 - Na primeira consulta de Pré-Natal, o médico a orientou sobre cuidados com a saúde bucal?

() Sim Não ()

14 - Após o primeiro exame Pré-Natal você foi encaminhada para uma consulta com o dentista?

() Sim Não ()

15 - Solicitou ao médico o encaminhamento para o tratamento dentário?

() Sim () Não

16 - Recebeu alguma informação para não fazer tratamento dentário durante a gravidez?

() Sim. Qual? _____ Não ()

17 - Precisou de dentista nesta gravidez?

() Sim () Não

18 - Se respondeu sim, por que motivo?

() Dor de dentes

() Sangramento na gengiva

() Limpeza nos dentes

() Outros motivos _____

19 - Conseguiu resolver seu problema?

() Sim () Não. Por quê? _____

20 - Você tem medo de ir ao dentista? Por quê? _____

() Não tem medo

21 - Como você classificaria sua saúde bucal nesta gravidez? (escala de 0 a 7)

- 0 a 3 – Péssima 3 a 4 - Regular
 4 a 7 - Ótima

22 - Acha que os problemas na sua boca podem afetar a saúde de seu bebê?

- Sim Não Não sei

23 - Acha que o tratamento odontológico pode prejudicar seu filho?

- Sim Não

24 - Durante o Pré-Natal recebeu algum tipo de orientação sobre como cuidar de sua saúde bucal?

- Sim. Qual? _____ Não

25 - Se respondeu sim, quem deu orientação?

- Médico Enfermeiro
 Dentista Agente Comunitário
 Outros _____

26 - Que momento considera o mais indicado para tratamento dentário na gestação?

- 1º Trimestre - 0 a 3 meses 3º Trimestre - 6 a 9 meses
 2º Trimestre - 3 a 6 meses Tanto faz
 Melhor tratar depois de o bebê nascer ()
 Escova Fio dental Bochechos Outros

27 - Você acredita que a mãe pode transmitir cárie para seu filho? Sim Não

28 - Se houvesse aqui um centro ensinando sobre como cuidar da saúde bucal sua e do seu bebê, você participaria? Sim Não

29 - Você acha importante incluir o tratamento dentário no Pré-Natal? Sim Não

30 - Você percebe se dentistas desta unidade participam da atenção no Pré-Natal?

- Sim Não

31 - Teria alguma sugestão para melhorar o atendimento odontológico às gestantes nesta unidade?

APÊNDICE 2: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM EQUIPE DE SAÚDE (médicos, enfermeiros e agentes comunitários)

“Meu nome é (nome do entrevistador). Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre atenção à saúde bucal das gestantes e a percepção dos profissionais de saúde no assunto. (PASSAR PARA LEITURA DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO).

1. As gestantes que fazem Pré-Natal na unidade são encaminhadas para o atendimento odontológico? () SIM () NÃO _____

2. Quem faz o encaminhamento das gestantes da unidade ao serviço de saúde bucal?

3. Quais são as ações desenvolvidas pela equipe em relação à saúde bucal da gestante?

4. Conhece alguma alteração bucal que costuma ocorrer durante a gravidez?

5. Considera importante incluir a atenção odontológica no Pré-Natal (Pré-Natal Odontológico)? Por quê? _____

6. Percebe se existe receio por parte dos médicos ou dos dentistas em prestar atendimento odontológico às gestantes? _____

7. Para onde são encaminhadas as gestantes que precisam de atendimento odontológico especializado? _____

8. Os dentistas costumam pedir autorização médica para prestar assistência odontológica às gestantes? () SIM () NÃO

9. A equipe de saúde bucal participa do Pré-Natal nesta unidade? () SIM () NÃO

10 Percebe se os médicos examinam a cavidade bucal das gestantes durante o exame pré-natal? Você examina? _____

11. Você pergunta à gestante se há alguma queixa em relação à cavidade bucal durante o exame pré-natal? _____

12. As gestantes desta unidade já associam o pré-natal ao acesso à atenção odontológica? Elas fazem este tipo de cobrança? _____

APÊNDICE 3: ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM DENTISTAS

“Meu nome é (nome do entrevistador). Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre atenção à saúde bucal das gestantes e a percepção dos profissionais de saúde no assunto. (PASSAR PARA LEITURA DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO). Gostaria de lhe fazer algumas perguntas”:

1 - Como as gestantes de sua unidade chegam ao serviço de Saúde Bucal?

- Através do enfermeiro São encaminhadas pelos médicos
 Procura espontânea

2- As gestantes que fazem pré-natal na sua unidade recebem atendimento odontológico?

- Sim Não

3- Conhece algum protocolo para atendimento de gestantes?

- Sim. Qual? _____ Não

4- Que tipo de alteração bucal você percebe mais frequentemente entre as gestantes?

- Crescimento gengival Cárie Dentária
 Sangramento gengival Não percebo alterações

5 - Em que situação você encaminha a gestante para tratamentos em centros de maior complexidade?

- Gravidez de risco Extrações
 Gestantes diabéticas/hipertensas Tratamento de canal

6 - Além do tratamento convencional, que tipo de orientação você costuma dar às gestantes?

(Mais de um item pode ser respondido)

- Orientação quanto à alimentação e a relação com a cárie dentária
 Orientação sobre controle de placa e higiene dental
 Uso de medicamentos
 Importância de se submeter ao tratamento
 Aleitamento materno
 Janela de infectividade

7 - Em relação à saúde bucal do bebê, que tipo de orientação à gestante considera mais importante?

(Mais de um item pode ser respondido)

- Amamentação no seio materno Transmissibilidade de microbiota
 Transmissibilidade de hábitos e costumes Uso de chupeta e mamadeira;
 Relação da saúde bucal da mãe e saúde bucal do bebê

8 - Como costuma orientar suas pacientes gestantes?

(Mais de um item pode ser respondido)

- Folhetos, filmes ou cartazes Demonstrações em modelos
 Conversas durante as consultas Palestras em grupo
 Filmes ou slides

9 - Que momento considera mais apropriado para atender uma paciente gestante?

- Primeiro trimestre Segundo trimestre
 Terceiro trimestre Após a gestação
 Durante toda a gestação

10 - Já recebeu algum treinamento específico sobre orientação da gestante visando à saúde bucal?

- Sim Não

11 - Que tipo de orientação às pacientes gestantes você considera se considera mais apto?

- Orientação sobre amamentação Educar a futura mãe sobre medidas de higiene
 Promoção de saúde Diminuir a transmissibilidade de bactérias
 Dieta

12 - Acha que o dentista deveria participar da equipe de Pré-Natal? Por quê?

13 - Você costuma trocar idéias com o médico e o enfermeiro que fazem o pré-natal?

- Sim Não

14 - Você percebe se estes profissionais dão importância à saúde bucal durante a gravidez?

- Sim Não Por quê? _____

15 --Você costuma participar das reuniões da Equipe de Saúde da Família?

() Sim () Não Por quê? _____

16 - A equipe de saúde bucal costuma acompanhar nas UD as gestantes em tratamento?

() Sim () Não Por quê? _____

17 - Tem alguma sugestão para melhorar a participação da equipe de saúde bucal nas equipes de Saúde da família?

