

LUCIMAR APARECIDA BRITTO CODATO

**PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO E SAÚDE BUCAL:
PERCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES DE GESTANTES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Luiza Nakama

Londrina
2005

LUCIMAR APARECIDA BRITTO CODATO

**PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO E SAÚDE BUCAL:
PERCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES DE GESTANTES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dra. Luiza Nakama

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Luiza Nakama

Prof^a. Dra. Sylvia Helena Batista

Prof^o. Dr. Luiz Cordoni Júnior

Londrina, 3, outubro de 2005.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Lourival e Gildete, pelo Amor, Dedicção e Exemplo de Vida.

Ao meu esposo Marcílio, aos meus filhos Marcelo e Matheus fontes de Luz, Amor, Sustentação e Aprendizado na minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

- *Agradeço a DEUS pela dádiva da VIDA e NELA, a oportunidade do aprendizado e, com isso, a possibilidade de rever conceitos e práticas.*
- *À Dra. Luiza, valioso presente de DEUS recebido durante o Mestrado. A sua sabedoria e conhecimentos técnicos, aliados à sua serenidade, objetividade e paciência em ouvir e orientar-me, nas diversas ocasiões e situações, deram-me a paz, a confiança e o estímulo necessários para que essa pesquisa se materializasse. Muito obrigada por tudo!*
- *Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina o meu sincero agradecimento. Saibam que, além do conhecimento adquirido e o estímulo para que eu não cesse a busca por novos saberes, ficou em meu coração sentimento de carinho e admiração por todos vocês.*
- *Aos colegas de Mestrado agradeço a convivência harmônica, a troca de saberes, a alegria, os momentos de descontração, a união na superação de barreiras e desafios durante o curso.*
- *À amiga Matiko pelo carinho e solidariedade com que sempre me acolheu durante todo o Mestrado.*
- *Aos funcionários do Mestrado em Saúde Coletiva pela atenção e presteza com que sempre me atenderam.*
- *Aos funcionários da UBS do Centro Social Urbano, pelo estímulo, amizade e compreensão a mim dedicados durante o Mestrado.*
- *A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram durante todo o processo de construção desse estudo.*

***“Felicidade é quando o que você
pensa, o que você diz e o que você
faz estão em harmonia”***

Mahatma Gandhi

CODATO, Lucimar Aparecida Britto. **Pré-natal odontológico e saúde bucal: percepções e representações de gestantes**. 2005. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

RESUMO

A gravidez é um período fisiológico complexo. Nele, além das mudanças físicas e emocionais, são sugeridos crenças e mitos envolvendo a saúde do binômio mãe-filho. Neste contexto, a atenção odontológica muitas vezes é tida como prejudicial e contraindicada. Por outro lado, nessa fase a mulher normalmente está mais receptiva a novos conhecimentos, que podem levar à adoção de novas e melhores práticas de saúde, cujos benefícios se estenderão aos demais membros da família, em decorrência do importante papel da mãe no cuidado da família. A presente pesquisa teve como proposta identificar a percepção de gestantes usuárias do SUS e gestantes assistidas no serviço privado sobre saúde bucal no período gestacional, por meio de uma abordagem qualitativa, com análise de conteúdo e, nela, análise temática. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas até obter-se saturação em relação à compreensão dos objetivos dessa pesquisa. Para isso, foram necessárias 9 entrevistas entre as usuárias do SUS e 8 entre as gestantes do serviço privado. Como o número de entrevistas entre os dois grupos ficou muito próximo, optou-se por entrevistar 10 gestantes em cada grupo, totalizando, portanto, 20 entrevistas. Neste estudo, foram identificadas seis categorias de análise: auto-cuidado durante o período gestacional, atenção odontológica durante a gestação, visão dos sujeitos de pesquisa sobre gravidez e suas conseqüências na saúde bucal, como as gestantes resolvem seus problemas de saúde bucal, a mãe na promoção de saúde bucal, os profissionais de saúde. Nelas, foram identificadas vinte e seis representações. A análise e interpretação dos dados mostraram a existência de mitos, medos e restrições relacionados à atenção odontológica no pré-natal, que a busca pela atenção odontológica entre as usuárias do SUS parece ser mais rotineira e sistemática, quando comparadas às gestantes assistidas por convênio, possivelmente relacionada à oportunidade de resolver problemas odontológicos pré-existentes, enquanto identificou-se entre as gestantes assistidas por convênio a existência de atenção odontológica programada, exceto durante o pré-natal. Entre as gestantes assistidas por convênio, percebeu-se que a atenção odontológica no pré-natal parece estar relacionada a aspectos emergenciais, e muito atrelada ao consentimento médico, demonstrando, dessa forma, confiança incondicional no profissional médico.

Palavras-chave: Gravidez; Odontologia; Saúde bucal; Pré-natal

CODATO, Lucimar Aparecida Britto. **Prenatal dental care and oral health** : pregnant women's perceptions and representations. 2005. 131 f. Dissertation (Masters Degree in Collective Health Care) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005

ABSTRACT

Pregnancy is a complex physiological period in which emotional and physical changes are coupled with beliefs and myths involving the health of the binomial mother-child . In this context, dental care is often not recommended and considered harmful. However, during this period, women are normally more receptive to new knowledge, which can lead to the adoption of new and better health practices , bringing benefits to the other family members as well. The objective of this research is to identify pregnant women's , users of the SUS (Unified Health System) and those assisted by the private sector, perceptions of oral health during their pregnancy , using a qualitative approach and content and theme analysis. Subjects (9 SUS users and 8 users of the private health care system) total comprehension of the objectives of this study was checked through semi-structured interviews. As the number of interviewees in the two groups was too close, the researcher decided to interview 10 pregnant women from each group. During the interviews, the following analysis categories were identified: self care during pregnancy, dental care during pregnancy, subjects perceptions of pregnancy and its influence on oral health, dealing with oral problems during pregnancy, the role of the mother on promoting oral health, and health professionals. The study identified 26 representations in these categories. Analysis and interpretation of the data identified the presence of myths , fears and restrictions related to prenatal dental care . Findings from the study showed that SUS users dental care seem to be more systematic and usual when compared to users of the private health sector, which is probably related to the opportunities they have to solve pre-existing dental problems whereas users of the private health system seem to have programmed schedule dental care periods, except during pregnancy. Among the pregnant women assisted by the private sector, dental care seem to be related to emergency aspects, and strongly dependent on the physician's consent, thus showing unconditional trust on this professional.

Key words: Pregnant women; Dentistry; Oral health, Prenatal

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Educação em Saúde.....	21
Quadro 2 - Identificação das Representações dentro das Categorias de Análise.....	53
Quadro 3 - Identificação das Representações por sub-grupo de Pesquisa.....	54
Quadro 4 - Representações das Gestantes sobre alterações buco- dentais.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetil Salicílico
ACD	Auxiliar Consultório Dentário
ASMS	Autarquia Serviço Municipal de Saúde
CD	Cirurgião-Dentista
COS	Clínica Odontológica Simplificada
CPOD	Dentes Cariados Perdidos e Obturados
EUA	Estados Unidos da América
MS	Ministério da Saúde
NPBS	Nascimentos Prematuros de Baixo Peso
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Representação do SUS
RC	Representação de Convênio
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Atenção Odontológica à Gestante	14
2.2 Terapêutica Medicamentosa na Gravidez	22
2.3 Anestesia na Gravidez	26
2.4 Cárie na Gestação	28
2.5 Periodontopatia na Gestação	32
3 OBJETIVO	39
3.1 Objetivo Geral	39
3.2 Objetivos Específicos	39
4 METODOLOGIA	40
4.1 Pesquisa Qualitativa	40
4.2 População de Estudo	42
4.3 Local de Estudo	42
4.4 Coleta de Dados	43
4.5 Transcrição das Entrevistas	47
4.6 Análise e Interpretação dos Dados	47
4.7 Aspectos Éticos	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5.1 Identificação e Análise das Representações	52
5.2 Visão dos Sujeitos de Pesquisa Sobre Gravidez e suas conseqüências na Saúde Bucal	54
5.3 Auto-Cuidado durante a gravidez	59
5.4 Atenção Odontológica Durante a Gestação	86
5.5 Como as Gestantes Resolvem seus Problemas de Saúde Bucal	96
5.6 A Mãe na Promoção de Saúde Bucal	101

5.7 Os Profissionais de Saúde	105
6 CONCLUSÕES	113
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	119
ANEXOS	129
Apêndice 1 - Roteiro da Entrevista	130
Apêndice 2 - Consentimento Livre Esclarecido	131
Anexo 1 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina	132

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período favorável para a promoção de saúde, não só por meio do acompanhamento clínico sistemático realizado durante o pré-natal, como também pela possibilidade de estabelecimento, incorporação e mudanças de hábitos pois, a singularidade do momento remete a uma série de dúvidas, que pode funcionar como estímulo para que a gestante busque informações e, com isso, adquira novas e melhores práticas de saúde.

Desta forma, pode-se obter melhorias no auto-cuidado da gestante em relação à saúde bucal e conseqüente diminuição do aparecimento de cáries e doença periodontal durante a gravidez.

Os benefícios de boas práticas de saúde certamente se estenderão ao futuro bebê, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, minimizando a possibilidade do surgimento de várias patologias na criança, dentre elas a cárie dentária.

Somado a isso, os profissionais de saúde podem ser importantes agentes em educação em saúde e, desta forma, contribuirão para desmistificar medos, mitos relacionados à atenção odontológica durante o pré-natal e também a alterações buco-dentais atribuídas ao fato de se estar grávida.

Investimentos em educação em saúde direcionados a mulheres, grávidas ou não, são necessários, pois contribuem para melhorar o entendimento sobre saúde bucal no período gestacional e, desta forma, estimulam a busca pela atenção odontológica no pré-natal.

Portanto, é fundamental que o pré-natal, além de um acompanhamento clínico rotineiro e sistemático, atue na educação em saúde da futura mãe, por meio

de repasse de informações, esclarecimentos e desmistificações sobre a atenção prestada neste período.

Neste sentido, faz-se necessária atenção integral e interdisciplinar à gestante e, nela, a odontologia tenha sua prática centrada nas necessidades da gestante como um todo, não se limitando à cavidade bucal, com superação do modelo de atenção vigente, caracterizado por atenção voltada para o tratamento cirúrgico-restaurador das doenças bucais, onde a prevenção normalmente é limitada à cavidade bucal.

Assim, é fundamental que os profissionais de odontologia sintam-se profissionais da área de Saúde de forma ampliada, não limitados apenas ao trabalho técnico-odontológico, que seus conhecimentos extrapolem os limites da cavidade bucal, com interação e trocas de saberes com profissionais de outras áreas e, desta forma, possam contribuir para a atenção integral do indivíduo.

Por outro lado, é importante conhecer a forma de agir e pensar desses sujeitos sobre as questões a serem trabalhadas, visando nortear não só a formulação das ações, como também avaliar a própria atenção prestada no dia-a-dia da população e, desta forma, identificar as mudanças necessárias. Essas necessidades foram percebidas pela pesquisadora, membro de uma equipe de saúde multiprofissional, com o objetivo de contribuir com a ampliação e conseqüente aplicação prática do conceito de saúde.

Deste modo, percebeu-se a necessidade deste estudo, por acreditar que o conhecimento e a compreensão das práticas, o pensar e o agir das gestantes sobre sua própria saúde bucal durante o período gestacional, poderia colaborar no aperfeiçoamento da atenção prestada durante o pré-natal, fornecendo subsídios

para elaboração de ações de promoção de saúde e contribuir para melhorias na integralidade da atenção dessa importante parcela da população.

Pretendeu-se com esse trabalho, portanto, identificar a percepção e representações de gestantes sobre saúde bucal e pré-natal odontológico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção Odontológica à Gestante

As gestantes constituem grupo estratégico, que necessita programa de atenção odontológica, devido às características biopsicossociais inerentes ao processo reprodutivo e ao papel que exercerão na promoção de saúde de seus filhos (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

Segundo Narvai (1984) as futuras mães geralmente têm dificuldades para conseguir assistência odontológica por dois motivos básicos: por um lado, a crença que mulheres grávidas não podem realizar tratamento odontológico e, por outro lado, a recusa de boa parte dos profissionais na prestação de serviços, sob alegações desprovidas de fundamentação científica que, infelizmente, reforçam o tabu.

Neste sentido Costa, Saliba e Moreira (2002) alegam que o folclore popular é rico em atributos negativos em relação ao tratamento odontológico na gravidez como: a cada gravidez, perde-se um dente; há enfraquecimento dos dentes da mãe porque o feto retira cálcio deles; danos à formação do feto ou até a perda do mesmo devido ao uso de anestésico odontológico.

A maioria dos medos, embora sem suporte científico, contribuem para o afastamento da gestante da atenção odontológica (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

Konishi e Lima (2002) apontam que a maior dificuldade na implantação de um serviço odontológico no pré-natal advém das crenças que decorrem da associação entre gestação e odontologia.

Segundo Queiroz (2005) projetos de educação para saúde bucal de gestantes devem ser iniciados com o levantamento de tabus para que esses possam ser desmistificados pelos profissionais envolvidos no cuidado da gestante. Desta forma, melhoraria a adesão, a segurança e a motivação ao pré-natal odontológico.

Assim, percebe-se que lendas e crenças infelizmente estão presentes quando se fala em atenção odontológica à gestante. Preocupação maior aparece quando mitos e medos são proferidos pelos próprios profissionais de saúde, remetendo a questionamentos: Onde está a falha? Ensino universitário? Tabus pessoais? Falta de educação permanente?

Deste modo, as gestantes representam grande desafio para a Saúde Pública, pois são alvos de crenças, muitas vezes sem fundamento científico, sobre sua própria saúde e da criança. Constituem grupo populacional que merece atenção por sua condição fisiológica e seu papel de direcionar o comportamento de seu filho para hábitos saudáveis (OLIVEIRA, 2002). Essa autora reforça que a prática odontológica é predominantemente curativa, apesar de toda ênfase dada à prevenção.

Os resultados obtidos por Pereira D., Pereira J. e Assis (2003) em relação à prática odontológica em UBS do município de Feira de Santana, Bahia, mostraram que o cirurgião-dentista tem prática pautada no modelo tradicional de atenção à saúde bucal, privilegiando ações individuais, autônomas, curativas e tecnicistas. O cirurgião-dentista deve despertar-se para práticas alternativas, voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal (PEREIRA, D.; PEREIRA, J.; ASSIS, 2003).

A prática odontológica monopolizada pelo odontólogo, centrada no consultório, fechada para a comunidade, individualista, de cunho eminentemente curativo e mutilador é inadequada para criação de uma nova relação entre serviço e comunidade (BERND et al., 1992). Nessa época, esses autores já relatavam a necessidade de prática odontológica integral, capaz não só de melhorar os níveis de saúde bucal, como também de aliar-se à Medicina Comunitária em sua perspectiva de prática social.

Tomita (1994) ressalta a necessidade de um atendimento odontológico amplo, que englobe ações de natureza coletiva, com métodos preventivos e educativos, além da prática odontológica atual que contempla ações de natureza individualista e cirúrgico-reparadora.

Bianchi (1996) destaca que o cirurgião-dentista, enquanto profissional, deve promover a saúde geral e a saúde bucal, atuando de forma integral no cuidado da gestante. Estratégias educacionais levam a melhorias da saúde bucal e devem estar presentes no cuidado da gestante (DIAZ et al., 1998).

As várias especialidades da odontologia enriquecem o conhecimento fragmentado de cada campo, entretanto dificultam a abordagem integral do indivíduo para a manutenção ou resgate de sua saúde (KONISHI; LIMA, 2002).

A maternidade é um momento muito importante na vida da mulher. Diversos programas de promoção de saúde bucal começam a ser desenvolvidos, desmistificando uma série de crenças e realizando importantes conquistas no campo da Educação em Odontologia (KONISHI; LIMA, 2002).

Nesse sentido, nas últimas décadas, os programas de atenção à saúde da população não buscam ações isoladas e sim, ações integradas com equipes

multidisciplinares, visando a promoção da saúde do indivíduo como um todo (PERES et al., 2001).

A comunicação entre os profissionais de diferentes especialidades é essencial para o atendimento satisfatório da gestante, pois possibilita um saber e um fazer interdisciplinar e, desta forma, melhora a atenção integral da gestante.

Neste sentido, segundo Costa; Saliba e Moreira, 2002, as relações intra e interprofissionais são essenciais para atualização do conhecimento. Num mundo globalizado, não se admite que o profissional se baste por si. Para esses autores, a integração intraprofissional contribui para uma formação mais homogênea. Já a integração interprofissional, somada à atualização de conhecimentos, possibilita que os profissionais aprendam uns com os outros e falem uma linguagem comum à luz do conhecimento científico.

Entretanto, os sistemas universitários de formação tendem a produzir especialistas limitados à área de atuação específica e sem flexibilidade intelectual para dialogarem com outros profissionais de fora de sua área específica (PORTO; ALMEIDA, 2002).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação dos profissionais de saúde é predominantemente com abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Esses autores ressaltam a necessidade da formação de profissionais estar atrelada às necessidades de saúde da população, com compreensão ampliada de saúde, com articulação de saberes e práticas profissionais.

Desta forma, é fundamental que o dentista, enquanto profissional de saúde, tenha conhecimentos sobre as condições sistêmicas da gestante. Para tal, é essencial o estabelecimento de relacionamento estreito e profundo com os médicos,

enfermeiros e demais membros da equipe responsável pelo acompanhamento da gestante.

Por outro lado, os demais profissionais envolvidos na atenção à gestante necessitam conhecimentos básicos de odontologia. Menolli e Frossard (1997) em avaliação do perfil dos médicos obstetras do município de Londrina, visando obter informações para traçar um plano de atuação integrada, verificaram que a maioria dos médicos entrevistados não tinha recebido orientações sobre saúde bucal na graduação e na pós-graduação.

Portanto, a soma de saberes e práticas colabora com a melhoria do cuidado à gestante. A articulação entre os diversos profissionais auxilia no planejamento, avaliação e readequação das práticas de saúde.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, envolve um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas para a reorganização da atenção básica. Nele, a Odontologia está inserida em função das necessidades de melhorias dos índices epidemiológicos de saúde, ampliação do acesso da população brasileira, em todas as faixas etárias, de ações que levem à promoção, proteção e recuperação da saúde e, dessa forma, reorientem as práticas de intervenção (BRASIL, 2001).

A reorganização da atenção está centrada não somente nas necessidades curativas do indivíduo, mas sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores de risco, por meio de ações programadas e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004).

Desta forma, o cuidado nos diferentes ciclos da vida, está relacionado com a criação de ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, no

informar, atender e encaminhar. Esse cuidado requer redirecionamento do processo de trabalho, no qual é fundamental o trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

A futura mãe tem papel fundamental na disseminação de hábitos saudáveis no seio da família e na promoção de saúde, o que justifica a importância da atenção odontológica para as gestantes. Assim, a participação e a integração do dentista como membro da equipe de pré-natal, resulta em mais conforto e melhor atenção à gestante em todos os níveis: educativos, preventivos e curativos, desde que esse profissional tenha conhecimentos e práticas adequadas de atenção à gestante.

Para tal, há necessidade que o cirurgião-dentista tenha acesso à capacitação profissional e esteja aberto a mudanças no modelo de atenção praticado.

O ensino odontológico no Brasil tem se baseado em conteúdos técnicos, fortemente atrelados ao ambulatório das faculdades de odontologia. Nele, a abordagem social dos problemas de saúde não é um tema amplamente discutido entre estudantes e professores (MATOS; TOMITA, 2004).

Segundo Nakama (1999) os objetivos do processo ensino-aprendizagem devem ser estabelecidos a partir da sua utilidade social, intencionalidade e prioridades. Ainda segundo essa autora, a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

O processo educacional deve acontecer de forma gradual, complementar em cada uma de suas fases, com estabelecimento de níveis crescentes de capacitação. Assim, a formação se daria ao longo da vida profissional,

alimentando-se das inovações tecnológicas e da recriação das práticas, cujos conteúdos deveriam ser gerados desse processo (PAIM; NUNES, 1992). Segundo esses autores, a educação é um processo contínuo, permanente, dinâmico, ordenador do pensamento e inovador.

Amâncio Filho (2004) enfatiza a necessidade de se estabelecer parceria permanente entre os setores da educação e da saúde, com elaboração de proposta pedagógica que permita aos trabalhadores da saúde compreender, atuar e enfrentar de modo crítico as mudanças que vêm se processando no mundo do trabalho.

Neste sentido, um avanço conquistado no Brasil em 2002 é a deliberação pelo Ministério da Educação sobre as novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, onde se busca articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando-se a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios do SUS (MATOS; TOMITA, 2004).

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação, aprovadas entre 2001 e 2002, propõem a formação de profissionais de saúde que contemple o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral (CECCIM; FEURWERKER, 2004). Por outro lado, segundo esses autores, as diretrizes curriculares constituem apenas uma recomendação, porque no Brasil as universidades gozam de autonomia definida na Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

Importante lembrar que a formação profissional está relacionada à educação dada por uma instituição da sociedade, representada por escolas, colégios e universidades (SAKAI et al., 2001). A capacitação profissional, segundo

esses autores, está ligada a processos educativos que ocorrem para a qualificação específica necessária para o trabalho. Dela, fazem parte a educação permanente e a continuada.

Ainda segundo esses autores, a educação continuada é uniprofissional, tem prática autônoma, enfoca temas da especialidade, busca atualização técnico-científica, é esporádica, tem pedagogia centrada na transmissão. Já a educação permanente é multiprofissional, possui prática institucionalizada, enfoca problemas de saúde, objetiva transformações das práticas técnicas e sociais, é contínua, centrada na resolução de problemas e busca mudanças institucionais com apropriação ativa do saber científico.

Assim, a educação permanente em saúde constitui-se ação estratégica que contribui para a transformação das práticas de saúde e organização dos serviços, envolvendo trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, com a participação das instituições formadoras. Nela, as demandas para a capacitação são selecionadas prioritariamente em relação à problematização do processo e da qualidade do trabalho. As necessidades individuais de atualização e as orientações dos níveis centrais são secundárias (BRASIL, 2001).

A educação continuada é uma necessidade emergente a partir da década de 90, sendo a educação à distância uma alternativa a tal prática. Com o advento da internet, ela tornou-se mais atraente pela facilidade de acesso (CHRISTANTE, 2003). Segundo esse autor, a educação médica a distância vem ganhando mais espaços à medida que aumentam os programas de qualidade, pois contribui para o aperfeiçoamento da prática clínica, e, por conseguinte, leva a melhorias da assistência à população.

Encontra-se no quadro 1 comparativo entre educação permanente e a continuada.

	Educação continuada	Educação Permanente
Pressuposto pedagógico	O "conhecimento" preside / define as práticas	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc)
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas
Público alvo	Uniprofissional	Multiprofissional
Modus operandi	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão
Atividades educativas	Cursos padronizados - carga horária conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos / equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando-se em conta as necessidades específicas e profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação - controle social articulados), que implicam acompanhamento e apoio técnico.

Quadro 1 - Educação em saúde

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2001

A busca ou a oferta de qualificação requer, sobretudo, uma atitude de abertura permanente a novos saberes, questionamentos, a um constante repensar e refazer (BERND et al., 1992).

2.2 Terapêutica Medicamentosa na Gravidez

As percepções dos prescritores sobre terapêutica medicamentosa na gravidez oscilam entre a certeza que tudo é nocivo, e a relativa crença de que tudo é seguro até que se prove o contrário (CASTRO, 2004).

Para Tirelli, 2004 a prescrição medicamentosa deve ser evitada durante a gestação e, mesmo os fármacos mais indicados para esse período, devem ser indicados somente em casos de real necessidade, avaliando-se o risco-benefício. Em casos de dor de origem odontológica, geralmente o que resolve o problema é a intervenção clínica, sendo a prescrição de medicamentos praticamente dispensável .

A utilização de medicamentos por gestantes e seus efeitos sobre o feto passou a ser objeto de grande preocupação após a tragédia da talidomida, ocorrida entre 1950 a 1960, que marcou o início da reflexão sobre a ocorrência de efeitos adversos de medicamentos durante a gestação. Cerca de 10.000 crianças nascidas neste período apresentaram alterações congênitas como a focomelia (encurtamento dos membros superiores e inferiores), associadas à utilização desse medicamento durante a gravidez (CARMO; NITRINI, 2004).

A talidomida era um hipnótico sedativo usado em gestantes como antiemético (CORREA; ANDRADE; VOLPATO, 2003). Segundo esses autores, quase todos os medicamentos atravessam a placenta, em maior ou menor grau, podendo, eventualmente, causar efeitos teratogênicos no embrião ou no feto. A teratogenia de uma droga depende basicamente de seu mecanismo de ação, da dose utilizada, da fase gestacional em que foi empregada e do tempo de utilização da droga.

Quando a grávida ingere ou recebe qualquer medicamento, tanto o seu organismo quanto o do feto são afetados. Entretanto, o feto está mais sujeito aos efeitos negativos, porque não tem a mesma capacidade de metabolizar substâncias (CARMO; NITRINI, 2004).

É sabido que a placenta não age como barreira contra transferência de substâncias tóxicas da mãe para a circulação fetal (LITTNER et al., 1984).

Durante o período da embriogênese os efeitos das drogas no feto podem ser significantes e mesmo prejudiciais, causando desorganização de processo de desenvolvimento ou, ainda, a morte do feto. No segundo ou terceiro trimestre, o resultado pode ser funcionamento deficiente de um sistema orgânico específico (SILVA, 1990). A má-formação congênita tem maior risco de acontecer quando o medicamento com potencial teratogênico é utilizado no primeiro trimestre gestacional. Nos demais períodos, podem acontecer danos fetais, decorrentes de alterações na fisiologia materna, efeitos farmacológicos sobre o feto e interferências no desenvolvimento fetal (CARMO; NITRINI, 2004).

Deste modo, uma área de preocupação constante é a administração de medicamentos a gestantes. Deve-se estar atento aos efeitos teratogênicos, tóxicos ou de outra forma lesivos para o feto em desenvolvimento (SILVA, 1990).

Assim, antes de prescrever um medicamento, o dentista deve verificar se ele é considerado seguro na fase gestacional em que se encontra a mulher, avaliar se a prescrição é realmente indispensável, ou se pode ser substituída por um procedimento clínico (CORREA; ANDRADE; VOLPATO, 2003). Para isso, há necessidade que o profissional conheça profundamente o mecanismo de ação dos medicamentos, sua ação sobre o feto, para que possa fazer uma criteriosa seleção (SILVA, 1990).

Algumas drogas são perigosas e outras são de prescrição suspeita quando administradas na grávida, principalmente durante o primeiro trimestre (LITTNER et al., 1984).

A utilização das sulfas no período gestacional deve ser prudente, porque no primeiro trimestre as sulfas são reconhecidamente teratogênicas e, quando empregadas próximas ao parto, favorecem o aumento da bilirrubina fetal livre. As tetraciclinas são contra-indicadas em gestantes por causarem discromia e hipoplasia do esmalte dentário em crianças (SILVA, 1990).

As penicilinas e a eritromicina têm mostrado relativa inocuidade tanto para a mãe como para o feto, são provavelmente os mais seguros antimicrobianos (LITTNER et al. 1984). As penicilinas são particularmente indicadas pela ausência de toxicidade embriofetal e de efeitos teratogênicos até em doses elevadas (SILVA, 1990).

Em relação aos analgésicos, o paracetamol pode ser prescrito em qualquer fase da gestação. O AAS tem efeito sobre a coagulação sanguínea e, se utilizado por tempo prolongado e em altas doses no último trimestre da gravidez, pode causar sangramento fetal, prolongamento da gestação, maior duração do parto e tendência a perda de sangue por parte da mãe. Os benzodiazepínicos são contra - indicados na gestação, quando administrados nos dois primeiros trimestres da gestação estão relacionados a maior incidência de crianças com lábio leporino e/ou fenda palatina (SILVA, 2002).

Em relação ao uso de fluoretos, não existe comprovação da eficácia de uso no pré-natal que traga benefícios para o feto (LITTNER et al., 1984; LOSSO; RAMALHO, 2001; NASCIMENTO; LOPES, 1996).

Neste sentido, acredita-se que a utilização de suplementos fluorados em gestantes não protege a dentição do filho contra a cárie dentária, porque a maior parte da calcificação da dentição permanente se processa após o nascimento, e a dentição decídua exibe pouca calcificação nesse período (CAMPOS et al., 2000).

Losso e Ramalho (2001) acrescentam que a suplementação de flúor durante o pré-natal é questionada, porque as áreas susceptíveis à cárie se calcificam apenas após o nascimento do bebê.

Apesar da placenta permitir a transferência de flúor para o feto, os maiores benefícios do flúor são encontrados na aplicação tópica desse elemento. Sabe-se que o principal papel do flúor está relacionado ao processo de remineralização do esmalte dentário (FJERSKOV et al., 1994; LOSSO; RAMALHO, 2001). Ainda segundo esses autores, não há razão biológica para prescrever suplementos fluorados para gestantes.

Entretanto, Menolli e Frossard (1997), em estudo para avaliar o perfil de médicos ginecologistas em relação à saúde bucal das gestantes, constataram que a prescrição de flúor sistêmico é comum, principalmente por meio da prescrição de polivitamínicos.

Por outro lado, o uso tópico de fluoretos é válido para a promoção de saúde da própria gestante, pois contribui com a prevenção e controle da cárie dentária (CAMPOS et al., 2000; FEJERSKOV et al., 1994; MEDEIROS, 1993; NASCIMENTO; LOPES, 1996) .

2.3 Anestesia na Gravidez

Há controvérsias sobre o uso ou não de anestésicos com vasoconstritor. Duailibi, S. e Duailibi, M. (1985) e Silva (1990) contra-indicam o uso de vasoconstritores na gravidez.

Para Armonia e Tortamano (1995) a lidocaína é o sal anestésico de escolha para utilização em gestantes . Para esses autores, a noradrenalina é o vasoconstritor de escolha, porque é substância normalmente presente no organismo e só leva a efeitos nocivos quando presente em altas concentrações no sangue materno.

Por outro lado, Correa, Andrade e Volpato (2003) recomendam o uso de lidocaína 2% com vasoconstritor na [] de 1:100.000, desde que se faça aspiração prévia, injeção lenta e dosagem adequada. Consideram o vasoconstritor adrenalina mais seguro que a noradrenalina porque, devido ao seu mecanismo de ação, a noradrenalina poderá causar aumento acentuado de pressão arterial e de resistência vascular periférica, ocasionando bradicardia reflexa, efeito indesejável não apenas em gestantes mas em todos os indivíduos. Ainda segundo esses autores, dois tubetes são a dose máxima de anestésico segura para gestante. Para um adulto normal, a dose aceita é de até sete tubetes de anestésicos.

Correa, Andrade e Volpato (2003) defendem que o uso de vasoconstritor aumenta a segurança da solução anestésica, pois sua função é tornar mais lenta a absorção dos anestésicos locais devido a:

- menor toxicidade, porque a solução anestésica local é absorvida mais lentamente, leva a níveis plasmáticos menores, diminuindo, assim, os riscos de reações adversas.
- menor dosagem administrada porque, com o uso de vasoconstritores, as moléculas de anestésicos locais permanecem mais tempo em contato com a

área a ser anestesiada, o que permite anestesia mais profunda, leva a maior conforto e a diminuição do estresse para a gestante, devido à maior efetividade anestésica.

Durante muito tempo, o uso de vasoconstritores em gestantes foi visto com desconfiança, porque se acreditava que a adrenalina adicionada às soluções anestésicas locais poderia reduzir a frequência e a duração das contrações uterinas, dificultando, desse modo, o parto. Sabe-se, entretanto, que ao entrar na corrente sanguínea a adrenalina é rapidamente biotransformada, não sendo seus efeitos acumulativos, assim, no momento do parto, não haverá dose residual de adrenalina administrada pelo dentista (CORREA; ANDRADE; VOLPATO, 2003).

Uma terceira opinião é manifestada por Littner et al. (1984), na qual não há contra-indicações para uso de anestesia com ou sem vasoconstritor.

Iusem (1949) relatou uso de anestésicos, com ou sem vasoconstritores, sem acidentes em gestantes. Ressaltava, entretanto, a necessidade de anestesia de qualidade para que a prática odontológica seja indolor.

2.4 Cárie na Gestação

A doença cárie é multifatorial, relacionada à presença de placa bacteriana que contem microorganismos acidogênicos, com ação enzimática sobre carboidratos, os quais interferem na estrutura mineral dos dentes, por meio da produção de ácidos, iniciando, dessa forma, a lesão cariiosa.

Segundo Bodecker (1931) citado por Nascimento e Lopes (1996), há aumento da susceptibilidade à cárie dentária durante a gravidez. Viegas (1935)

citado por Scavuzzi e Rocha (1999) afirma que a incidência de cárie tende a aumentar com o crescente número de gestações.

Entretanto, outros pesquisadores relataram que um maior número de gestações não está relacionado com o aumento da incidência de novas cáries (LITTNER et al., 1984; SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1999), a inexistência de relação direta entre gravidez e cárie dentária e nem aumento da incidência dessa patologia no período gestacional (DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985; LITTNER et al., 1984; MENINO, 1995; NASCIMENTO; LOPES, 1996; SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1999). Todos esses autores ressaltam que o aumento da frequência de ingestão de alimentos, nem sempre seguida de aumento da higienização, eleva o risco de cárie dentária no período gestacional.

Portanto, a gravidez não é fator etiológico para cáries dentárias. Novas cavidades durante a gravidez são causadas por fatores locais como hipertrofia gengival (LITTNER et al., 1984).

A única explicação para a impressão clínica do aumento de cáries durante a gestação é que algumas mulheres têm medo de procurar atenção odontológica durante a gravidez, muitas vezes estão submetidas à dieta negligenciada e não balanceada, nem sempre seguidas de higiene bucal satisfatória, que podem favorecer o aparecimento de novas cáries nesse período (LITTNER et al., 1984).

Narvai (1984), em levantamento epidemiológico de cárie dentária em 117 gestantes de 14 até 43 anos, realizado na cidade de Cotia - SP, constatou alta prevalência da cárie dentária em todas as faixas etárias e, já naquela época,

questionava a necessidade de avaliação da atenção prestada a esse grupo populacional.

Rocha (1993) ao avaliar as práticas de saúde bucal em 304 gestantes com idades entre 15 e 42 anos, de nível socioeconômico baixo da cidade de Salvador -BA, verificou que este grupo é mais vulnerável a doenças bucais decorrentes da placa bacteriana, em função da frequência, tipo de merendas ingeridas e do auto-cuidado com a higiene bucal.

Nascimento e Lopes (1996) em estudo com adolescentes grávidas na faixa etária de 14 a 18 anos, concluíram que existe nesse grupo alta frequência de ingestão de sacarose entre as refeições, ocasionando maior susceptibilidade à cárie dentária. Nesta pesquisa, foi constatado que a maioria das gestantes adolescentes alimentavam-se mais vezes durante a gravidez sem, contudo, alterar a frequência de escovações, e que o descuido com a higienização bucal estava relacionado com a presença de náuseas e vômitos durante a escovação.

Não existem dúvidas da estreita associação entre o nível de consumo de sacarose com a prevalência e severidade da cárie dentária, sendo que a frequência parece ser mais importante que a quantidade e o tipo de sacarose, com ou sem gravidez (NASCIMENTO; LOPES, 1996).

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999) em estudo sobre prevalência de cárie dentária por trimestre de gravidez em 204 gestantes da cidade de Salvador - BA, utilizando o índice CPOD, verificaram que não houve incremento da prevalência de cárie no período gestacional, apesar do grupo estudado apresentar um estado de saúde bucal precário, independente do trimestre da gravidez.

Segundo essas autoras, há um aumento da atividade cariogênica nos últimos meses de gestação e no pós-parto, devido ao descuido com a própria

higiene bucal, decorrente da atenção da mãe estar primordialmente voltada ao cuidado da criança.

Neste sentido, Duailibi, S. e Duailibi, M. (1995) acrescentam que é difícil observar correlação entre gestação e cárie dentária pois, a negligência da higienização bucal, as mudanças e alterações na dieta contribuem para a incidência aumentada de cárie dentária.

Portanto, o aumento da atividade cariogênica no período gestacional está relacionado ao descuido com a higienização bucal. Gravidez não causa cárie. O que existem são condições predisponentes à cárie dentária durante a gravidez, como a negligência ou dificuldades na higienização, muitas vezes relacionadas à presença de vômitos, náuseas ou ao aumento de refeições e lanches, nem sempre acompanhados de higienização dentária adequada.

Medeiros (1993) defende a mudança de hábitos alimentares no período gestacional, evitando-se o consumo de sacarose, desta forma auxiliando no controle do peso e na manutenção dos dentes isentos de cárie.

Segundo Menino e Bijella (1995) a desmineralização não é própria da gestação, mas as condições que acompanham este estado podem tornar mais aguda a incidência de cárie, como a hiperacidez do meio bucal que favorece o desenvolvimento bacteriano e conseqüente perda de minerais do elemento dentário.

Um outro mito fortemente arraigado é a crença na ocorrência de descalcificação dos dentes da mulher durante a gestação para suplementar mineral para o crescimento do feto. Entretanto, tal afirmação não tem suporte científico (KONISHI, 1995; LITTNER et al.,1984; MOREIRA; VALBÃO JÚNIOR, 1993; SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

Em relação à doença cárie, acredita-se que a aplicação de medidas preventivas em mães com altos níveis de estreptococos mutans e Lactobacilos, implica na redução dos níveis salivares destes microorganismos e, com isso, há possibilidade de evitar o estabelecimento precoce dessas bactérias no futuro bebê com conseqüente diminuição da incidência de cáries. (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

Torres et al. (1999) reforçam que a aquisição precoce de estreptococos do grupo mutans é fator de risco para o desenvolvimento de lesões cariosas nas crianças, e que a transmissão desses microorganismos é dependente do nível de colonização apresentado pela mãe.

Na Suécia, Köhler, Andréen e Jonson (1984) verificaram a ocorrência de tal relação, após examinarem 77 mães e seus filhos de 3 a 8 meses, no início da pesquisa, e reavaliados aos 3 anos de idade. O critério para inclusão das gestantes foi o alto índice de estreptococcus mutans. Um programa profilático para reduzir estreptococcus mutans foi realizado no grupo teste. Constataram que 70% das crianças do grupo controle (não submetido ao programa preventivo) e 41% do grupo teste apresentavam respectivamente estreptococcus mutans. Este estudo também mostrou que a adoção de medidas preventivas na mãe pode retardar o estabelecimento dessa bactéria na criança.

Nesse sentido, Corsetti, Figueiredo e Dutra (1998) reforçam que a redução ou eliminação da microbiota cariogênica em gestantes pode ser importante medida na prevenção de cárie em crianças. Logo, a realização de higiene bucal satisfatória é a melhor prevenção contra o aparecimento de cáries dentárias em qualquer fase da vida humana. Assim, cabe ao cirurgião-dentista atuar também na educação em saúde da comunidade.

2.5 Periodontopatia na Gestação

O folclore e a observação clínica têm relatado, por muitos anos, mudanças na gengiva durante a gravidez (ARAFAT, 1974).

Segundo Samant et al. (1976), mudanças gengivais são marcantes e progressivas durante a gravidez, com aumento significativo de cálculos e depósitos de placa bacteriana, quando comparadas com mulheres não-grávidas.

Por outro lado, Konishi (1995) ressalta que a gravidez em si não causa inflamação na gengiva, é a presença da placa bacteriana que causa a gengivite. Carranza e Newman (1997), acrescentam que sem a ação dos irritantes locais como cálculo, excessos em restaurações, próteses inadequadas não ocorrem modificações clínicas notáveis na gengiva.

As principais alterações bucais atribuíveis à gravidez são relacionadas ao aumento da vascularização, da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais e à resposta exarcebada dos tecidos moles do periodonto aos fatores irritantes locais, associadas à elevação dos níveis de estrogênio e progesterona no período gestacional (CORDEIRO; COSTA, 1999 ; LAINE, 2002 ; MACHUCA et al., 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

Os hormônios sexuais estrogênio e progesterona estimulam a síntese de mediadores químicos do processo inflamatório, principalmente as prostaglandinas (GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999).

Em decorrência dessas alterações, a gengivite durante a gravidez pode apresentar características inflamatórias marcantes, com acentuado edema, maior tendência a sangramento, eritema intenso e tendência a hiperplasia (LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999 ; SARTÓRIO; MACHADO, 2001) .

Segundo Laine (2002) pode ocorrer aumento de inflamação gengival no período gestacional, mesmo sem aumento significativo de placa bacteriana.

Silness e Løe (1964) já relataram aumento de frequência e severidade da doença periodontal no período gestacional, sugeriram que algum outro fator introduzido junto à placa bacteriana poderia ser responsável pela acentuada resposta inflamatória da gengiva durante a gravidez.

Segundo esses autores, em nova pesquisa no ano de 1966, a placa bacteriana é responsável pelo início e manutenção da inflamação gengival da grávida, entretanto a acentuada resposta inflamatória é devida à alteração do mecanismo tecidual associado à gravidez .

O estudo de Samant et al. (1976) com gestantes em cada um dos trimestre da gravidez e grupo controle de não-grávidas de idade, condição socioeconômica, e hábitos alimentares similares, concluiu que as mudanças gengivais aumentaram progressivamente durante o curso da gravidez, que houve aumento apreciável de cálculos e depósitos de placa nas grávidas, quando comparadas com as não-grávidas. Por outro lado, reconheceu o importante papel dos irritantes locais como responsáveis pelo início e pela manutenção da gengivite.

Neste sentido, segundo Davenport (2001), mulheres grávidas têm aumento da doença periodontal, quando comparadas às não-grávidas de mesma idade, em função da exagerada resposta local, derivada da higiene bucal deficiente. Segundo esse autor, quando a higiene bucal é deficiente no período gestacional, há resposta exacerbada dos tecidos gengivais, resultando em aumento (alargamento) desse tecidos, com aparecimento de bolsas periodontais falsas ou aumento de profundidade das existentes.

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999) em avaliação da influência da gestação na prevalência de doença periodontal, concluíram que não houve incremento de prevalência dessa patologia, nem aumento da severidade no último trimestre gestacional e que um maior número de gestações não implicou numa maior prevalência da doença periodontal.

Por outro lado, segundo Castilho (1969), o desequilíbrio hormonal é usualmente o principal fator etiológico de muitas lesões que ocorrem nos tecidos periodontais, não só em estados patológicos como a diabetes melito, mas também em estados fisiológicos encontrados na menstruação e gravidez.

Segundo Rezende (1982) está provado que os hormônios participam da etiopatogenia da gengivite gravídica.

Para Arafat (1974), as mudanças hormonais ocorridas no período gestacional são fatores predisponentes para mudanças periodontais nesse ciclo da vida, entretanto a placa bacteriana é o principal fator na produção de mudanças patológicas da gengiva. Esse é o conceito mais aceito atualmente.

As alterações hormonais no período gestacional levam a aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival e da profundidade do sulco gengival. Tais alterações reduzem-se no pós-parto (DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985).

O aumento dos níveis de progesterona no período gestacional contribui para a falta relativa de queratinização do epitélio gengival e para o aparecimento de alterações bioquímicas importantes na substância fundamental do tecido conjuntivo gengival. Os distúrbios hormonais são muitas vezes responsáveis pela resposta exagerada do tecido gengival frente a irritação local. (FALABELLA, M.; FALABELLA, J., 1994).

Duailibi, S. e Duailibi, M. (1985) acrescentam que fatores psicológicos associados, principalmente o estresse emocional, podem agravar a doença periodontal na gravidez.

Portanto, a gengivite que se desenvolve durante o período gestacional é resultante da ação de irritantes locais e da alteração do metabolismo tecidual do periodonto, provocado pelos distúrbios hormonais que ocorrem neste período.

Por conseguinte, as condições anteriormente citadas, contribuem para diminuir a resistência local do periodonto, favorecem a ação dos produtos da placa dental.

Recentes estudos têm mostrado uma variedade de infecções, incluindo a doença periodontal, como fator de risco para prematuridade e baixo peso da criança ao nascer (BARROS; MOLITERNO, 2001; BRUNETTI, 2002; GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002; LOURO; FIORI, 2001; MOKEEN; MOLLA, 2004).

O peso do feto ao nascer é a variável mais importante para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Trata-se de uma preocupação da Saúde Pública, devido à maior morbi-mortalidade dos nascidos com baixo peso (abaixo de 2500 g), quando comparados aos nascidos com peso normal. Uma das causas de nascimento com baixo peso é o parto prematuro, no qual os órgãos vitais da criança são imaturos e, portanto, incapazes de se adaptar prontamente ao início da existência extra-uterina (BARROS; MOLITERNO, 2001).

Vários fatores de risco estão associados com nascimento prematuro de baixo peso (NPBP) como: tabagismo, alcoolismo, drogas, infecções gênitó-urinárias, idade, peso gestacional (BARROS; MOLITERNO, 2001).

Assim, sabe-se que as infecções gênitó-urinárias estão associadas ao parto prematuro. Questiona-se a participação das doenças periodontais neste

processo pela similaridade de suas naturezas. Há semelhanças entre infecções anaeróbias da vaginose e da periodontite e um estreito paralelo entre as respostas dos mediadores inflamatórios (BARROS; MOLITERNO, 2001).

As doenças periodontais que estimulam a síntese de mediadores químicos do processo inflamatório, em especial as prostaglandinas, aumentam o risco de nascimentos prematuros de bebês com baixo peso, pois esses mediadores químicos são responsáveis pelas contrações uterinas (GAFFIELD et al., 2001; LAINE, 2002).

Esses mediadores já estão presentes na fisiologia normal do parto e, quando em excesso, podem acelerar o processo (BARROS; MOLITERNO, 2001).

Brunetti (2002), em estudo sobre a condição periodontal em 174 puérperas, assistidas em hospitais públicos do município de São Paulo, (103 controles com parto a termo e 71 casos de partos pré-termo com peso do bebê com peso inferior a 2500 g), encontrou associação entre doença periodontal e nascimento de prematuros, entretanto, na análise de regressão logística bi-nominal, apenas as variáveis número de visitas no pré-natal, parto prematuro prévio, números de partos concluídos constituíram-se fatores de risco, uma vez que a doença periodontal não se manteve no modelo final.

Louro e Fiori (2001), por meio de análise multivariada, também encontraram forte associação entre doença periodontal e baixo peso ao nascer, em mães de recém-nascidos com baixo peso e em mães de grupo controle, constituído por crianças nascidas com peso superior a 2500 g. Ambos os grupos, similares em relação à idade, raça, estatura, nutrição, tabagismo, uso de álcool e situação socioeconômica, foram examinados por um periodontista que utilizou uma sonda milimetrada para medir a inserção do osso alveolar.

Mokeem e Molla (2004), em estudo para verificar a relação entre doença periodontal com NPBP em 30 mães sauditas acompanhadas de 60 controles, encontraram associação entre doença periodontal e NPBP, apesar do controle de outros fatores de risco como idade, fumo e classe social.

Entretanto, Cardoso (1999) em pesquisa com 297 mulheres entre 28 e 32 semanas de gestação, divididas em dois grupos de acordo com a história clínica: parto prematuro e/ ou bebês com menos de 2500g e outro com bebês com mais de 2500 g e parto a termo, não encontrou associação entre doença periodontal com nascimentos prematuros. Nesse estudo, foram realizados exames periodontais com registros do nível clínico de inserção e profundidade da bolsa periodontal, por meio de sondagem, aliados a dados relacionados à história obstétrica de cada paciente, coletados nos prontuários e em entrevistas

No Brasil, Barros e Moliterno (2001), em revisão de literatura, constataram que o número de evidências com estudos clínicos controlados ainda é insuficiente para provar que a doença periodontal possa ser incluída como novo fator de risco para NPBP. Esses autores, também relataram a necessidade de novos estudos para confirmar ou não essa ligação e também para verificar se a terapia periodontal durante a gravidez pode reduzir o risco destes nascimentos.

Nos EUA, Scannapieco, Bus e Payo (2003), em revisão sistemática de 660 artigos publicados até o final de 2002, verificaram que, embora vários estudos envolvam a doença periodontal como fator de risco para NPBP, poucos avaliaram o impacto da prevenção nos resultados e que vários estudos não atribuíram à doença periodontal como fator de risco para NPBP. Constataram a necessidade de estudos longitudinais epidemiológicos e de intervenção para validar essa associação e para

determinar se ela é realmente causal. Segundo os autores, não está claro se a doença periodontal pode causar resultados adversos na gravidez.

A gestação pode acarretar, além dos processos gengivais generalizados, o aparecimento do granuloma gravídico. Essa patologia não é um neoplasma. (FALABELLA, M.; FALABELLA, J.,1994). Essas lesões gengivais são uma resposta inflamatória exagerada do organismo a algum irritante local, normalmente associada a problema periodontal. (SILVA, 2002).

Clinicamente o granuloma gravídico é uma lesão pediculada, de cor vermelho-brilhante, que emerge sempre da papila interdental. Geralmente essa patologia regride espontaneamente após o parto ou pelo menos diminui de tamanho. O tratamento é feito por meio de excisão cirúrgica. (FALABELLA, M.; FALABELLA, J., 1994).

É importante ressaltar que o atendimento odontológico da gestante promove a saúde bucal desse grupo populacional, contribui para minimizar a transmissibilidade de microorganismos bucais patogênicos para criança, obtendo-se, dessa forma, prevenção primária das principais doenças bucais (ROSELL; MONTANDON; VALSECK JR, 1999).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as percepções e representações de gestantes sobre saúde bucal e atendimento odontológico durante a gravidez.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a percepção das gestantes relacionada à própria saúde e a do bebê, caso recebam atendimento odontológico clínico no período gestacional.
- Conhecer a percepção das gestantes sobre saúde bucal.
- Identificar se a gestante relaciona gestação como causadora de problemas bucais.
- Caracterizar os hábitos de higiene bucal das gestantes em relação ao autocuidado com a saúde bucal.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de natureza qualitativa objetivando identificar percepções e representações de gestantes sobre saúde bucal e atenção odontológica.

Importante ressaltar que as percepções são individuais, referentes a cada gestante, enquanto que as representações são do coletivo.

4.1 Pesquisa Qualitativa

Segundo Minayo (1993), um bom método é aquele que permite construção correta dos dados, adequado aos objetivos da investigação e que ofereça elementos teóricos para análise. A autora ressalta que o método, somente quando utilizado dentro dos limites de suas especificidades, poderá dar efetiva contribuição para o conhecimento da realidade.

Nesta linha de pensamento, Bauer e Gaskell (2003) destacam que a escolha sobre a prática de pesquisa quantitativa ou qualitativa deve ser tomada em função da decisão sobre a geração de dados e análise, seguidos da escolha sobre o delineamento da pesquisa ou de interesses do conhecimento.

A pesquisa qualitativa se preocupa com realidades que não podem ser quantificáveis. Lida com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, fenômenos esses que não podem ser compreendidos por meio de operacionalização de variáveis, equações e médias estatísticas, por estarem relacionados ao mundo dos significados, das ações e relações humanas, examina

aspectos mais profundos, subjetivos e amplos com maior riqueza de detalhes (DIAS, 2000; MINAYO et al., 2000).

Segundo Minayo (1992), a pesquisa qualitativa aprofunda o significado e a intencionalidade e que, a rigor, qualquer investigação social deveria contemplar o aspecto qualitativo que traz para o interior da análise o subjetivo, o objetivo, os atores sociais, os fatos e seus significados, trabalha o caráter de antagonismo, de conflito entre os grupos sociais, permite aprofundar o caráter social, as dificuldades de construção do conhecimento e responde a questões muito particulares de pesquisa.

Ainda segundo essa autora, a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais, as representações de determinado grupo sobre temas específicos e para formulação de políticas públicas e sociais.

Neste estudo, por buscar conhecer a percepção das gestantes sobre pré-natal odontológico e saúde bucal na gravidez, a pesquisa qualitativa é a que ofereceu melhores condições de aprofundamento da realidade deste grupo social.

4.2 População de Estudo

Foi constituída por vinte gestantes que realizavam o pré-natal nos serviços públicos e privados do município de Londrina – PR.

Foram entrevistadas mulheres nos três trimestres de gestação, diferentes níveis de escolaridade (ensino fundamental, médio e superior), e número de gestações (primíparas e multíparas), visando obtenção de dados suficientes para compreender a visão dos sujeitos de pesquisa sobre saúde bucal e atenção odontológica durante a gravidez.

4.3 Local de Estudo

Foram entrevistadas gestantes que realizavam pré-natal pelo SUS, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Londrina – PR e também gestantes assistidas pelo serviço privado, em consultórios particulares, que possuíam planos de saúde.

A escolha das duas UBS foi por conveniência, tendo como critério a seleção de UBS situadas em locais de riscos sociais opostos, por acreditar que, dessa forma, teríamos representação mais completa do SUS. Deste modo, a UBS 1 (Novo Amparo) foi selecionada por ter sido implantada numa favela, posteriormente urbanizada, com alto risco social. No contato inicial, o coordenador dessa UBS relatou os problemas sociais existentes, aconselhou que as entrevistas fossem realizadas na própria UBS pois, em muitos casos, o ambiente doméstico era violento, inadequado para que as gestantes se sentissem à vontade e seguras para conceder entrevista.

A segunda UBS escolhida (UBS Clair Pavan) é localizada na região central da cidade, sem áreas de risco social por perto.

Em relação às gestantes assistidas pelo serviço privado, optou-se por representações de gestantes de convênio, por constituírem a maioria dos atendimentos realizados nos consultórios médicos privados. Essa decisão foi tomada baseada em relatos de profissionais médicos, obtidos na fase exploratória desta pesquisa. Neste grupo, foram entrevistadas apenas gestantes que possuíam convênio não-empresarial, ou seja, aquelas que pagavam o seu próprio plano de saúde, por acreditar-se que o perfil da gestante assistida por convênio empresarial é muito próximo ao perfil das usuárias do SUS. Para obtermos as representações de

convênio, foram necessárias visitas a quatro consultórios obstétricos, sempre precedidas das anuências prévias dos respectivos médicos.

4.4 Coleta de Dados

O instrumento para coleta de dados da pesquisa foi uma entrevista aberta, na qual a gestante falou livremente sobre o assunto proposto, e semi-estruturada por um roteiro de questões pontuadas durante a entrevista. O roteiro da entrevista foi previamente estabelecido, na fase do projeto dessa pesquisa, objetivando contemplar os objetivos desse estudo (Apêndice 1).

Segundo Haguette (2003), a entrevista é um processo de interação social entre duas pessoas, onde o entrevistador busca a obtenção de informações do entrevistado.

De acordo com Bauer e Gaskell (2003) o objetivo da entrevista é a compreensão detalhada de crenças, atitudes, valores e motivações relacionados a comportamentos de pessoas, em contextos sociais específicos, onde as perguntas funcionam como um convite ao entrevistado para falar longamente, com suas próprias palavras, e com tempo para refletir.

Neste sentido, Minayo (1992) ressalta que a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, pela possibilidade da fala revelar condições estruturais, sistemas de valores, idéias, crenças, maneira de pensar, opiniões e por transmitir as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Ainda segundo essa autora, o questionário é deficiente quando se pretende avaliar sistemas de valores, normas e representações de determinado

grupo social, pois a aproximação qualitativa é profunda e atinge regiões inacessíveis a simples pergunta e resposta.

Importante ressaltar que as questões do roteiro de entrevistas adaptaram-se ao conteúdo manifesto pelos sujeitos de pesquisa não tendo seguido, portanto, uma seqüência uniforme em todas as entrevistas, entretanto as questões foram abordadas com todas as gestantes de acordo com a dinâmica e singularidade de cada entrevista.

As gestantes foram entrevistadas pela própria pesquisadora no período de novembro a dezembro de 2004, nas dependências das unidades de saúde ou dos consultórios privados, enquanto aguardavam pela consulta ou após saírem dela, conforme a preferência e comodidade das entrevistadas.

Antes do início das gravações, houve momento de conversa informal com repasse de informações, esclarecimentos sobre a pesquisa e a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice 2). A pesquisadora apresentou-se como aluna do Mestrado em Saúde Coletiva, não informando a sua graduação, com objetivo de evitar vieses e possíveis direcionamentos de respostas das entrevistadas.

As gestantes mostraram-se receptivas e interessadas em participar da pesquisa.

As perguntas e respostas foram verbais, gravadas pela própria pesquisadora. A gravação amplia o poder de registro, pois capta e retém por maior tempo importantes elementos de comunicação tais como pausas de reflexão, dúvidas, entoação de voz, expressões de crítica, entusiasmo e surpresa que auxiliam a compreensão da própria narrativa (SCHRAIBER, 1995).

O envolvimento do entrevistado com o entrevistador é tido como fator positivo para o aprofundamento da relação intersubjetiva e não como risco ou falha que comprometa a objetividade (MINAYO, 1992).

A fala é o principal material da investigação qualitativa. Revela sistema de valores por meio de um porta-voz (o entrevistado). Assim, consegue-se representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 1993). Tem papel de destaque na rápida transmissão de grandes quantidades de informações entre diferentes elementos de um grupo. (BAUER; GASKELL, 2003).

Utilizou-se também um caderno de campo. Nele, após cada entrevista, a pesquisadora registrou uma síntese do conteúdo manifesto por cada entrevistada, bem como a identificação, número de filhos e a escolaridade. Essas anotações foram importantes para decidir o momento de encerrar o trabalho de campo, auxiliaram a conferência das transcrições e também na análise e interpretação de algumas representações.

Segundo Minayo et al. (2000), no caderno de campo o pesquisador registra percepções, questionamentos e informações que auxiliam em diferentes momentos da pesquisa.

O critério adotado para finalização dos trabalhos de campo foi a saturação. Nela, investigam-se diferentes representações até que a inclusão de novos estratos não acrescente novidades limitadas no tempo e no espaço social (BAUER; GASKELL, 2003).

Deste modo, foram realizadas entrevistas até obter-se saturação e redundância em relação à compreensão dos objetivos desta pesquisa. Foram necessárias nove entrevistas em usuárias do SUS e oito em gestantes assistidas por

convênio não-empresarial. Como o número de entrevistas de cada grupo ficou muito próximo, optou-se em entrevistar o mesmo número de gestantes para cada grupo, dez em cada grupo, totalizando vinte entrevistas. Nas três entrevistas realizadas posteriormente constatou-se que não houve representações diferentes das anteriormente encontradas.

Segundo Bauer e Gaskell (2003), a prioridade e o objetivo da pesquisa qualitativa é a caracterização e obtenção da variedade de representações. Afirmam que a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas e sim explorar o espectro de opiniões, as diferentes opiniões sobre o assunto em questão, identificando, desse modo, a variedade de pontos de vista.

Um maior número de entrevistas não melhora necessariamente a qualidade ou a compreensão mais detalhada da realidade, a qual é constituída por um número limitado de versões da realidade. Há um limite máximo em relação ao número de entrevistas necessárias e possíveis de analisar: 15 a 25 entrevistas individuais para cada pesquisador (BAUER; GASKELL, 2003).

Segundo Minayo et al. (2000), a pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir a sua representatividade. Considera a amostragem ideal aquela que possibilita identificar a questão em estudo em suas múltiplas dimensões.

4.5 Transcrição das Entrevistas

As transcrições foram realizadas de forma integral e literal por profissional da área de comunicação, com larga experiência nesse campo, com o

objetivo de manter a maior fidelidade possível das expressões, termos e conteúdos paraverbais (entoações, ênfases, pausas) manifestadas pelas entrevistadas.

Após o recebimento das transcrições, a pesquisadora realizou leituras e audições simultâneas do material, visando conferir o material transcrito e, desta forma, identificar e corrigir possíveis falhas.

As demais etapas dessa pesquisa foram realizadas somente pela própria pesquisadora.

4.6 Análise e Interpretação dos Dados

De acordo com Minayo (1992) a análise busca compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou respostas às questões formuladas, e conseqüente ampliação de conhecimento sobre o assunto pesquisado.

Nesta pesquisa foi realizada a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de dados científica, que busca a lógica na interpretação do material coletado, indicada para pesquisas qualitativas. Objetiva ultrapassar o senso comum e do subjetivismo na interpretação. Constitui a expressão mais comumente utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 1992).

Segundo Bardin (1977, p. 42) a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.

Ainda segundo essa autora, o objeto da análise de conteúdo é a palavra, tenta compreender o aspecto individual, o significado ou o ambiente num momento determinado.

Na análise de conteúdo, não é tão importante se a linguagem é gramaticalmente correta, mas sim os conteúdos manifestados por ela (DEMO, 1995).

A análise do conteúdo foi realizada por meio da técnica de análise temática. Segundo Minayo (1992), essa técnica se adequa muito bem à investigação qualitativa do material sobre Saúde, onde a presença de determinados temas denota valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações, opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências (BARDIN, 1977).

O tema está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto, e consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença e frequência significam alguma coisa para o objetivo visado. O tema, corresponde à regra de recorte do sentido e não da forma da comunicação (BARDIN, 1977).

Bardin (1977) argumenta ainda que o critério de recorte na análise de conteúdo é sempre de ordem semântica, ou seja, da significação e não dos aspectos formais da língua.

Nesta pesquisa, a análise dos dados foi iniciada por meio da audição e leitura simultânea das transcrições das entrevistas, visando obter maior familiarização do conteúdo manifesto.

Essa fase de pré-análise é destinada à organização e sistematização da análise, porque nela acontece o contato inicial com o texto de onde advêm impressões e orientações para a análise propriamente dita (BARDIN, 1977).

Em seguida, realizou-se leitura exaustiva de cada uma das entrevistas e do conjunto delas, ou seja, do corpus da pesquisa.

Bardin (1977) define corpus como conjunto dos documentos que serão submetidos aos processos analíticos.

Nessa etapa, as entrevistas foram numeradas (1 a 10) de maneira aleatória, portanto, sem obedecer a seqüência em que foram realizadas. Para diferenciar os subgrupos estudados (SUS e convênio), adotou-se as seguintes abreviações:

- RS (representação do SUS)
- RC (representação de convênio)

Assim, RS 10 significa a 10ª entrevista do SUS e RC 9 a 9ª entrevista de convênio.

O próximo passo executado foi o agrupamento dos fragmentos dos textos por temas, constituindo-se as categorias de análise.

As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos, com títulos genéricos, efetuados em razão das características comuns destes elementos (BARDIN, 1977).

As categorias são utilizadas para agrupar idéias, expressões, classificações em torno de um conceito. São empregadas para estabelecer classificações e podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados (MINAYO et al., 2000).

A identificação das representações que compõem as categorias de análise foi realizada por meio de várias leituras de cada uma das entrevistas.

Os recortes foram feitos por temas, dentro de cada categoria de análise, manualmente, sem utilização de programa de computadores, porque se viu nessa conduta oportunidade para familiarização e aprofundamento dos conteúdos manifestos, considerando que os programas computacionais não fazem análise, apenas recortes.

Posteriormente, realizou-se leitura longitudinal das entrevistas com correções de vícios de linguagem tais como: ce, né, sem alterar a fala e o conteúdo manifesto.

Segundo Minayo et al. (2000), o pesquisador deveria, antes do trabalho de campo, definir categorias a serem investigadas e também formulá-las após a coleta de dados, visando classificação dos dados encontrados em seu trabalho.

Na elaboração do projeto dessa pesquisa, foram estabelecidas quatro categorias a serem investigadas, segundo os objetivos desse estudo:

- Visão dos sujeitos de pesquisa sobre gravidez e suas conseqüências na saúde bucal
- Auto-cuidado da gestante durante o período gestacional.
- Atenção odontológica durante a gestação.
- Como as gestantes resolvem seus problemas de saúde.

Entretanto, na análise do conteúdo das falas, foram encontradas representações de duas novas categorias:

- A mãe na promoção de saúde.
- Os profissionais de saúde.

4.7 Aspectos Éticos

Esta pesquisa seguiu os critérios definidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Também foi submetida, previamente ao seu início, à avaliação e posterior aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (Anexo 1).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Identificação e Análise das Representações

Nessa pesquisa, foram identificadas seis categorias de análise e nelas, vinte e seis representações.

A distribuição geral das representações dentro das categorias de análise pode ser verificada no quadro 2.

CATEGORIA	REPRESENTAÇÕES
Visão dos sujeitos de pesquisa sobre gravidez e suas conseqüências na saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez não causa alterações buco-dentais - Gravidez causa alterações buco-dentais
Auto-cuidado bucal da gestante durante o período gestacional	<ul style="list-style-type: none"> - Idêntico auto-cuidado bucal - Cuidados diferentes com a boca durante a gestação
Atenção odontológica durante a gestação	<ul style="list-style-type: none"> - Busca por atenção odontológica sistemática durante a gravidez - Atenção odontológica programada exceto durante período gestacional - Atenção odontológica rotineira e sistemática independente da presença ou não de gravidez - Atenção odontológica esporádica e emergencial na gestação - Atenção odontológica é desnecessária durante a gestação - Qualquer tratamento odontológico é possível durante a gravidez - Há restrições de tratamento durante a gestação - Possibilidade ou não de anestesia na gravidez - Possibilidade ou não de raio X na gestação - Restrições medicamentosas na gravidez
Como as gestantes resolvem seus problemas de saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> - Não resolve, não trata - Procura pela UBS - Procura pelo dentista - Procura pelo médico
A mãe na promoção da saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> - Importante papel da mãe na promoção de hábitos saudáveis da família - Busca por conhecimentos - Valorização da saúde bucal nos diferentes ciclos da vida - Atenção precoce ao bebê
Os profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Papel dos profissionais - Confiança incondicional no médico - Medo do dentista e dos procedimentos odontológicos - Necessidade de programas para esclarecimentos sobre saúde bucal da gestante

Quadro 2 - Representações das gestantes por categoria de análise

Encontra-se no quadro 3 a identificação das representações dentro dos grupos estudados:

REPRESENTAÇÕES	SUS	CONVÊNIO
- Gravidez não causa alterações buco-dentais	X	X
- Gravidez causa alterações buco-dentais	X	X
- Idêntico auto-cuidado bucal	X	X
- Cuidados diferentes com a boca durante a gestação	X	X
- Busca por atenção odontológica sistemática durante a gravidez	X	
- Atenção odontológica programada exceto durante o período gestacional		X
- Atenção odontológica rotineira e sistemática independente da presença ou não de gravidez		X
- Atenção odontológica esporádica e emergencial na gestação		X
- Atenção odontológica é desnecessária durante a gestação		X
- Qualquer tratamento odontológico é possível durante a gravidez	X	X
- Há restrições de tratamento durante a gestação	X	X
- Possibilidade ou não de anestesia na gravidez	X	X
- Possibilidade ou não de RX na gestação	X	X
- Restrições medicamentosas na gravidez		X
- Não resolve, não trata		X
- Procura pela UBS	X	
- Procura pelo dentista	X	X
- Procura pelo médico	X	X
- Importante papel da mãe na promoção de hábitos saudáveis da família	X	X
- Busca por conhecimentos	X	X
- Valorização da saúde bucal nos diferentes ciclos da vida	X	
- Atenção precoce ao bebê	X	X
- Papel dos profissionais	X	X
- Confiança incondicional no médico		X
- Medo do dentista e dos procedimentos odontológicos		X
- Necessidade de programas para esclarecimentos sobre saúde bucal da gestante		X

Quadro 3 - Identificação das representações das gestantes entrevistadas

5.2 Visão dos Sujeitos de Pesquisa Sobre Gravidez e suas Conseqüências na Saúde Bucal

- Gravidez não causa alterações bucais

[...] Não notei alteração na boca...
 Não. Nada. Nada. Normal. Normal... nada (RS 6).

Essa representação identifica a percepção de manutenção das mesmas condições bucais no período gestacional, provavelmente relacionada à ausência de mitos em relação à saúde bucal no período gestacional.

Tal representação parece guardar relação com a encontrada por Menino (1995), na qual foi relatado que as gestantes não consideravam a gravidez como causadora de problemas bucais, apesar da cultura popular estabelecer relações entre essas duas variáveis.

O estudo de Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999) mostrou não haver evidências de incremento da prevalência de cárie ou doença periodontal no período gestacional, e que um maior número de gestações não implicou numa maior prevalência dessas patologias.

- Gravidez causa alterações buco-dentais

O quadro 4 apresenta as alterações buco-dentais identificadas nessa pesquisa.

REPRESENTAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez leva a perda de cálcio dos dentes - Gravidez causadora de perdas dentais - Gravidez causa dor de dente - A gravidez deixa os dentes mais sensíveis - Mudança de cor dos dentes ocasionada pela gravidez - Queda de restaurações causadas pela gravidez - Gravidez causa gosto amargo na boca - Gravidez aumenta risco de cárie - Presença de alterações gengivais no período gestacional

Quadro 4 - Representações das gestantes sobre alterações buco-dentais

As falas a seguir, ilustram a gravidez percebida como causadora de perdas de cálcio dos dentes maternos:

[...] eu acho que é o período (gravidez) que a mulher mais precisa... é de estar cuidando mais, porque parece que o dente fica mais frágil. Assim eu ouço... é o período que a mulher perde cálcio. O neném suga muita coisa no período da gravidez (RS 10).

[...] Eu acho que a gravidez e a saúde de seus dentes, ah, que tem que ser cuidada... principalmente por causa do cálcio... ingerir cálcio, ter mais cuidado...

O bebê absorve muito o cálcio da mãe. Então você tem que repor ele com uma alimentação adequada, com um nutricionista.

O neném absorve cálcio dos ossos da mãe, do organismo da mãe. Nas gestações eu senti bastante que foi absorvido... aí eu procurei cuidar

Assim, eu percebi, assim... uma absorção... eu tive problemas de refração (retração) de gengiva... de obturação... eu acho que absorveu.

Eu acho que é porque o bebê absorve... Eu acho que é por aí.

A gravidez é bastante é bastante prejudicial à saúde da mãe. Por isso a mãe tem que se cuidar, entendeu, eu julgo por esse lado (RC 2).

[...] eu acho que deve haver um roubo assim de cálcio na gestante pelo bebê, no caso, assim... e será que não tem um possível... um possível enfraquecimento dos dentes, sabe lá, nessa fase da gestação, isso aí é o que a gente ouve... também não sei se é real ou não (RC 5).

Observa-se nessas representações, a crença na possibilidade do feto provocar perda de cálcio dos dentes da mãe, com conseqüente enfraquecimento de tais estruturas.

Estudo de Dragiff e Lobby citados por Littner et al. (1984), revelou a inexistência de diferenças na composição química do esmalte e da dentina em dentes extraídos tanto de pacientes grávidas como das não-grávidas.

Também segundo Rezende (1982), observações radiográficas e de análise químicas de dentina mostraram que o dente humano não é desmineralizado durante a gravidez.

Portanto, não há perdas de conteúdo mineral da dentina durante a gravidez (DUAILIBI S.; DUAILIBI, M.,1985). Assim, a gravidez não é responsável pela perda de minerais dos dentes da mãe para formar as estruturas calcificadas do bebê (KONISHI, 1995; MOREIRA; VALBÃO JÚNIOR, 1993). O cálcio intervém na formação dos ossos do feto, participa do mecanismo de concentração muscular do equilíbrio ácido-básico, da coagulação sanguínea e da composição de algumas enzimas. Seu conteúdo total antes do 4º mês lunar de gestação é de 1g, do 6º ao 8º mês chega a 9g e do 8º ao 10º atinge 20g. Nos últimos meses da gravidez há acúmulo de mais 50% do cálcio (REZENDE, 1982).

Rezende (1982) salienta que o adulto necessita diariamente em torno de 0,6 a 1g de cálcio, a grávida deve aumentar suas reservas de cálcio até 30 a 50g, das quais o bebê se apodera de 23g. Ainda segundo esse pesquisador, a ingestão de meio litro de leite e de qualquer outro alimento rico em cálcio é suficiente para suprir as necessidades diárias desse alimento.

Verificou-se também a percepção da gravidez como causadora de perdas dentais, conforme ilustrado pelas falas:

[...] Porque no começo da gravidez a gente acaba tendo uma perda nos dentes. Pelo menos aconteceu isso comigo. Um eu perdi... Eu senti que nesse período da minha gravidez, principalmente do meu terceiro filho, aconteceu de um dente meu vir a doer e eu ter que arrancá-lo. Então eu acho importante durante o período da gestação também a gente fazer tratamento para não acontecer isso (RS 10).

Nota-se nessa fala a caracterização de mais um mito: a futura mãe atribui a perda de elementos dentários pelo fato de estar grávida. Chama atenção a

gestante mencionar a possibilidade do tratamento no período gestacional para evitar que tal fato ocorra. Parece existir percepção que essa situação possa ser evitável.

A fala seguinte aponta a gravidez como causadora de dor de dente:

[...] Ah... que nem agora eu estou tendo um probleminha com um dente meu, não dói todos os , mas eu já notei que quando eu fiquei grávida da minha filha ele doeu. Parou. Aí doeu de novo. Parou. E agora voltou a doer, o mesmo dente. E é só quando eu chego no quarto mês. Depois para. E eu não busquei dentista para saber o porquê... Pelo menos eu percebi dessa forma (RS 10).

É nítida nessa fala, a crença fortemente arraigada da gravidez como responsável pela dor de dente, a gestante alude ter ocorrido na gestação passada e mais ainda no quarto mês de gestação.

Outro aspecto observado nessa representação é a menção da gestação deixar os dentes mais sensíveis:

[...] Na gravidez as coisas parecem que sempre dão piorada, sempre são alteradas. Na questão do... cuidado assim dos dentes... Igual é... eu desconfio que na gravidez os dentes deram uma piorada... Na boca estragam mais, ficaram mais sensíveis. Eu senti, acho que foi alguma mudança... Porque na gravidez, muda tudo... Sempre altera alguma coisa, então... é lógico que tem o cuidado antes também... mas a gravidez parece que mexe com o organismo da gente, por isso dá uma alterada (RS 9).

[...] A gravidez na saúde de seus dentes, ah, não... assim a gente vê ... muita diferença, viu? O dente começo a ficar mais, é não sei como explicar, mais sensível, parece, sabe, assim (RC 10).

Nessa representação também foi expressa a possibilidade da gravidez causar mudanças cromáticas dos dentes.

Assim, foi mencionada a possibilidade dos dentes terem ficado mais amarelos:

[...] Os dentes ficaram mais amarelos os meu dentes, eu notei (RC 10).

Mais pretos:

[...] Ah... não sei... esse dente aqui está preteando, preteando mais, esse aqui já tinha... era bem pequenininho, agora está maior (RS 3).

Outro aspecto mencionado é a possibilidade de queda de restaurações associada ao fato de se estar grávida:

[...] Eu notei assim, que... igual na... na minha gravidez, já chegou até cair obturação é... então tipo assim, começou a doer... coisa que eu não estava sentindo (RS 9).

A representação da gestação como causadora de alterações buco-dentais parece estar relacionada a aspectos psicológicos e/ou emocionais, à presença de mitos, pois não há respaldo científico que responsabilize a gravidez por tais acontecimentos. Possivelmente, os problemas odontológicos são pré-existentes, ou ocasionados por descuidos na higienização durante o período gestacional.

Importante ressaltar que nessa representação não foram identificadas relações lineares entre gestantes com maior número de filhos e maior presença de mitos, bem como entre alta escolaridade e ausência de mitos.

É necessário que os profissionais entendam manifestações de características emocionais na gravidez. Nos primeiros meses de gravidez, a mulher pode ter períodos de ansiedade e de instabilidade emocional, com freqüentes mudanças de humor, oscilando entre felicidade e depressão (LITTNER et al., 1984).

Assim, a visão e a prática de saúde dos profissionais envolvidos no cuidado da gestante devem ser amplas, contemplando aspectos educativos, preventivos e curativos. Não se pode perder de vista que a saúde é uma questão de natureza socioeconômica, política e educacional.

Desse modo, essa representação mostra a necessidade dos profissionais de saúde investirem maior tempo e atenção à educação em saúde da gestante, e desta forma, contribuirão para desmistificar o conceito de gravidez como causadora de alterações buco-dentais. Tal prática, certamente minimizará o estresse, a ansiedade e preocupações infundadas relacionadas ao período gestacional.

A participação do dentista na equipe do pré-natal parece ser fundamental, não só pela interação e troca de saberes entre os diversos profissionais, como também pela possibilidade de promover educação em saúde de maior alcance, pois até então a prática odontológica predominante é individual, centrada no cirurgião-dentista, em intervenções curativas e preventivas, voltadas às necessidades individuais e restritas à cavidade bucal de cada indivíduo.

Percebeu-se, portanto, nessas representações a necessidade de atuação na promoção de saúde bucal, por meio da atenção integral do indivíduo, baseada principalmente em medidas educativas e preventivas, seguidas pela resolutividade da demanda curativa pré-existente ao período gestacional, verificada principalmente entre as usuárias do SUS.

Outra alteração buco-dental relatada foi a possibilidade da gravidez causar gosto amargo na boca, conforme ilustram as falas a seguir:

[...] Muita salivagem... muito assim... um gosto meio amarguinho na boca, talvez... não sei se é por causa da gente não conseguir fazer a higiene completa dos dentes (RS 4).

[...] Meus cuidados com meus dentes, gengiva durante a gravidez é maior agora. Porque esses dias eu estava comendo uma bala... e deu... ficou com um gosto ruim assim... até eu escovar... parece que eu senti um gosto de terra na boca, então eu estou escovado mais...

Eu acho que é uma alteração hormonal... que a gente sofre até os três, quatro meses de gestação, tem uma alteração hormonal

grande no organismo da gente. Está vinculado a essa alteração (RC 3).

Gonzalez, Montes e Jimenez (2001) em estudo para avaliar mudanças na composição de saliva de gestantes, comparadas à de mulheres não-grávidas, verificaram que o fluxo salivar e o pH das gestantes estavam diminuídos, tendo encontrado associação significativa entre o fluxo salivar diminuído e a presença de gosto ruim na boca.

Em relação às alterações hormonais no período gestacional, sabe-se que a placenta elabora grandes quantidades de gonadotrofina coriônica, estrogênio, progesterona e hormônio lactogênio placentário (DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985). Segundo esses autores, a função da gonadotrofina coriônica é impedir a involução normal do corpo lúteo e fazer com que ele secrete maiores quantidades de seus hormônios: a progesterona e o estrogênio.

O estrogênio é responsável pelo crescimento dos órgãos sexuais e pela maioria das características sexuais da mulher. No período gestacional eles são secretados também pela placenta, provocam aumento de tamanho do útero, das mamas e da genitália externa feminina e também relaxamento dos ligamentos pélvicos, favorecendo, assim, a passagem do feto no parto. A progesterona promove preparo final do útero para a gravidez e as mamas para a lactação, seus efeitos originam o desenvolvimento das células do endométrio, responsáveis pela nutrição do embrião, e diminuem as contrações uterinas, impedindo a expulsão do ovo. O hormônio lactogênio placentário está relacionado ao crescimento do feto e à preparação das mamas (DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985).

Em nenhum outro momento da vida da mulher há influência de tão elevados níveis de hormônios estrogênio e progesterona quanto no ciclo gestacional.

Os estrogênios são hormônios esteróides. Os três estrogênios principais são o estrona, estradiol e estriol foram isolados da placenta, do sangue e da urina das grávidas. No período gestacional, os níveis de estrogênios são 500 a 1000 vezes maiores que os da não-grávida (REZENDE, 1982). Os níveis elevados de estrogênios e progesterona são necessários para a manutenção da gravidez (LAINE, 2002; MACHUCA et al., 1999; SARTÓRIO; MACHADO, 2001).

Verificou-se também a menção da possibilidade da gravidez aumentar o risco de cáries:

[...] Da gravidez eu penso que é tudo de bom, e os dentes eu ... não tive nenhum cuidado especial sei que há mais probabilidade de dar cárie (RC 7).

No período gestacional, normalmente ocorrem mudanças relacionadas a frequência, quantidade e qualidade da alimentação, nem sempre seguidas por aumento de cuidados com a higienização bucal.

Durante a gravidez, existe diminuição da sensibilidade gustativa, mínima para doce e máxima para o salgado. Daí a preferência das gestantes em degustar alimentos mais doces, mais salgados, ácidos e amargos (REZENDE, 1982).

Assim, o aumento da atividade cariogênica no período gestacional e também no pós-parto, é relacionado à falta de higiene bucal, pois a preocupação maior da mãe está voltada para os afazeres relacionados com o nascimento da criança (DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985).

Portanto, cáries dentárias no período gestacional podem ser atribuídas a mudanças de hábitos alimentares, apetite exótico, náuseas, vômitos e outros fatores que levam à higienização inadequada (TOMASI, 1989). Nessa fase, as refeições costumam ser mais freqüentes e com alimentos mais cariogênicos (CORDEIRO; COSTA, 1999).

É fato que a presença de hábitos inadequados de controle de placa, muitas vezes presentes antes da gravidez, aliados às mudanças hormonais e comportamentais, acentuam o risco de desenvolvimento de cáries, gengivite, periodontite, granuloma gravídico e até perdas dentais no período gestacional (CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; CORDEIRO; COSTA, 1999; LAINE, 2002). Outro aspecto que merece especial atenção em gestantes é a necessidade de adoção de medidas preventivas na mãe, para prevenir ou retardar o estabelecimento de streptococcus mutans em crianças, os quais têm importante papel no desenvolvimento da cárie dentária (KÖHLER; ANDRÉEN; JONSON, 1984).

As mães são as principais transmissoras desses microorganismos cariogênicos para os filhos (SCAVUZZI; ROCHA, 1999). Tal fato é dependente, principalmente, do nível de colonização apresentado pela mãe (TORRES et al., 1999).

Mais uma vez, a educação surge como importante meio de promoção de saúde. O conhecimento, e conseqüente prática de medidas simples, como evitar soprar o alimento do bebê, não-utilização simultânea do mesmo talher pelo adulto e pela criança, não beijar o bebê na boca, higienização precoce da boca do neném, contribuem para retardar o aparecimento de bactérias cariogênicas no bebê.

Segundo Walter, Ferelle e Issao (1996) na população a mulher, independente do estado fisiológico que se encontre, é a escolhida para ser a agente de transmissão da educação, por estar mais em contato com a criança.

Outra alteração buco-dental manifestada pelos sujeitos entrevistados foi a presença de alterações gengivais durante a gestação:

[...] a gengiva fica mais dolorida, escura... não pode escovar... enche de bolinha... bastante bolinha... com pus. Por causa da gravidez, também devido eu passar mal... passava muito mal... já deitava cedo, não passava fio dental e não escovava. Ah, porque quando a gente está grávida, muda tudo (RS 5).

[...] você tinha perguntado ... a única coisa que notei diferença é ... sangramento de gengiva... Ela sangra mais. Acho que sangra mais (RC 7).

Esta percepção, encontrada entre as entrevistadas, parece relacionada à presença de mitos sobre a gravidez e suas conseqüências na saúde bucal, a problemas odontológicos pré-existentes e ao descuidado com a higienização bucal.

A gengivite pode ocorrer somente na gravidez, porém é mais rara do que aquela vinculada a irritantes locais pré-existentes, pois na gravidez geralmente existe uma resposta exagerada dos tecidos moles do periodonto aos fatores locais (NASCIMENTO; LOPES, 1996).

De acordo com Tomasi (1989), o desequilíbrio hormonal estrogênio-progesterona, tem papel secundário no desenvolvimento de lesões bucais ou gengivais no período gestacional. As condições desencadeantes locais são consideradas primárias (irritação local, impactação alimentar, má adaptação de restaurações).

Konishi (1995) ressalta que a gravidez não causa inflamação na gengiva, só afeta áreas inflamadas.

Existem determinadas condições sistêmicas ou locais que podem contribuir para o estabelecimento ou progressão da doença periodontal, tais como: o fumo, diabetes melito tipo I e II, microbiota patogênica presentes no fluido gengival, idade, raça, sexo, condição socioeconômica e a genética (BARROS; MOLITERNO, 2001).

A influência dos hormônios sexuais nas mucosas humanas é bem nítida durante a gravidez, e também durante outros estágios do desenvolvimento feminino: puberdade, menstruação e climatério (REZENDE, 1982).

5.3 Auto-Cuidado da Gestante Durante a Gravidez

- Idêntico auto-cuidado bucal

[...] Continua a mesma coisa... É tipo escovar depois das refeições, antes de dormir... Tranquilo. A mesma coisa, nada específico (RC 10).

[...] Com certeza o mesmo cuidado, igual. Independentemente da gravidez (RC 6).

[...] Eu uso limpador de língua, produtos para escovar os dentes, fio dental. É igual. É igual... eu já fazia tudo isso (RC 2).

[...] Cuido igual antes ... nesse ponto é igual antes (RS 9).

[...] Ah ... normal. Escovação normal, procedimento normal (RS 8).

Percebe-se, nessas falas, a manutenção dos mesmos hábitos de higiene já praticados anteriormente à gestação, não tendo a gravidez alterado uma rotina bem sistematizada e incorporada. Tais práticas de higienização vêm ao encontro do pensamento de Konishi (1995), segundo o qual, não há necessidades de cuidados especiais com higienização bucal durante o período gestacional. Para essa autora, os cuidados são os mesmos que de uma mulher não-grávida: limpeza

adequada dos dentes com uso adequado da escova e fio dental. Ressalta ainda que a qualidade dessa limpeza é mais importante que a frequência.

- Cuidados diferentes com a boca durante a gestação

Nesta representação, foram encontradas duas situações bem distintas e opostas: Há gestantes que intensificaram a higienização e outras que a diminuíram no período gestacional.

A referência à intensificação de higienização parece relacionada à sensação de “boca suja”, gosto ruim na boca e à crença no aumento de formação de placa bacteriana no período gestacional, como ilustram as falas a seguir:

[...] Ah... eu faço escovação, uso fio dental após as refeições, sempre fazendo a escovação... parece que eu estou direto com a boca suja. Então a todo o momento ... se eu comer um alimento eu já tenho que ficar ali escovando. Então no meu período de gestação é que eu mais ainda escovo [...] (RS 10)

[...] Agora é bem cuidado com os dentes do que eu tinha ... na gravidez tem um gosto ruim [...] (RS 5)

[...] Não... é ... de forma mais intenso o cuidado...porque tem mais formação de placa. Então eu acho que tem que ser mais intenso (RC 8).

[...] Esses dias eu estava comendo uma bala e ficou um gosto ruim na boca. Parece que eu senti um gosto de terra na boca, então eu estou escovando mais vezes a boca. Tem que intensificar a escovação... porque eu sinto um gosto ruim na minha boca , a minha língua está até ferida de tanto que eu limpo (RC 3).

É sabido que durante a gestação a mulher ingere alimentos com maior frequência, nem sempre acompanhados de aumento da higiene bucal (ROCHA, 1993). Tal condição, pode levar ao aumento de placa bacteriana na cavidade bucal, que não é decorrente do estado fisiológico da gravidez.

Segundo a crença popular, a grávida deve **comer por dois e tudo** que tiver vontade. Deste modo, quando não orientadas, as mulheres grávidas tendem a comer em demasia e nem sempre acompanhados por aumento de cuidados com higienização bucal, favorecendo, assim, o aumento da formação de placa bacteriana (MENINO, 1995).

Os odores bucais variam durante o dia, mais intensos pela manhã, dependem em grande parte do fluxo salivar, de resíduos alimentares, da população bacteriana, da ingestão de certos alimentos, bebidas e do hábito de fumar. As bactérias anaeróbias gram-negativas produzem compostos sulfúricos que parecem ser os principais causadores do mau hálito, encontrados, principalmente, nas bolsas periodontais e no dorso da língua. (NEVES, 2002). Acrescenta o pesquisador que a má higiene bucal também pode determinar o aparecimento de outras substâncias como a cadaverina e putresceína, produtoras de odor desagradável no hálito, decorrentes da putrefação de restos alimentares encontrados na boca. Entretanto, ressalta o autor, embora se tenha aumentado o nível de conhecimento sobre mau hálito, não se tem conseguido soluções definitivas para o problema que atinge, indistintamente, tanto homens quanto mulheres, grávidas ou não, jovens e velhas.

Por outro lado, encontrou-se nesse estudo a representação que apontava diminuição dos cuidados com higienização bucal, ilustrada por essas falas:

[...] Eu escovo três vezes ao dia, quando eu me lembro eu passo o fio dental que não é sempre. Agora o meu problema maior está em lavar a língua porque provoca muita ânsia. Só consigo lavar a língua, fazer uma boa limpeza nela pela manhã, de estômago vazio. À tarde e à noite não dá (RS 9).

[...] Antes de engravidar, eu lavava direito o céu da boca, a língua toda, todas as vezes que eu escovava os dentes, mas agora já não dá (RS 4).

Essa representação parece guardar relações com a pesquisa de Nascimento e Lopes (1996) sobre gravidez na adolescência, segundo a qual uma das justificativas para o descuido na higiene bucal na gravidez foi a elevada presença de náuseas e vômitos, especialmente durante a escovação dentária.

A presença de náuseas e vômitos é primordialmente relacionada a fatores psicológicos, associados a alterações metabólicas. Entretanto, a hipersecreção salivar pode ser apontada como possível causa, pois a deglutição de quantidade maior de saliva pode ocasionar tais manifestações. (DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985; NEME, 2000; TIRELLI et al., 1999).

O ptialismo (secreção abundante de saliva) é ocasionado pelo estímulo do segundo e terceiro ramos do nervo trigêmeo. (DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985).

Entretanto, segundo Rezende (1982), não há evidência real de aumento da secreção salivar no período gestacional, embora a sialorréia (incapacidade de deglutição da saliva) seja comum na gestação, porque é difícil a gestante nauseada engolir sua saliva.

Náuseas e vômitos matutinos são causados pela perda do tono e da motilidade gástrica, aliados ao atraso no esvaziamento do estômago. Esse fenômeno ocorre em cerca de 50% das gestantes, limitando-se geralmente ao primeiro trimestre gestacional, sem causar distúrbios metabólicos (REZENDE, 1982).

Apenas os humanos, e nenhum outro animal, são acometidos pela emese gravídica, o que limita o entendimento da etiologia dessa patologia por meio de estudos experimentais (NEME, 2000).

Somente são motivos de preocupação os casos de hiperemese gravídica (DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985).

A emese gravídica (vômitos simples do início da gravidez) e a hiperemese (vômitos incoercíveis ou perniciosos da gravidez) são o mesmo processo, diferenciando-se apenas no grau, intensidade e repercussão clínica (REZENDE, 1982).

A hiperemese gravídica interfere na nutrição, leva a perda ponderal, afeta o equilíbrio de fluidos, eletrólitos e ácido-básico (NEME, 2000). Segundo esse autor, a hiperemese gravídica é encontrada principalmente em mulheres da civilização oriental, praticamente inexistente entre esquimós e tribos africanas, sugerindo que essa patologia possa estar relacionada a fatores socioeconômicos, hereditários ou dietéticos.

Múltiplas são as tentativas de explicação da patogenia da hiperemese gravídica, entre as causas citam-se: presença de toxinas, proteínas estranhas, reflexos originados do útero aumentado ou em órgãos digestivos, alterações hormonais especialmente das gonadotrofinas, neuroses e causas psicossomáticas. No entanto, nenhuma delas consegue revelar inteiramente a origem e a seqüência dos fatos (REZENDE, 1982).

O tratamento indicado para náuseas e vômitos no período gestacional é a psicoterapia de apoio, com explicação do caráter provisório do fenômeno. Falhando esse recurso, deve-se recorrer ao antieméticos, sem potencial teratogênico, como a metoclopramida (REZENDE, 1982).

5.4 Atenção Odontológica Durante a Gestação

Nesta categoria encontramos a maior diversidade de representações entre as entrevistadas dessa pesquisa.

A busca por atenção rotineira e sistemática durante a gestação foi percebida, apenas entre as usuárias do SUS, como continuidade da atenção prestada ou em função de atendimento odontológico oferecido durante o período gestacional.

[...] Aqui o atendimento é uma vez por ano. É aqui mesmo no posto. Comecei desde os sete anos. Continuei durante a gravidez... Vai até os vinte e um anos. Eu tenho vinte. O ano que vem pára... Fui atendida durante essa gravidez e da outra... (RS 1).

[...] Aqui é difícil até dentista... vou estar marcando... porque eu nunca passei por dentista aqui... então agora que eu vou começar a passar, porque agora eu estou na gestação, então agora eles atendem. Eles na atendem maiores de vinte e dois anos. Então daí eu vou ver hoje, vou ver tudo certinho com a médica hoje e com a dentista (RS 8).

O município de Londrina tem 52 UBS, sendo que 38 delas possuem clínicas odontológicas simplificadas (COS) (LONDRINA, 2003).

Na maioria das clínicas odontológicas é desenvolvida atenção odontológica destinada à população de zero a vinte e um anos. O município de Londrina possui também 11 equipes de saúde bucal, pertencentes ao Programa de Saúde da Família, quatro delas atuam em COS em que há também atendimento convencional.

No programa existente nas clínicas odontológicas convencionais a criança que ingressar até os quatorze anos de idade tem sua manutenção assegurada até os vinte e um anos, desde que não abandone o programa. Assim, gestantes jovens pertencentes a esse programa são atendidas normalmente durante

o período gestacional, valorizam tal atenção como parte de uma rotina praticada há anos.

Para gestantes não pertencentes a esse programa, as UBS que possuem COS oferecem atendimento odontológico durante a gestação para aquelas mulheres que realizam pré-natal local, disponibilizado por meio de encaminhamento escrito do obstetra para a odontologia da mesma UBS. Neste atendimento, a gestante recebe atenção odontológica durante o pré-natal e, caso necessário, no pós-parto até a conclusão das necessidades odontológicas possíveis de resolução por meio da atenção básica prestada pelas COS do município. Tal prática pode estar relacionada ao cumprimento de lei municipal número 5569 de 8/10/1993, que instituiu o atendimento odontológico para gestantes no serviço municipal de saúde.

Nessa representação, a busca da gestante pelo pré-natal odontológico parece estar bem mais relacionada à oportunidade de atenção específica, pois o baixo poder aquisitivo é limitador para a procura por essa atenção. Assim, a resolução de problemas odontológicos pré-existentes parece ser soberana sobre a valorização e a prevenção da saúde bucal no período gestacional, conforme ilustra a fala a seguir:

[...] Ah ... meus dentes... não nada tem para falar não eu estou bem. Estou fazendo tratamento na boca, mas estou contente agora porque a grávida tem o privilégio de ganhar tratamento de graça ... e é bem cuidado aqui (RS 5).

A expressão **a grávida tem o privilégio de ganhar tratamento de graça** revela a baixa condição econômica, a gravidez vista como oportunidade para resolver problemas odontológicos pré-existentes e o desconhecimento que a saúde é direito previsto na Constituição Brasileira. A necessidade, aliada à oportunidade,

muitas vezes é soberana sobre possíveis mitos e medos relacionados à atenção odontológica no período gestacional.

Essa representação também aponta a necessidade de planejamento e reavaliação do serviço em relação à atenção odontológica prestada, e a necessidade de ampliação do número de equipes existentes para melhorar a oferta e, por conseguinte, o acesso da população aos serviços.

Partindo-se do conceito que o SUS é um processo social em construção, no qual o campo da saúde necessita de vontade política, clareza estratégica, paciência histórica, competência técnica (MENDES, 1996), percebe-se que a experiência de Londrina é válida: soma esforços para a melhoria da integralidade da atenção no período gestacional, é multiprofissional e precisa avançar no sentido de tornar-se interdisciplinar.

Atuações multiprofissionais acontecem quando um conjunto de disciplinas desenvolvem ações, investigações e análises isoladas em torno de um tema, sem que se estabeleçam relações entre si. Apesar de proporcionar avanços na incorporação de múltiplas dimensões de um problema, é uma estratégia mais limitada, pois continuam a se produzir práticas fragmentadas (PORTO; ALMEIDA, 2002).

Segundo esses autores, a interdisciplinaridade está relacionada com a reunião de diferentes disciplinas, articuladas em torno de uma mesma temática, com diferentes níveis de integração.

O sucesso de um empreendimento interdisciplinar depende do diálogo, de marcos referenciais construídos e compartilhados entre os sujeitos envolvidos. Destacam que o simples juntar de pessoas com formações diferentes, sem as características mencionadas, pode trazer mais problemas que soluções para a

integração de conhecimentos e abordagens sobre determinado tema (PORTO; ALMEIDA, 2002).

Nessa representação, a realização de educação em saúde bucal da gestante pela equipe de enfermagem e pela equipe de odontologia parece simultânea, porém distintas e complementares, não fazendo parte de um planejamento único e interdisciplinar.

Assim, percebeu-se a necessidade de realização de trabalho interdisciplinar, com participação ativa do cirurgião-dentista na equipe de pré-natal, onde a educação e o cuidado da saúde bucal da gestante sejam praticados e apoiados em um saber interdisciplinar .

Para Nakama (1999) apostar na interdisciplinaridade significa defender um novo tipo de pessoa, mais aberta, flexível, solidária, democrática e crítica.

Para tanto, é necessário que o cirurgião-dentista seja despertado e motivado para o trabalho em equipe, bem como para o seu papel de educador em saúde (ROCHA, 1993). Segundo essa autora, a interação entre os diferentes profissionais igualaria conceitos, sendo um passo significativo para o atendimento integral e interdisciplinar da gestante.

Camargo (2004), em estudo para avaliar a percepção de cirurgiões-dentistas sobre o SUS, verificou que o SUS ainda é parcialmente reconhecido com referencial cognitivo e político ideológico para atenção odontológica.

Assim, acreditamos na importância de investimentos em educação permanente em saúde, pois mudanças de práticas e atitudes são possíveis por meio do conhecimento. Ninguém muda aquilo que não conhece.

No entanto, como já mencionado, é importante ressaltar que a representação aqui encontrada representa avanço na integralidade da atenção da

gestante. Além disso, essa prática, por contemplar a educação em saúde por meio de realizações de palestras para esse grupo populacional, pode auxiliar na promoção de saúde no recém-nascido e demais membros da família.

Os estudos de Rocha (1993) e Menino (1995), mostraram que a maioria das gestantes não recebeu nenhum tipo de orientação sobre saúde bucal no pré-natal.

Já o estudo de Tiveron, Sosígenes e Baussells (2001) no município de Adamantina – SP, constatou que, além das gestantes não terem recebido orientações sobre odontologia na gestação, não foram informadas sobre os cuidados necessários para manutenção da saúde bucal do bebê.

Por outro lado, Silva, Lopes e Menezes (1999) em pesquisa com gestantes do município de Curitiba - PR, assim como encontrado nessa representação, constataram que a população estudada apresenta boa valorização da saúde bucal, que a maioria das gestantes recebeu informações de profissionais da área sobre prevenção de lesões de cáries, mostrando-se seguras e bem informadas sobre os cuidados com a saúde do bebê.

Essa representação é diferente da encontrada por Bernd et al. (1992), em pesquisa realizada com gestantes do Valão – RS, onde se constatou que, apesar de toda a facilidade para marcação de consultas no pré-natal odontológico, poucas gestantes procuraram o serviço.

- Atenção odontológica programada exceto durante o período gestacional

*[...] Bom como eu te falei, eu vou uma vez por ano no dentista....Sempre vou. Acredito que os meus dentes estejam sempre bem tratados.
E como eu te falei, se de repente eu tivesse algum problema e meu médico tivesse ciente que eu vou ter que fazer esse tratamento,*

dependendo do tratamento e ele me liberasse eu faria numa boa. Não teria porque de não estar fazendo. Agora, se eu pudesse adiar, eu adiaría (RC 1).

[...] Se eu tiver algum problema odontológico durante a gravidez, que nem eu te falei: Vou procurar o meu médico que está me acompanhando para ver se eu posso fazer ou não. Se o médico autorizar eu vou fazer. (RC 9).

[...] Lógico que você tem que ir todo ano no dentista. Acho que quando você está na gestação acho que é bem interessante você ir para ver o estado dos seus dentes. Como eu te falei, não gosto de ir ao dentista, mas vou uma vez por ano. Então já antes de engravidar eu já tinha ido, então não fui (RC 1).

Nessa representação, encontrada apenas entre as gestantes assistidas por convênio, percebeu-se a cultura de manutenções periódicas e programadas. Entretanto, no período gestacional verifica-se a tendência de postergar o atendimento para o pós-parto, sempre muito atrelado à opinião do médico e voltado, quando necessário, para o atendimento emergencial.

Outro aspecto interessante identificado nessa representação é a valorização da atenção odontológica, manifestada por meio da referência à realização de manutenções anuais. Todavia, não se percebeu a necessidade e conseqüente busca pelo atendimento odontológico no período gestacional. Tal conduta pode estar relacionada à falta de segurança e/ou informação sobre atenção odontológica durante a gestação, ou relacionada a aspectos culturais, medos, mitos que contra-indicam a atenção desse período.

Entretanto, anotações no caderno de campo indicam que essa representação parece bem mais atrelada à boa condição bucal das gestantes, as quais não sentem necessidade de procurar atenção nesse período, em função das manutenções realizadas rotineiramente, e também devido à condição econômica que oportuniza revisões odontológicas programadas, rotineiras e sistemáticas. Desta

forma, o pré-natal não é tido como **oportunidade** para o acesso à atenção odontológica.

Segundo Bernd et al. (1992), há dois níveis de dificuldades que devem ser superadas para a procura pelo dentista durante a gravidez. O primeiro é interno, subjetivo e diz respeito a medos, traumas, e fantasias, o qual parece estar mais próximo dessa representação. O segundo é externo, objetivo e se relaciona com dificuldades de marcação de consultas, esperas prolongadas e interferência no cotidiano. Essas características parecem não ter relação com essa representação, porque nas falas foram relatadas revisões anuais incorporadas na rotina das mulheres, quando não-grávidas.

Um dos motivos para a não-procura pelo atendimento odontológico durante a gravidez é a crença na impossibilidade de tal atenção, derivada do medo que tal intervenção possa fazer mal à mãe e ao feto (OLIVEIRA, 2002).

Pode estar relacionada à insegurança quanto à indicação dessa prática, existência de barreiras relacionadas à baixa percepção de necessidades, entre as quais a falta de interesse, a preguiça, o comodismo, o esquecimento, ao fato de não gostar de dentista ou nem pensar em ir ao dentista durante a gravidez (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004).

Essas autoras reforçam a idéia que a crença cultural na impossibilidade de tratamento odontológico durante a gravidez, manifestada através de relatos de familiares, amigos e até mesmo de profissionais de saúde, ainda é fortemente disseminada.

Neste sentido, Iusem (1949) relata que a não-procura por atendimento odontológico durante a gravidez está relacionada a fatores psicológicos como o medo e a emotividade.

Assim, fatores culturais ainda arraigados em boa parte da população sugerem que a gestante não possa ser submetida ao atendimento odontológico, entretanto há necessidade de manutenção da saúde bucal não só no período gestacional como em qualquer outra fase da vida da mulher (MEDEIROS, 1993).

Percebeu-se nessa representação abertura para resolução de possíveis problemas bucais imediatos e inadiáveis, desde que autorizados pelo médico, o qual parece ter papel central na orientação e no consentimento para a procura por atenção odontológica durante o pré-natal .

Os profissionais da área médica, especialmente os ginecologistas e os pediatras, exercem papel fundamental para assegurar que a gestante receba tratamento odontológico. Esse fato é atribuído à confiança depositada na opinião do médico que a assiste (KONISHI; LIMA, 2002). Ainda segundo esses autores, é de fundamental importância que o cirurgião-dentista procure uma aproximação com esses profissionais.

A necessidade de comunicação entre esses profissionais é devido à pequena confiança que os dentistas têm para a realização de tratamentos em grávidas, e também relacionada ao desconhecimento médico sobre os procedimentos odontológicos (DIAZ et al., 1998).

Consideramos fundamental a interação entre o dentista e o obstetra, pois leva a um saber interdisciplinar. Entretanto, é indispensável que o dentista tenha conhecimento e firmeza satisfatórios para a realização dessa atenção, obtida por meio da educação permanente e/ou continuada, pois ele é o responsável direto por tais procedimentos, pois o **fazer** é uniprofissional.

Essa representação também parece guardar relação com aspectos encontrados por Rocha (1993), em pesquisa com gestantes no município de

Salvador - BA, na qual verificou-se que as gestantes não procuraram atenção odontológica por medo de se prejudicar ou prejudicar o bebê, e que a busca por atenção odontológica durante o período gestacional não era prioritário. Entretanto, os achados dessa autora são antagônicos a essa representação por nós encontrada, porque na pesquisa de Rocha as gestantes não procuravam atendimento mesmo quando estavam presentes necessidades como sangramento gengival, cárie e dor, nem foi mencionado, pelas gestantes, a procura pelo médico para orientações.

O fenômeno encontrado nessa representação parece guardar algumas semelhanças com o encontrado por Menino (1995), em estudo sobre necessidades de saúde bucal em gestantes do município de Bauru - SP, no qual a maioria das gestantes não procurou o cirurgião-dentista, alegando que não precisaram, seguidas pelo fato de estarem grávidas, e uma minoria por não terem condições financeiras, concluindo essa autora, que há certa resistência da gestante em procurar atendimento odontológico durante a gravidez.

- Atenção rotineira e sistemática independente da presença ou não da gravidez

*[...] Eu sempre mantive revisão anual no dentista, mas nunca associei com gravidez.
Eu faço sempre em abril. Tenho retorno uma vez por ano, independentemente de estar grávida ou não (RC 6).*

O hábito de revisões periódicas é nítido nessa representação, independente do estado fisiológico. Acreditamos que tal conduta esteja relacionada à ausência de medos ou tabus em relação à atenção odontológica durante a gravidez, aliada à valorização da saúde bucal em qualquer fase da vida.

- Atenção odontológica esporádica e emergencial na gestação

A procura por atenção odontológica no período gestacional parece relacionada a situações emergenciais, que envolvam processos dolorosos, não tendo sido percebida a cultura de atenção odontológica programada mesmo em outras fases da vida.

[...] Eu acho que toda gestante deve procurar o dentista e fazer uma revisão, é... principalmente antes de engravidar e, engravidando, se tiver algum problema porque a gente está sujeito, deve procurá-la e tratar. Não ficar com dor... Eu acho que faz mais mal (a dor) do que você não tratar na gestação. Eu acho que se você tratar na gestação é bem menos mal (RC 2).

[...] Se a grávida tiver alguma intercorrência bucal, ela tem que fazer tratamento.....nove meses de gestação, dia e noite sentindo dor de dente? Ninguém agüenta (RC 3).

Com isso, outras condições odontológicas de importante controle durante o período gestacional, que muitas vezes não envolvem processos dolorosos, deixam de ser realizadas, principalmente as periodontopatias leves e o controle de placa.

As doenças periodontais podem funcionar como fatores de risco para doenças sistêmicas. Além disso, estudos mostram associação entre presença de problemas periodontais na gestante com partos prematuros e nascimentos de bebês com baixo peso (BRUNETTI, 2002; LOURO; FIORI, 2001; MOKEEN; MOLLA, 2004; SILVA, 2002).

Acreditamos que o atendimento de necessidades odontológicas das gestantes deve ser praticado, estimulado por meio de esclarecimentos realizados pelos profissionais de saúde. O atendimento emergencial, apenas para minimizar processos dolorosos, é uma prática inadequada e denota falta de informações.

Entretanto, o bom senso profissional deve ser soberano para definir quais são os procedimentos que necessitam de resolução no período gestacional.

Um outro aspecto favorável à prática de atenção odontológica no período gestacional, além da promoção de saúde bucal da futura mãe, é a possibilidade de minimizar a transmissão de microorganismos patogênicos da mãe para a criança após o nascimento, obtendo-se assim prevenção primária das principais doenças bucais (ROSELL; MONTANDON; VALSECK JR, 1999).

- Atenção odontológica é desnecessária durante a gestação

[...] não faço tratamento em mim. Não em mim não. Porque eu faço prevenção em mim, sei usar corretamente a escova, sei usar corretamente fio dental, sei fazer a higiene da língua. Então eu não preciso de um dentista para fazer isso pra mim. Eu acho que como eu tenho um conhecimento específico dessa área, sei tomar os cuidados que preciso tomar pra ter um grau de higiene melhor (RC 3).

A atenção odontológica é aqui percebida como desnecessária, pois o conhecimento e a realização de medidas preventivas pela própria gestante são consideradas suficientes para a manutenção da saúde bucal.

Esta representação mostra a situação ideal de auto-cuidado bucal no período gestacional. O conhecimento profundo, aliado à prática rotineira e sistemática de higienização bucal, independente do estado fisiológico em que se encontre a mulher é sem dúvida condição almejada para toda a sociedade, porque leva a melhores condições buco-dentais na população. O adequado auto-cuidado bucal só não é resolutivo quando existem necessidades odontológicas curativas pré-existentes, nas quais é indispensável a intervenção do odontólogo.

- Qualquer tratamento é possível na gestação

[...] Eu acho que sim, a grávida pode fazer tratamento odontológico. Não tem problema nenhum. Eu acho que o tratamento dos dentes tem que ser normal... independente da gestação ou não (RS 8).

Nesta entrevista é aceita a possibilidade de realização de qualquer tipo de tratamento durante a gestação, similar ao realizado em qualquer outra fase da vida.

Segundo Littner et al. (1984), a atenção odontológica à gestante pode ser realizada em qualquer período gestacional, inclusive intervenções cirúrgicas em caso de urgências. Para isso, é necessária a realização de anamnese completa da paciente e, em caso de dúvidas, devem ser trocadas informações com o médico sobre o estado de saúde geral da gestante. (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

É muito mais nociva para a saúde da futura mãe a omissão do que a resolução das necessidades odontológicas da gestante (IUSEN, 1949).

Por outro lado, Pinto (1992) salienta que o tratamento odontológico deve ser mais restrito, limitando-se especialmente à profilaxia e atenção de urgência, visando eliminar estados dolorosos e infecciosos, superação de mitos e crenças prejudiciais sob o ponto de vista da saúde bucal, desde que respeitados os costumes e padrões locais.

É fato que muitos profissionais preferem se esquivar do atendimento odontológico à gestante, principalmente no primeiro trimestre, com receio de serem responsabilizados por possíveis fatalidades ocorridas com o bebê. Não se pode negar que, em tais situações, sempre existe a busca por um culpado, e com isso a possibilidade de responsabilização do dentista (SILVA, 2002).

Acreditamos que o planejamento da atenção mais adequado deve ser desenvolvido por meio da interação rotineira entre os diversos profissionais

envolvidos na atenção à gestante, com trocas de saberes e informações sobre a saúde da gestante e não somente em caso de dúvidas.

Defendemos **equilíbrio** como palavra de ordem para a atenção odontológica durante o pré-natal, que o cirurgião-dentista, por meio de conhecimento técnico satisfatório e atualizado, tenha bom senso para discernir quais intervenções odontológicas são importantes, portanto, de execução necessária, e quais podem ser realizadas no pós-parto, por não serem urgentes, porque não trazem benefícios imediatos e inadiáveis para a gestante.

Nos sujeitos de pesquisa, encontramos diversidade de opiniões em relação aos períodos considerados adequados para a atenção odontológica durante a gestação, sugerindo desconhecimento e insegurança desse grupo em relação a períodos ideais para atenção odontológica durante a gravidez:

- Período ideal: antes de engravidar

[...] é melhor tratar antes de engravidar... porque tem muita gente que não prepara a gravidez... a minha foi preparada... então antes da gravidez (RC 8).

- Período ideal: qualquer época

[...] Não tem época para tratar. É difícil responder. É a minha primeira gravidez. Penso que durante toda a gravidez (RC 9).

- Período ideal: no início da gravidez ou o ideal para cada gestante

[...] eu acho que é melhor tratar no começo. Ah... do primeiro ao terceiro, porque como eu te falei tem pessoas que passam mal realmente, que não conseguem, que têm muita ansia e enjôo. Então para essas pessoas, eu acredito que teria que ser depois do quarto mês, devido ao estado delas. Agora, no meu caso, como eu não passo mal nas minhas gestações, no primeiro,

segundo mês, indiferente... eu acredito que vai de cada pessoa (RC 1).

- Período ideal: apenas no segundo trimestre

[...] o dentista , só que ele não aconselha até o terceiro mês, devido estar dando anestesia e essas coisas e também depois do sexto mês. Mas no intervalo de 3 a 6 meses ele falou que não teria problema nenhum, eu poderia estar tratando... no quarto e quinto mês poderia estar fazendo tratamento (RS 2).

- Período ideal: no segundo trimestre até o início do terceiro

*[...] Acredito que pode tratar depois do terceiro, quarto mês... Acho que até uns oito meses... que depois no final também já se torna uma coisa mais sensível também é pedido para evitar algumas coisas.
Que coisas?
Os médicos sempre pedem para evitar alguma coisa meio brusca, entendeu? Porque tem o parto... (RC 9).*

- Período ideal: a partir do segundo trimestre

[...] A gestante pode receber tratamento odontológico depois do terceiro, quarto mês... que daí o bebê está mais fortinho, então acho que não tem tanto perigo (RS 4).

Não existem períodos gestacionais proibidos para tratamento odontológico durante o período gestacional (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

O segundo trimestre é o período mais seguro para realização de tratamento odontológico. Nele, o organismo materno está mais estável fisiológica e emocionalmente, considerado, portanto, a época mais propícia para o tratamento odontológico (CHIDO; ROSENSTEIN, 1985; DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985; FIESE; HERZOG, 1988; LITTNER et al., 1984; MACHUCA et al., 1999; MOREIRA; VALBÃO JÚNIOR, 1993; SCAVUZZI; ROCHA, 1999; SCHWARTZ, M.; HOLMES; SCHWARTZ, S., 1987).

No primeiro trimestre, a ocorrência de náuseas e vômitos pode tornar dificultar as intervenções clínicas (FIESE; HERZOG, 1988; SCHWARTZ, M.; HOLMES; SCHWARTZ, S., 1987). Nessa época, o organismo da mulher sofre alterações e há maior probabilidade de abortos espontâneos (ARMONIA; TORTAMANO, 1995).

Entretanto, consultas estressantes, longas e procedimentos cirúrgicos devem ser adiados para o pós-parto (CARRANZA; NEWMAN,1997; TIRELLI et al. ,1999).

Segundo Correa, Andrade e Volpato (2003) deve-se evitar o tratamento odontológico no primeiro e no terceiro trimestre de gestação, porque no primeiro trimestre ocorre a organogênese e maior probabilidade de abortos espontâneos.

Em relação ao terceiro trimestre, segundo esses autores, há aumento da freqüência urinária, edema nas pernas, hipotensão postural da gestante, além do desconforto na posição supina, devido à compressão causada pelo feto aos órgãos abdominais. Nesse trimestre, existe a possibilidade da ocorrência da síndrome da hipotensão supina (CHIODO; ROSENSTEIN,1985; FIESE; HERZOG, 1988; LITTNER et al., 1984; SCHWARTZ, M.; HOLMES; SCHWARTZ, S., 1987). Outros fenômenos que podem ser observados no terceiro trimestre são a dispnéia, ocasionada pela pressão do conteúdo abdominal no diafragma e o aumento da freqüência urinária ocasionada pelo aumento do volume uterino (SCHWARTZ, M.; HOLMES; SCHWARTZ, S., 1987).

Parece consenso entre os pesquisadores a necessidade de realização de intervenções emergenciais, em qualquer fase da gestação, porque o estresse gerado pela dor e o risco de disseminação de uma infecção não tratada, podem trazer bem mais prejuízos para a mãe e ao feto (CHIODO; ROSENSTEIN, 1985;

FIGEISE; HERZOG; 1988; LITTNER et al., 1984; SCAVUZZI; ROCHA, 1999; SCHWARTZ, M.; HOLMES; SCHWARTZ, S., 1987). Somado ao fato que a septicemia é considerada teratogênica (CHIODO; ROSENSTEIN, 1985).

Uma terceira opinião encontrada é a de Dualibi, S. e Duailibi, M. (1985), segundo a qual, pode-se executar qualquer procedimento clínico odontológico, em qualquer fase da gestação, desde que realizados em sessões curtas (máximo de meia hora) e com uso criterioso de medicamentos e anestesia.

As consultas prolongadas devem ser evitadas, principalmente devido à possibilidade da ocorrência de hipotensão supina e hipóxia, especialmente na segunda metade da gravidez, quando o útero apresenta volume bastante aumentado (TIRELLI et al., 1999). Segundo esses autores, a posição supina, especialmente no terceiro trimestre pode, por compressão, causar obstrução parcial ou completa da veia cava. A redução no retorno do suprimento cardíaco reduz a pressão sanguínea e a circulação útero-placentária, representando perigo para o feto.

Tirelli et al. (1999) salientam ainda que a manutenção da posição supina pode causar nas gestantes sintomas de insuficiência respiratória, como hipotensão, taquicardia e síncope. Ressaltam os autores que pode haver perigo para o feto, mesmo na ausência de sintomas maternos. Esse fenômeno é conhecido como síndrome da hipotensão supina ou da veia cava.

Na segunda metade da gestação algum grau de compressão na veia cava superior ocorre em todas as mulheres colocadas em decúbito dorsal. Cerca de 8% delas experimentam queda maior ou igual da pressão sistólica. Após 4-5 minutos sobrevém a bradicardia e a síndrome da hipotensão supina (REZENDE, 2000).

Assim, parece-nos ideal que o tratamento odontológico no período gestacional seja realizado no segundo trimestre, por ser o período mais estável da gravidez, sendo prudente não realizar procedimentos extensos durante as primeiras e últimas semanas do período gestacional. As emergências devem ser resolvidas em qualquer fase da gravidez.

- Há restrições de tratamento durante a gravidez.

Algumas representações apontaram a existência de restrições ao tratamento odontológico durante a gestação, ao mesmo tempo em que demonstraram insegurança sobre quais tipos de intervenções são possíveis nesse período.

- Restrições relacionadas ao risco de exodontias seguidas de hemorragia

[...] Acho que a grávida pode fazer limpeza... De extração acho que não, mas limpeza, aquela higiene que eles fazem no dentista sim... (RS 10).

*[...] A grávida não pode arrancar dente... Ela pode fazer raspagem, pode limpar.... Acho que não pode arrancar.
Pela hemorragia... É perigoso.
Ah... é perigoso para o bebê (RS 1).*

Essas falas relataram a impossibilidade de realização de exodontias no período gestacional, devido a supostos perigos para o bebê. Mais uma vez a cultura popular apareceu como fator limitante para a atenção odontológica nesse período.

Essa representação parece guardar relação com a encontrada por Bernd et al. (1992), na qual foi referida a possibilidade do tratamento odontológico durante a gravidez causar hemorragia e conseqüentes danos ao feto.

Percepções com relação à cultura popular que relacionam tratamentos odontológicos e possíveis danos à criança também foram relatados por outros autores (IUSEN, 1949; KONISHI, 1995; LITTNER et al., 1984; ROCHA, 1993; SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1999).

Assim, fatores psicológicos como a emotividade, o medo e a crença, transmitidos de geração a geração, interferem negativamente na resolutividade de necessidades odontológicas, muitas delas emergenciais e, portanto, com necessidade de resolução imediata.

Segundo Trench apud Iusen (1949) a gestação normal não constitui contra-indicação para exodontias, as quais podem ser realizadas em qualquer época da gestação ou da amamentação.

Por outro lado, segundo Silva (2002) as cirurgias buco-maxilo-faciais devem ser eletivas e aqueles casos que não apresentarem dor, inflamação ou infecção devem ser postergados para após o nascimento do bebê.

Concordamos com esse autor, por acreditarmos que o principal papel do cirurgião-dentista no período gestacional é atuar na promoção da saúde por meio de práticas preventivas e, quando necessário, intervenções curativas que levem a diminuição da placa bacteriana.

Deste modo, pode-se desmistificar conceitos e práticas inadequadas, estimular a adoção de práticas preventivas, cujos benefícios contemplarão o binômio mãe-filho. Intervenções curativas são indicadas, quando necessárias e inadiáveis, para a melhoria das condições bucais da gestante. Emergências com processos

dolorosos, infecto-contagiosos devem ser resolvidas em qualquer trimestre da gravidez pois, além de prevenirem o aparecimento de complicações mais graves, minimizam o estresse e a ansiedade da gestante.

- Restrições relacionadas a períodos da gestação que permitem uso de anestesia

Algumas representações mencionaram a impossibilidade de tratamento odontológico, em determinados períodos da gravidez, que envolva a utilização de anestesia.

Chama especial atenção a referência à contra-indicação de anestesia nos três primeiros meses de gestação, proferida por profissionais da área de saúde:

[...] A gestante pode receber tratamento odontológico durante a gravidez. Com certeza deve fazer. Os três primeiros meses são meio complicados... porque não pode tomar anestesia ... tem anestesia que não pode dar, o médico falou para mim... ele foi dar um aparte com o meu dentista.... tem anestesia que não pode tomar, não pode fazer extração porque dá hemorragia, mas depois que passam os três primeiros meses é tranquilo... até tem o nome da anestesia que pode dar.

Nos três primeiros meses não dá para fazer tratamento. Só uma limpeza, assim... não dá para fazer nada porque tem que tomar anestesia, porque... bom isso é o que eles me falaram... que é arriscado por causa da criança.

Depois dos três meses aí pode tomar, mas tem a anestesia certa... não sei se é sem adrenalina, não sei. O médico escreveu uma carta para o dentista e eu usei (RS 5).

Entretanto, mesmo com experiência positiva e receptividade à anestesia durante o período gestacional, a fala abaixo revela interrupção da atenção odontológica no período gestacional, por orientação profissional:

[...] Ah, eu acho assim, se a anestesia, tivesse que fazer mal, teria feito nos outros meses...

Porque eu levei anestesia, fiz tratamento nos outros meses, levei anestesia, mas ela (a dentista) me orientou para parar, então eu parei (RS 7).

A anestesia é possível em qualquer período gestacional, entretanto o que leva profissionais a contra-indicá-la?

Medo de possíveis, embora sem embasamento científico, responsabilizações sobre más-formações do feto?

Falta de conhecimento técnico-científico?

Falta de educação permanente e / ou continuada na área de atuação?

O trabalho de Cozzupoli (1981), com gestantes do município de São Paulo - SP, concluiu que gestantes que venceram o temor à atenção odontológica na gravidez e procuraram os profissionais responsáveis, encontraram quase sempre recusa por parte desses profissionais.

Resultado semelhante foi encontrado por Rocha (1993), em pesquisa com gestantes do município de Salvador - BA, na qual também se percebeu recusa por parte do dentista em realizar tratamento odontológico durante a gestação.

Já o estudo de Costa, Saliba e Moreira (2002), sobre atenção odontológica na concepção de médico-dentista-paciente, mostrou que o grupo do dentista é o que tem mais preconceitos em relação ao tratamento odontológico da grávida, apontando a necessidade de atualização de conhecimentos desses profissionais.

A profissão odontológica no Brasil tem falhado ao não adotar postura firme e segura em relação aos cuidados que devem ser oferecidos à gestante, talvez oriundos de um desmedido academicismo (NARVAI, 1984).

Segundo Castro, Menezes e Pordeus (2002), em função das controvérsias existentes em torno do tipo de anestésico local adequado para o

atendimento odontológico de gestantes, muitos profissionais ficam apreensivos e inseguros sobre a sua utilização, e por isso postergam para o pós-parto, inclusive, o tratamento odontológico emergencial de gestantes.

Evitar a dor é a regra principal para atender com êxito as gestantes (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

É bem claro que a gravidez não constitui estado de contra-indicação para anestesia local. Muitas vezes, o profissional a evita no primeiro trimestre da gestação, mais em relação à intervenção cirúrgica do que em relação à anestesia em si (SILVA, 1990).

O estresse causado pela dor e pela ansiedade pode ser mais lesivo à mãe e ao feto do que o uso de soluções anestésicas contendo vasoconstritores, pois a adrenalina e a noradrenalina (vasoconstritores mais utilizados) são hormônios produzidos naturalmente pelo organismo, estando sempre presentes na corrente circulatória, em maior ou menor concentração. Em situações estressantes, a quantidade de liberação dessas substâncias pode aumentar em até quarenta vezes, quando comparadas aos níveis de repouso (CORREA; ANDRADE; VOLPATO, 2003).

Segundo Littner et al. (1984), algum tipo de anestesia deve ser utilizada na gestante, em todos os procedimentos odontológicos, para evitar o estresse .

Quando há necessidade de anestesia, é importante que o dentista realize esclarecimentos prévios à gestante, e, desta forma, contribua para a eliminação de dúvidas sobre tal prática. Para isso, é necessário que o cirurgião-dentista tenha embasamento científico atualizado sobre o assunto, que possibilite

desfazer possíveis mitos e medos relacionados à anestesia e, deste modo, não contribua para fortalecê-los .

Outro aspecto identificado é a referência à possibilidade de anestesia no período gestacional:

[...] Eu acredito que não tem nada a ver. Acho que anestesia não tem problema não... eu acho que dá... assim eu acho... Que não interfere em nada (RC 1).

Os anestésicos locais são amplamente utilizados na prática odontológica, considerados seguros para uso durante a gestação, desde que utilizados em doses terapêuticas (FIEZE; HERZOG, 1988; SCHWARTZ, M.; HOLMES; SCHWARTZ, S., 1987).

Outras falas expressaram que a administração de anestesia é prejudicial na gravidez. Observa-se, nessas falas, a percepção que a administração de anestesia odontológica no período gestacional pode ser prejudicial para o bebê, e, portanto, contra-indicada:

*[..] Ah, eu tenho um pouco de medo de anestesia... ouvi falar que não pode...que é perigoso... não sei porque...
Escuto falar que se a gente tomar anestesia durante a gravidez é perigoso dar má-formação do bebê (RS 4).*

[...] Ah, eu sinceramente preferia não estar fazendo tratamento, porque quando é extração de 3^{os} molares eu tenho um pouquinho de medo de estar afetando o bebê, o desenvolvimento do bebê, eu falo assim se não precisasse de anestesia eu acho que não teria problema nenhum... mas como é anestesia eu tenho um pouquinho de medo (RS 2).

*[...] Não, anestesia não. Eu acho. Não tenho certeza. Acho que anestesia não.
De ouvir dizer também. De ouvir dizer que não pode, então a gente evita... Não sei se faz bem... pro neném eu não tomaria... não sei como é que é... se pode... se tem alguma coisa específica para gestante (RC 4).*

Mais uma vez nessa pesquisa, encontramos mitos e medos sem embasamento científico, mesmo em situações em que as gestantes desconheciam o porquê de tal prática, ou seja, contentavam-se apenas com a explicação do **ouvir dizer que não pode** .

- Possibilidade ou não de RX na gestação

Algumas representações de gestantes mencionaram a possibilidade de tomada radiográfica durante o período gestacional:

[...] Eu tiraria RX sem dúvida, em mim eu tiraria (RC 3)

[...] Eu acho que sim... que pode RX. Tranquilo... (RC 9)

Porém, percebeu-se em algumas falas o medo e a tendência de evitar a tomada radiográfica.

[...] Eu acho assim que a radiação é muito pequena... eu acho que não causaria problema. Se precisasse eu tiraria. Eu tiraria RX. Sem medo. Mas é o que eu te falei, eu prefiro evitar tudo, porque a gente tem aquele receio... mas se precisar eu tiro (RC 2).

Quando necessárias, as tomadas radiográficas podem ser realizadas no período gestacional, utilizando-se os meios disponíveis para proteção da mãe e do feto, como uso de filme ultra-rápidos, diafragma, filtros de alumínio, localizadores e avental de chumbo, pois a quantidade de radiação utilizada e o tempo de exposição são pequenos, o tamanho do raio é curto e não direcionado para o abdome (CHIODO; ROSENSTEIN, 1985; LITTNER et al., 1984; SCHWARTZ, M.; HOLMES; SCHAWARZ, S., 1987).

Um exame radiográfico dental com filme intra-oral expõe o feto de uma paciente grávida, não protegida pelo avental plumbífero, a menos de 10 millrads, sendo a dose de 10 rads considerada de risco para o feto (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

Assim, segundo essas autoras, se forem tomadas precauções tais como: proteção do abdome com avental de chumbo, evitar repetições por erro de técnica, uso de filmes ultra-rápidos e com pequenos tempos de exposição, as radiografias podem ser feitas com segurança, mesmo no primeiro trimestre da gestação.

A gestante deve estar protegida com avental plumbífero até a região das gônadas e também utilizar protetor de tireóide de chumbo (SILVA, 2002). Segundo esse autor, para qualquer paciente o avental deve ter no mínimo o equivalente a 0,25 mm de chumbo e o aparelho de RX calibrado de acordo com as normas exigidas para que se obtenha uma exposição mínima ao RX.

Por outro lado, Littner et al. (1984) recomendam que a tomada radiográfica seja evitada no primeiro trimestre gestacional. Tal conduta é aconselhada em função da embriogênese (KONISHI, 1995).

Segundo Carranza e Newman (1997), o ideal é que não haja tomada radiográfica no período gestacional, exceto em situações emergenciais.

Desta forma, nos parece lícito afirmar que é possível a tomada radiográfica no período gestacional, sem riscos para a formação do bebê, devido à pequena exposição ao RX. Entretanto, o exame radiográfico deve ser solicitado apenas quando indispensável ao diagnóstico ou à orientação terapêutica, sempre procedido dos cuidados e proteções necessárias.

Outras representações apontaram a contra-indicação de RX no período gestacional, conforme ilustram as falas:

*[...] Não, do que eu conheço não pode tirar RX
Pelo que eu sei é assim, o RX pode prejudicar muito o neném...
Então quando a gente vai tirar RX eles pedem para estar avisando
se está grávida ou não pra não prejudicar o neném . (RS 8)*

*[...] Ah, eu sou contra RX na gravidez... Porque a gente... é a gente
ouve falar por aí, os médicos mesmo falam que raio X não... em
mulher grávida, não... não se deve tirar. Então eu sou contra.
Ah, eu penso que pode afetar a formação do bebê... Porque se os
médicos alertam que não, que mulher grávida não pode estar
chegando perto de RX. Eu não tenho, assim muito
conhecimento...Mas eu penso que não pode fazer isso devido afetar
a formação do bebê.
Eu não tiraria RX, não, não (RS 3).*

*[...] Não faria RX ... não faria...porque é radiação...
Penso que poderia passar para o bebê... radiação... e pode afetar
algum desenvolvimento, o crescimento dele... então se fosse comigo
eu não tiraria (RC 8).*

Nesses relatos, a tomada radiográfica é percebida como contra-indicada no período gestacional, pela possibilidade de causar mal ao feto.

Esse fenômeno parece estar relacionado a mitos pessoais, bem como a mitos transmitidos por profissionais, tudo isso somado à falta de conhecimentos sobre o assunto.

A crença popular que mulheres grávidas não podem receber tratamento odontológico, devido à possibilidade de prejudicar a gestante e/ou feto, ainda hoje é bastante arraigada (COZZUPOLI, 1981; MENINO, 1995; ROCHA, 1993; SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

Na gravidez não é contra-indicado o uso de radiação, embora grandes exposições de raio X possam levar a alterações no desenvolvimento, mutações e lesões no sistema nervo do embrião ou do feto (DUAILIBI, S.; DUAILIBI, M., 1985).

Mais uma vez, é importante ressaltar que a quantidade de radiação necessária para produzir diagnóstico no tratamento dentário é segura e inofensiva, desde que o dentista estabeleça as precauções necessárias (LITTNER et al., 1984).

Entretanto, verifica-se que os cirurgiões-dentistas evitam tratamentos endodônticos, cirurgias e todos os procedimentos que necessitam uso de RX no período gestacional (GRAÇA, 1988).

Assim, conhecedores ou não da segurança de tomada radiográfica no período gestacional, os cirurgiões-dentistas preferem não tirá-lo, talvez como forma de auto-proteção e respaldo contra possíveis responsabilizações judiciais por problemas relacionados ao nascimento e/ou condições de saúde da criança, ou mesmo pela presença de mitos pessoais sobre a tomada radiográfica no período gestacional.

- Restrições medicamentosas na gravidez

[...] Faria tratamento, desde que não tivesse nenhum risco para o bebê.

Tipo... não sei, alguma medicação (RC 9).

[...] Porque tem coisas que podem esperar... então tem certas coisas que você pode esperar o bebê nascer...

Assim se ele (CD) falasse que o tratamento teria que tomar um antiinflamatório que nem, por exemplo, um canal... que está inflamado pra mexer. Então nesse caso eu aguardaria ou então teria que perguntar para o meu médico... eu prefiro aguardar...

Depende do antiinflamatório pode... e os meses que você está de gravidez, você não pode tomar... que nem nos três primeiros não é aconselhável tomar... depois dos três meses acho que o médico libera.

É mais o antiinflamatório... porque se for analgésico alguma coisa... Tylenol eu já tomei durante a gravidez agora assim remédio mais forte então eu não arriscaria... um pouco de medo... pode até ser que eu pudesse tomar, mas isso é psicológico também...

Tenho medo sei lá, que desse problema... porque o remédio... às vezes nem é o remédio, mas depois que o bebê nasce, você fica

pensando: será que não é o remédio que eu tomei? Entendeu? Digamos que ... se nascesse com algum problema... alguma coisa... que seja assim... a consciência fica pesada (RC 9).

Algumas entrevistadas demonstraram receio de medicação durante a gravidez, com medo de possíveis riscos e seqüelas para o bebê.

Essa percepção de medo em relação a efeitos medicamentosos adversos, embora pareça não muito bem compreendida pelas gestantes, tem embasamento científico, porque existem medicamentos reconhecidamente teratogênicos e prejudiciais ao bebê, conforme já discutido nessa pesquisa. Há, portanto, necessidade de cuidados especiais com a administração de medicamentos no período gestacional.

5.5 Como as Gestantes Resolvem seus Problemas de Saúde Bucal

- Não resolve, não trata

[...] Se eu tiver algum problema odontológico durante a gravidez, eu vou resolver primeiro a gravidez, depois resolvo os dentes. Espero. Se esse problema fosse dor, eu iria atrás da ginecologista para saber que remédio eu poderia tomar para aliviar a dor, mas eu não faço tratamento, ser mãe é padecer no paraíso (RC 10).

Nessa entrevista, observa-se referência à gravidez e a atenção odontológica como situações distintas e hierarquizadas: primeiro resolve-se a gravidez, e no pós-parto a necessidade odontológica. A única possibilidade relatada é busca por medicação paliativa para a dor, sem atenção odontológica simultânea ao pré-natal.

Tal representação pode estar associada à presença de mitos e medos fortemente arraigados, onde a atenção odontológica durante a gravidez é vista como contra-indicada e prejudicial ao bebê.

Essa representação guarda relação com os achados de Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004), Bernd et al. (1992), Rocha (1993), segundo os quais se verificou que a cultura popular contra-indica atenção odontológica durante o pré-natal, pela possibilidade de causar danos ao bebê.

Por outro lado, a pesquisa de Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004), em Pernambuco, encontrou relação entre crenças populares, que desaconselham a procura pelo atendimento odontológico durante a gravidez, com barreiras peculiares à condição social dessas gestantes.

Entretanto, na representação aqui relatada, não se percebeu a influência da baixa condição social, como fator limitante para a não-procura por atenção odontológica no período gestacional.

- Procura pela UBS

[...] Então se por acaso vem uma dor de dente, alguma coisa, eu vou correr no posto, explicar o meu problema (RS 1).

Verificou-se nessa entrevista, a busca pela UBS para a resolução de problemas de saúde. A afirmação da gestante “para explicar o meu problema” pode ser interpretada como a procura pela UBS, por considerá-la porta de entrada para a atenção à saúde e, mesmo que inconscientemente, a odontologia foi inserida dentro de uma visão mais ampliada de saúde, manifestada por meio da procura pela UBS para resolutividade de necessidades odontológicas. Por outro lado, pode ser vista como o único recurso conhecido e acessível pela população adulta.

Deste modo, ao buscar a UBS, a gestante visa acolhimento e resolutividade de suas necessidades de saúde.

Tal representação parece guardar relação com os objetivos do Programa Saúde da Família.

Os programas de atenção à saúde da população não têm visado apenas ações isoladas para grupos populacionais, mas ações integradas com equipes multiprofissionais, visando a promoção de saúde do indivíduo (PERES et al., 2001).

Todavia, nessa representação, a busca pela UBS parece mais relacionada à oportunidade de atenção odontológica, possivelmente explicada pelo fato que a maioria das UBS do município oferece atenção odontológica para o adulto apenas durante o período gestacional.

- Procura pelo Dentista

[...] Se você tiver algum problema odontológico durante a gravidez, ah... eu vou ao dentista pra ver como é que pode ser feito... o que pode ser feito. Então eu não sei... (RS 4).

[...] Ah, não sei. Acho que perguntando para o dentista para ver o que pode estar fazendo. O que pode estar fazendo para cuidar melhor (RS 8).

[...] Procurando o dentista, se tratando (RC 2).

[...] É qualquer tipo de problema odontológico? Eu vou procurar... vou procurar um dentista e perguntar a opinião dele. Se devo fazer, se devo esperar (RC 7).

Nestas falas, o dentista parece ter autonomia para decidir quais são os tratamentos e condutas odontológicas indicadas para as gestantes. Parece existir credibilidade, não só nos conhecimentos do dentista, como também na

resolutividade de sua atuação, deste modo não necessitando do “consentimento” do médico para que aconteçam as práticas odontológicas no período gestacional.

Mesmo que a gestante busque o dentista visando apenas resolução de uma necessidade curativa, este profissional tem condições de atuar na promoção de saúde, pois, nessa fase, a mulher geralmente está mais receptiva a novas orientações e práticas, cujos benefícios contemplarão o binômio mãe-filho.

O nível educacional da família, mais especificamente da mãe, tem relação direta com o nível de saúde do filho (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 1998). A saúde bucal da criança é reflexo das atitudes e padrões de comportamento dos pais (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

Nos EUA, Tsamtsouris, Stack e Padamsee (1986) realizaram pesquisa com pais participantes de curso de pré-natal na cidade de Boston. Verificaram a existência de falta de conhecimentos e a necessidade de educação no pré-natal, período em que os pais estão mais suscetíveis a novos conhecimentos, porque os pais, em especial as mães, têm papel fundamental na educação em saúde bucal dos filhos. Segundo esses autores, compete ao dentista orientar as gestantes sobre cuidados não só de sua própria saúde bucal, como também de seus filhos.

O pré-natal odontológico deve garantir a saúde bucal da gestante e do feto. Nele, a mãe deve receber orientações sobre o atendimento odontológico na gestação, sobre hábitos de higienização bucal, alimentação, formação da dentição decídua e permanente do feto, desenvolvimento do feto, aleitamento materno e cuidados que devem ser dispensados ao bebê. O foco da atenção está na educação, portanto, há necessidade que os profissionais invistam tempo na transmissão de conhecimentos para as gestantes (VOKURKA et al., 1997).

Na Suécia, Kinnby, Palm e Widenheim (1991) em pesquisa com crianças classificadas como saudáveis ou doentes em relação à presença de cáries e restaurações, não encontraram diferenças entre os grupos em relação à dieta, higiene bucal e uso de fluoretos. Entretanto, os pais de crianças consideradas saudáveis tinham nível de educação significativamente maior, receberam bem mais informações orais e escritas que os pais das crianças doentes.

- Procura pelo médico

[...] Se eu tiver algum problema odontológico, eu acho que vou ligar para a minha ginecologista antes, depois para a dentista (RC 4).

[...] Que nem eu te falei, vou procurar o meu médico que está me acompanhando, para ver se eu posso ou não tratar. Se o médico autorizar, eu vou fazer (RC 9).

Nessa representação, as gestantes parecem valorizar mais a condição fisiológica em que se encontram, para preservar a própria saúde e também a do bebê. Para isso, a procura pelo médico antecede a do dentista.

Nela, o médico parece ser o centro e o detentor do saber em relação à saúde da paciente e do neném, incluindo aqui a saúde bucal. Deste modo, as intervenções odontológicas só são possíveis desde que autorizadas previamente pelo médico, mostrando, assim, confiança incondicional e irrestrita às orientações médicas.

Essa representação mostrou-se bem mais evidente entre as gestantes assistidas por convênio. Talvez relacionada à maior facilidade de escolha do profissional responsável pelo acompanhamento pré-natal e, desta forma, acesso ao profissional que desperta maior confiança e credibilidade à gestante.

5.6 A Mãe na Promoção de Saúde Bucal

- Importante papel da mãe na promoção de hábitos saudáveis da família

Encontramos nessa representação, o relato que os hábitos de higiene bucal foram adquiridos na infância, bem solidificados e mantidos, inclusive durante a gravidez:

*[...] Escovo, uso fio, fita também... passar fio dental, fita também...
[...] Sempre tem que cuidar. Sempre cuidei.
Aprendi ... ah... em casa mesmo. Assim... sempre a minha mãe ensinou a gente escovar os dentes (RS 7).*

Desta forma, percebeu-se que a educação precoce em saúde pela família, e nela, em especial a mãe, são importantes para a incorporação e manutenção de hábitos saudáveis nos filhos.

Neste sentido, segundo Menino (1995), as mães têm papel-chave dentro da família em questões de saúde, pois elas muitas vezes determinam e influenciam muitos dos comportamentos que seus filhos adotarão. Segundo essa autora, os padrões de comportamentos aprendidos durante a primeira infância permanecem fixados profundamente e são resistentes a mudanças.

Costa et al. (1998) acrescentam que a família representa o núcleo social mais forte e primitivo de toda a sociedade, nele se desenvolve a formação da personalidade, dos bons costumes e bons hábitos de higiene.

Tudo que os pais fazem, as crianças tendem a reproduzir, portanto os hábitos de higiene bucal nas crianças são fortemente atrelados à observação de práticas familiares. A introdução de um novo hábito é muito mais difícil na idade

adulta do que na infância, pois padrões de comportamento aprendidos na infância permanecem fixados profundamente (SILVA, 2002).

A representação aqui encontrada relata importante condição de educação em saúde: a mãe detentora de conhecimentos e práticas satisfatórias, transmite e incorpora tais práticas para a geração seguinte. A mãe tem papel fundamental na família, porém muitas vezes a falta de conhecimentos e a presença de práticas inadequadas de saúde são fatores limitantes à promoção de saúde dentro da família.

No nosso estudo, percebeu-se que as mães jovens são mais inseguras em relação ao cuidado com os filhos e, portanto, necessitam de maiores esclarecimentos.

Representação semelhante foi encontrada na Finlândia por Paunio et al. (1994), em estudo sobre a educação em saúde bucal de mães de crianças com pobre higienização bucal, no qual verificaram que as mães jovens necessitam de orientações para o auto-cuidado e também para o cuidado dos seus filhos, principalmente no primeiro filho. Segundo esses autores, a orientação e a educação para gestantes são efetivas na promoção de saúde infantil.

Portanto, na estrutura social, a família é a menor célula organizacional, responsável pela formação de padrões de comportamento de seus membros. Nela, a mãe tem papel fundamental na orientação de hábitos, condutas e atitudes. Dessa forma, influencia, já na primeira infância, os cuidados com a saúde bucal que envolve hábitos de higiene e alimentação, difíceis de serem mudados durante a vida (PERES et al., 2001).

- Busca por conhecimentos

[...] Ah eu acho assim, a mãe... quando uma mulher se propõe a ter filhos, ou mesmo vem sem querer, eu acho que a gente tem que tomar o máximo cuidado possível. Procurar saber o que pode e o que não pode durante a gestação. Procurar tomar o máximo cuidado possível, porque a vida de um filho que está dentro da barriga da gente, então eu acho que isso é tudo, entendeu a vida de um filho para mim é tudo na minha vida, então tudo que eu puder fazer pra poupar essa vida eu vou fazer (RS 2).

[...] Se eu tivesse que tomar anestesia, eu tomaria o cuidado de me consultar ou perguntar para o meu médico se é possível ou não (RC 6).

Esses relatos identificaram a busca por conhecimentos, visando o esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos possíveis e indicados no período gestacional.

Revelam amadurecimento e receptividade à atenção odontológica durante o pré-natal, com possibilidade de incorporação de novas práticas e atitudes, desde que bem esclarecidas e respaldadas pelos profissionais de saúde. Dentre os profissionais de saúde, o médico parece ser o mais procurado para tais esclarecimentos.

- Valorização da saúde bucal nos diferentes ciclos da vida

[...] É muito importante estar cuidando da higiene bucal, às vezes a pessoa chega a ter problema na boca, assim ferida, essas coisas, por falta de tratamento, falta de higiene, falta de cuidado. Eu acredito que é a coisa mais importante, não só na gestação, como também no dia-dia da mulher, da criança e do adulto (RS 8).

Percebe-se nessa representação a valorização da saúde bucal de forma ampliada e extensiva a outras faixas etárias. O aparecimento dessa representação, apenas entre as usuárias do SUS, pode ter relação com o trabalho

multiprofissional desenvolvido pelas UBS que contempla ações educativas e informativas.

- Atenção precoce ao bebê

[...] Igual ao outro neném meu, depois que ele nasceu... acabou de nascer, que eu saí do hospital, já vim marcar dentista pra ele. Então a partir da hora que nasce, tem que tratar também (RS 1).

[...] Sei que logo que nasce (o bebê) tem aquele processo que a mãe faz... a higiene da boca do bebê desde pequenininho (RS 10).

[...] porque logo que o bebê nasce, a gente já pode trazer com três meses... cuidar da gengivinha dele, ora ter um dente saudável, sadio (RS 7).

[...] Eu achei que você fosse perguntar mais no caso da saúde do bebê recém nascido, sabe?... porque eu acho fundamental também... até eu tive a preocupação de estar limpando a boquinha do bebê com gaze ... eu me lembro que eu levei o meu primeiro filho numa clínica e eles já deram um dedal, assim... e você já vai escovando o dentinho dele... eu acho que... desde recém nascido para tirar o excesso de leite e tudo.... assim.... passar gaze... então eu fui fazendo no primeiro (filho) e quero fazer com esse segundo também (RC 5).

A prevenção de doenças bucais de crianças começa com a educação da gestante (VOKURKA et al., 1997).

O aparecimento dessa representação pode estar relacionada ao trabalho pioneiro e bem sucedido, iniciado em 1987 por grupo de docentes da disciplina de odontopediatria da Universidade Estadual de Londrina.

O trabalho da Bebê-Clínica envolve ensino, pesquisa e extensão (NAKAMA, 1994). Ainda segundo essa autora, a odontologia para bebês busca a manutenção da saúde bucal dentro de um contexto maior de saúde geral.

A Bebê-Clínica, além do trabalho educativo, preventivo e curativo desenvolvido na UEL, possibilitou a transferência de conhecimentos e práticas para

o setor público, por meio da capacitação de profissionais do serviço público municipal para a atenção odontológica ao bebê, iniciando-se, dessa forma, a atenção à saúde bucal do bebê nas UBS do município.

A educação é um dos pilares da atenção à saúde bucal do bebê. O aparecimento dessa representação parece demonstrar que o trabalho desenvolvido pela Bebê-Clínica tem sido incorporado pelas futuras mães.

Guimarães, Costa e Oliveira (2003) ressaltam que a atenção precoce ao bebê, incluindo orientações recebidas pelas gestantes no pré-natal, leva a uma socialização antecipada na formação de hábitos saudáveis na criança, a partir de cuidados desenvolvidos pela mãe.

5.7 Os Profissionais de Saúde

- Papel dos profissionais

[...] A gestante pode tirar Rx, eu penso que sim. Porque eu mesma fiz tratamento até o 7º mês. Depois disso a médica... tanto a médica como a minha dentista orientaram que não poderia mais... depois do 7º mês tirar o RX. Ela pelo menos falou que ia parar com o tratamento por causa disso. Eu já estava de 8 meses. Aí eu já ter que mexer no dente com mercúrio, daí eu parei o tratamento. Ela disse que o mercúrio faria mal pra gestação, a minha dentista, porque não faço aqui no posto... daí eu não sei, assim o que um dentista pensa em relação a outro. Pelo menos a minha pediu que eu esperasse ganhar neném primeiro pra poder fazer a restauração... por causa da anestesia também. Acho que a anestesia se tivesse que fazer mal, teria feito nos outros meses... porque eu levei anestesia, fiz tratamento nos outros meses, levei anestesia, mas ela me orientou pra parar, então eu parei (RS 7).

[...] Ah, eu sou contra RX. Porque a gente ouve por aí, os médicos alertam que mulher grávida não pode estar chegando perto de RX. Eu não tenho assim muito conhecimento. Mas eu penso que não... não... não pode fazer isso devido afetar a formação do bebê (RC 2).

Nesses relatos, percebeu-se que os profissionais de saúde contribuem para o aparecimento e, muitas vezes, para o fortalecimento de medos e mitos relacionados à atenção odontológica no período gestacional.

Novamente, questiona-se o porquê de tais condutas: Formação acadêmica inadequada? Ausência de educação permanente/continuada? Medo do profissional por responsabilizações ligadas a possíveis problemas de saúde do recém nascido?

Não se pode esclarecer e desmistificar aquilo que não se conhece e não se pratica. O saber é um processo contínuo, no qual, condutas e procedimentos têm que ser revistos, atualizados e muitas vezes substituídos.

Desse modo, é fundamental a transferência de conhecimentos básicos em saúde bucal para toda equipe do pré-natal, visando uniformizar conceitos, desmistificar crenças e mitos sobre odontologia e gravidez (ROCHA, 1993).

Segundo essa autora, é importante que os cursos de odontologia revejam os conceitos transmitidos sobre tratamento odontológico na gravidez.

Neste sentido, Narvai (1984) acrescenta que a profissão odontológica tem falhado ao não adotar uma postura firme e segura em relação à atenção odontológica no período gestacional.

- Confiança incondicional no médico

[...] Mas como eu te falei, se meu médico estiver a par, eu faria até qualquer outra cirurgia, alguma coisa assim, contando que meu médico garantisse que não teria nenhum problema (RC 1).

[...] Em relação à anestesia, eu perguntaria para o meu médico, o que ele me falar, eu faria, se ele falasse que poderia tomar, eu tomaria (RC 9).

[...] Então eu acho que a gente tem que fazer o pré-natal direitinho... fazer tudo o que o médico diz... pra que nada ocorra (RC 8).

Essa representação foi encontrada apenas entre as gestantes assistidas por convênio, sugerindo que qualquer intervenção na área odontológica necessita da ciência e posterior permissão do médico, para que possa ser executada pelo dentista.

Será que a prática e o conhecimento dos profissionais da área odontológica são vistos por esse grupo apenas limitados ao dente e seus anexos?

Segundo Carvalho (1995), a Odontologia tem menos impacto que a Medicina na interação com a comunidade em relação a questões de saúde, porque geralmente as necessidades odontológicas são de reduzida complexidade e, muitas vezes, podem ser controladas no próprio consultório, ao contrário de muitas doenças gerais.

Talvez essa representação esteja relacionada ao fato que as várias especialidades da odontologia são compartimentalizadas, dificultando, dessa forma, a visão verdadeiramente interdisciplinar do ser humano (KONISHI; LIMA, 2002). Com isso, há possibilidade da gestante desconhecer que o dentista possui conhecimentos mais amplos sobre saúde, incluindo aqui saberes sobre prescrição medicamentosa, uso de RX, de anestesia, não se limitando apenas à execução puramente mecânica de procedimentos odontológicos inerentes à especialidade por ele praticada.

Um outro aspecto que pode estar relacionado é o fato da atenção odontológica se caracterizar por prática curativa e preventiva, primordialmente relacionadas às condições bucais, sem buscar a atenção integral da saúde do indivíduo.

- Medo do dentista e dos procedimentos odontológicos

[...] É mais ou menos assim: Você deita numa sala branca, fria e gelada e um cara vem... aparece com uma injeção... aí que horror... e aí você fica sem domínio da situação... você fica lá com a boca assim, toda largada. E também aquele motorzinho horroroso... dentista é horrível (RC 10).

Essa representação parece guardar semelhanças à encontrada por Bernd et al. (1992). Nela, também foi identificado o medo do dentista das situações do atendimento. Medo esse associado, à dor, ao instrumental, aos procedimentos e ao próprio dentista. Segundo esses autores, a prática odontológica se reflete em experiências desagradáveis, principalmente quando os profissionais assumem postura autoritária em relação aos pacientes, desconsiderando toda carga emocional envolvida no atendimento odontológico.

O estudo de Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004), encontrou barreiras para atenção odontológica de gestantes relacionadas à ansiedade, medo do barulho da turbina de alta rotação, dos instrumentos utilizados, da sala fria, de desconfortos sensitivos como cheiro, sabor, visão dos instrumentos, refletor, uniformes, máscaras e da posição horizontal da cadeira.

São necessários cuidados especiais com relação à preparação psicológica da paciente, para que ela compreenda a importância do ato odontológico. (SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

É fundamental que o profissional tenha bem claro que atrás “daquela boca” que necessita tratamento, há um ser humano com necessidade de acolhimento, atenção e esclarecimentos.

Um outro aspecto que pode estar relacionado ao medo são as práticas odontológicas realizadas, num passado não muito distante, com técnicas, materiais,

equipamentos deficitários e rudimentares que certamente levaram a relatos de experiências desagradáveis e traumáticas em relação ao atendimento odontológico.

O início da prática odontológica no Brasil foi rudimentar, sem escolas e cursos. Nada era exigido, nem o saber ler para obter a carta da profissão de “tirar dentes”. Por volta de 1830, os barbeiros acumulavam a “arte de tirar dentes” (CARVALHO, 1995).

- Necessidade de programas para esclarecimento da população sobre saúde bucal

[...] Acho que sobre esse negócio de gravidez... acho que não tem nenhum programa... ou tipo de propaganda que fale nesse sentido... vamos supor que você ache que o tratamento não tem nada a ver. Que pode ser real. Só que eu não vou colocar isso na minha cabeça agora, já que eu estou grávida agora. Eu acho que deveria ser falado isso para o povo antes. Eu não vou fazer uma experiência agora na minha gravidez (RC 10).

Essa representação é profunda e altamente significativa: só se pratica aquilo que se conhece, desde que esteja amplamente esclarecido e sedimentado na psique humana.

Normalmente a gravidez é um momento único, importante na vida da mulher, no qual o amor pelo feto, leva somente à realização de práticas consideradas seguras e inócuas para o binômio mãe-filho.

Programas de educação em saúde bucal, que levem à valorização e conhecimentos de saúde bucal, devem ser priorizados para que ações preventivas sejam incorporadas e, dessa forma, praticadas. Tais programas devem ser direcionados a diferentes faixas etárias, independentemente da condição fisiológica

do indivíduo com conteúdo acessível, de fácil entendimento e aplicabilidade (VOKURKA et al., 1997).

Essa representação identificada no nosso estudo, aponta a necessidade de educação sobre saúde bucal no período gestacional, utilizando-se veículos de comunicação de grande alcance pois, dessa forma, a população teria um aprendizado lento, porém constante, muitas vezes prévio ao aparecimento da gravidez.

Tal prática contribuiria na desmistificação da atenção odontológica durante a gestação e na incorporação gradativa de novos conhecimentos e práticas de saúde bucal.

6 CONCLUSÕES

A partir da análise e discussão dos resultados obtidos neste trabalho, pudemos concluir que:

- Existem mitos e restrições arraigados sobre atendimento odontológico clínico durante a gravidez, relacionados a preocupações com a possibilidade de seqüelas à saúde do bebê. Alguns mitos e medos relacionados à atenção odontológica no período gestacional eram alimentados e muitas vezes proferidos pelos próprios profissionais da área de saúde.
- Houve muita diversidade de opiniões em relação aos períodos considerados ideais para a atenção odontológica no período gestacional.
- A busca pela atenção odontológica entre as gestantes de convênio não-empresarial mostrou-se muito atrelada ao consentimento médico e também relacionada a possíveis emergências, pois nesse grupo percebeu-se predomínio de atenção odontológica programada e rotineira, exceto durante o período gestacional.
- Entre as usuárias do SUS, a busca pela atenção odontológica durante o pré-natal parece ser mais rotineira e sistemática por dois motivos básicos:
 - O programa de atenção à saúde bucal desenvolvido na maioria das UBS do município que contempla indivíduos de 0 a 21 anos, desta forma possibilita o atendimento de jovens mães;

- A possibilidade de acesso à atenção odontológica para mulheres que realizam pré-natal na própria UBS. A busca por tal atenção, parece mais relacionada à possibilidade de resolução das necessidades curativas pré-existentes ao período gestacional, do que a valorização da atenção odontológica para a promoção de saúde própria e a do futuro bebê.

- Os sujeitos de pesquisa demonstraram possuir conhecimentos básicos sobre higiene bucal, principalmente relacionados à necessidade de escovações e do uso do fio dental para controle da placa bacteriana. Verificou-se valorização da saúde bucal e disposição em buscar conhecimentos, para esclarecer dúvidas sobre a saúde bucal e atenção odontológica durante o período gestacional.

- Foi relatada a possibilidade da gestação causar alterações buco-dentais.

- Em relação aos hábitos de higiene bucal e auto-cuidado durante a gravidez, foram identificadas três possibilidades:
 - manutenção do mesmo auto-cuidado praticado antes da gravidez;
 - melhora no auto-cuidado.
 - diminuição da frequência de higienização e do auto-cuidado.

- A menção feita sobre a necessidade de atenção precoce ao bebê, tanto entre as usuárias do SUS como também entre as gestantes de convênio, mostrou que a futura mãe parece ter consciência sobre o seu papel na promoção de saúde bucal do bebê.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de atenção odontológica durante o período gestacional é consenso entre os pesquisadores contemporâneos. O bom senso deve nortear tal atenção, por meio da avaliação do custo-benefício de cada intervenção.

Percebeu-se nessa pesquisa, a necessidade de educação permanente e/ou continuada sobre atenção odontológica durante o período gestacional, direcionadas aos profissionais de saúde, por acreditarmos que o conhecimento e a atualização sobre a prática em questão contribuiriam com a revisão de conceitos e, por conseguinte, nas condutas manifestas e adotadas frente a essa importante parcela da população.

Nesse sentido, faz-se necessário que os cursos de graduação, em especial a odontologia, incluam a atenção odontológica à gestante no processo ensino-aprendizagem e, com isso, capacite os futuros profissionais para atendimento a essa população.

Isso porque, verificou-se nessa pesquisa que, muitas vezes, os próprios profissionais de saúde transmitem mitos e medos em relação à atenção odontológica no período gestacional quando, na verdade, deveriam ser os principais agentes para desmistificá-los.

Tal conduta pode estar relacionada com autoproteção profissional em relação a possíveis responsabilizações judiciais, advindas de problemas relacionados com o nascimento e a saúde do bebê.

Por outro lado, pode estar relacionada a medos e mitos presentes também nesses profissionais.

De qualquer forma, é importante que a graduação possibilite embasamento teórico e prático satisfatórios e, com isso, contribua para minimizar tais condutas.

Outro aspecto percebido nessa pesquisa é a presença de ações multiprofissionais independentes e isoladas. Assim, percebeu-se a necessidade de adoção de práticas interdisciplinares e, nelas, a inclusão e a participação ativa da equipe de odontologia (CD, THD, ACD) nos programas de atenção materno-infantil, por acreditarmos que tal conduta certamente contribuiria para melhorar a atenção prestada a esse grupo populacional.

Ações interdisciplinares levam a trocas de saberes, contribuem para a padronização de práticas e, quando necessário, para atualizá-las.

Para isso, é fundamental que profissionais da área de odontologia estejam motivados, capacitados para o trabalho em equipe, cientes do seu importante papel na promoção de saúde. Logo, a resolutividade das necessidades bucais, preventivas ou curativas, deveria ser vista como um dos braços de sua atuação. Assim, a equipe de odontologia necessita ter visão ampliada do processo saúde-doença como também a consciência que “atrás daquela boca” há um sujeito com inúmeras necessidades, entre elas a de atenção e acolhimento.

Sugerimos também a realização de investimentos em veículos de comunicação de massa, com esclarecimentos e desmistificações sobre atenção odontológica no período gestacional. Por meio da educação, consegue-se promover saúde, porque educação e saúde caminham juntas, são dependentes e ao mesmo tempo complementares.

Infelizmente, educação e saúde por si só não são auto-suficientes e resolutivas. São necessárias políticas governamentais que realmente garantam o

acesso aos serviços de saúde, quer pela criação de novos serviços, ou por melhorias nos existentes, criando, dessa forma, condições satisfatórias para a prática profissional, sejam elas condições físicas locais, quantidade e qualidade dos recursos humanos, suprimento adequado de insumos para a atenção à saúde da população. Daí a necessidade de se eleger prioridades para aplicação dos recursos financeiros existentes.

Tais necessidades foram verificadas nesse estudo sobre gestantes cujo pré-natal foi realizado pelo SUS e também no serviço privado. Encontramos representações, em ambos os grupos, de gestantes que valorizavam a saúde bucal, tinham conhecimentos básicos sobre saúde bucal, incluindo a atenção precoce ao bebê.

Entretanto, percebeu-se em gestantes usuárias do SUS que o fato de estar grávida era “um privilégio” que oportunizava o acesso à atenção odontológica e nele a oportunidade de resolver **de graça** os problemas odontológicos pré-existent, evidenciando a precariedade do acesso à atenção odontológica.

Por outro lado, entre as gestantes assistidas pelo serviço privado, houve representações que mencionaram que apenas procurariam a atenção odontológica durante o pré-natal em casos emergenciais, porque tinham acesso ao serviço em qualquer outra fase da vida.

Portanto, para a melhoria da atenção odontológica à gestante, são necessários investimentos em educação permanente e continuada dos profissionais envolvidos na prestação da atenção, investimentos públicos que possibilitem maior e melhor acesso aos serviços, somado à constante avaliação da estrutura, do processo e dos resultados dos serviços de saúde.

Não se pode perder de vista que Saúde é direito de cidadania, previsto na Constituição Brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. R. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 786-796, maio/jun. 2004.
- AMÃNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./ago. 2004.
- ARAFAT, A. H. Periodontal status during pregnancy. **J. Periodontol.**, Indianapolis, v. 45, n. 8, p. 641-643, 1974.
- ARMONIA, P. L.; TORTAMANO, N. **Como prescrever em odontologia**. 4. ed. São Paulo: Santos, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, B. M.; MOLITERNO, L. F. M. Seria a doença periodontal um novo fator de risco para o nascimento de bebês prematuros com baixo peso? **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 256-260, jul./ago. 2001.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde Debate**, n. 34, p. 33-39, mar.1992.
- BIANCHI, H. Promoción de salud bucal en la embarazada: predicción de riesgo en el neonato. **Odontol. Urug.**, Montivideo, v. 45, n. 1, p. 23-32, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. Acesso em: 7abr. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://dtr2001.www.saude.gov.br/bvs/publicações/política_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 24 abr. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://dtr2001.www.saúde.gov.br/bvs/publicações/política_2vpdf.pdf. Acesso em: 24 abr. 2004.
- BRUNETTI, M. C. **A infecção periodontal associada ao parto pré-termo e baixo peso ao nascer**. 2002. 133 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CAMARGO, S. X. **Sistema Único de Saúde: paradigma válido para a odontologia? Representações dos cirurgiões-dentistas para o SUS.** 2004. 181 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2004.

CAMPOS, P. R. B. et al. Suplementos fluorados durante a gestação e lactação: verdades e mitos. **Rev. Odontol. Univ. St. Amaro**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 84-89, jul./dez. 2000.

CARDOSO, E. O. C. **Estudo das doenças periodontais em gestantes e seu impacto no nascimento de crianças prematuras.** 1999. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

CARMO, T. A.; NITRINI, S. M. O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, jul./ago. 2004. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 22 set. 2004.

CARRANZA, F. A.; NEWMAN, M. G. **Periodontia clínica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

CARVALHO, A. C. P. **Educação e saúde em odontologia: ensino da prática e prática do ensino.** São Paulo: Santos, 1995.

CASTILHO, A. A. Alterações gengivais durante a puberdade e a menopausa. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 209-213, 1969.

CASTRO, C. G. S. O. O uso de medicamentos na gravidez. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 987-996, out./dez. 2004.

CASTRO, F. C.; MENEZES, M. T. V. ; PORDEUS, I. A. Tratamento odontológico no período da gravidez: enfoque para uso de anestésicos locais. **JBC, J. Bras. Clin. Odontol. Integr.**, Curitiba, v. 6, n. 31, p. 62-67, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação dos profissionais de saúde sobre o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 24 abr. 2005.

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

CHRISTANTE, L. O papel do ensino à distância na educação médica continuada: uma análise crítica. **AMB Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 99, n. 3, jul./set. 2003.

CORDEIRO, C. C.; COSTA, L. C. S. Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 5, p. 255-256, 1999.

CORREA, E. M. C.; ANDRADE, E. D.; VOLPATO, M. C. Tratamento odontológico em gestantes: escolha da solução anestésica local. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 107-111, abr./maio 2003.

CORSETTI, L. O.; FIGUEIREDO, M. C.; DUTRA, C. A. V. Avaliação do atendimento odontológico para gestantes nos serviços públicos de Porto Alegre/RS durante o pré-natal. **Rev. ABOPREV**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-15, nov. 1998.

COSTA, I. C. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG Rev. Pos Grad.**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 87-91, abr./jun.1998.

COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **RPG Rev. Pos Grad.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 232-243, jul./set. 2002.

COZZUPOLI, C. A. **Odontologia na gravidez**. 1.ed. São Paulo: Panamed, 1981.

DAVENPORT, E. S. A study of periodontal health in early pregnancy. **Br. Dent. J.**, London, v. 191, n. 10, p. 564-566, nov. 2001.

DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DIAS, C. **Pesquisa qualitativa**: características gerais e referências. 2000.
Disponível em: [http://www.ada.gov.br/adagenor/pesquisa qualitativa.pdf](http://www.ada.gov.br/adagenor/pesquisa%20qualitativa.pdf). Acesso em: 4 jun. 2004.

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

DUALIBI, S. E.; DUALIBI, M. T. A odontologia para a gestante. **Rev. Paul. Odontol.**, São Paulo, v. 7, n. 5, p.12-36, set./out. 1985.

FALABELLA, M. E. V.; FALABELLA, J. M. Granuloma gravídico: caso clínico. **Rev. Periodontia**, Piracicaba, v. 3, n. 2, p. 167-170, jul./dez. 1994.

FIESE, R.; HERZOG, S. Issues in dental and surgical management of the pregnant patient. **Oral Surg. Oral Méd. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 65, n. 3, p. 293-297, 1988.

FJERSKOV, O. et al. **Fluorose dentária**: um manual para profissionais de saúde. SANTOS: São Paulo, 1994.

GAFFIELD, M. L. et al. Oral helth during pregnancy. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 132, n. 7, p. 1009-1016, 2001.

GONZALES, M.; MONTES, O. L.; JIMENEZ, G. Câmbios em la composición de la saliva de pacientes gestantes X no gestantes. **Pernatol. Reprod. Hum.**, v. 15, n. 3, p. 195-201, jul/set. 2001. Resumo. Disponível em: <http://www.bireme.com.br/lilacs> . Acesso em: 20 mar. 2005.

GRAÇA, T. C. A. **Atendimento odontológico a gestante em Niterói e São Gonçalo**. 1988. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1988.

GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. C. C.; OLIVEIRA, A. L. S. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. **JBP, J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 29, p. 83-86, jan./fev. 2003.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

IUSEM, R. Necessidade do tratamento odontológico em gestantes. **Sel. Odontol.**, São Paulo, v. 4, n. 16, p. 28-31, jan./fev. 1949.

KINNBY, C. G.; PALM, L.; WIDENHEIM, J. Evolution of information on dental health care at child health centers, **Acta Odont. Scand.**, Oslo, v. 49, n. 5, p. 288-295, 1991.

KÖHLER, B.; ANDRÉEN, I.; JONSON, B. The effect of caries preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria streptococcus mutans and lactobacilli in their children. **Arch. Oral Biol.**, Oxford, v. 29, n.11, p. 879-883, 1984.

KONISHI, F.; LIMA, P. A. Odontologia intra uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 294-295, set./out. 2002.

KONISHI, F. Odontologia para gestantes. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 27, jan./fev. 1995.

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

LITTNER, M. M. et al. Management of the pregnant patient. **Quintessence Int.**, Berlim, v. 15, n. 2., p. 253-257, 1984.

LONDRINA. Prefeitura do Município. **Plano municipal de saúde**. Londrina, 2003.

LOSSO, E. M.; RAMALHO, G. M. Avaliação de prescrição de suplementos de flúor pré-natal em Curitiba e região metropolitana. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2001. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 26 jan. 2005.

LOURO, P. M.; FIORI, H. Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 23, 2001.

MACHUCA, G. et al. The influence of general health and sócio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. **J. Periodontol**, Indianapolis, v. 70, n. 7, p. 779-785, 1999.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov./dez., 2004. Disponível em: <http://www.bireme.com.br/scielo>. Acesso em: 20 mar. 2005.

MEDEIROS, U. V. Atenção odontológica para bebês. **Rev. Paul. Odontol.**, São Paulo, v. 15, n. 6, p.18-27, nov./dez. 1993.

MENDES, E. V. (Org.). **Uma Agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENINO, R. T. M. **Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru**: conhecimentos com relação à própria saúde bucal e a da criança. 1995. 82 f. Tese (Doutorado em Patologia Bucal) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 1995.

MENINO, R. T. M.; BIJELLA, V. T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru: conhecimentos em relação à própria saúde bucal. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, Bauru, v. 3, n. 1/4, p. 5-16, jan./dez. 1995.

MENOLLI, A. P. V.; FROSSARD, W. T. G. Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral de gestantes. **Semina: Cienc. Biol. Saúde**, Londrina, n. 18, p. 34-42, 1997.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S.(Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. cap.3, p. 89-111.

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

MINAYO, M. C. S. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3., p. 239-262, jul./set.1993.

MINAYO, M. C. S. et al. (Orgs.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MOKKEM, S. A.; MOLLA, G. N. **The prevalence and relationship between periodontal disease and pre term, low birth weight infantez at King Khalid University Hospital in Ruyadh Saudi, Arabia**. Disponível em: www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah. Acesso em: 30 set. 2004.

MOREIRA, L. C. M.; VALBÃO JÚNIOR, F. P. B. Pertubações orais na gravidez. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 25-31, 1993.

NAKAMA, L. **Aleitamento materno e odontologia**: atuação interdisciplinar e multiprofissional na construção da saúde bucal como direito de cidadania. 1999. 321 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social e Preventiva) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 1999.

NAKAMA, L. **Educar prevenindo e prevenir educando**: odontologia no primeiro ano de vida. 1994. 57 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1994.

NARVAI, P. C. Saúde bucal de gestantes- prevalência de apicopatias e outros problemas dentais do município de Cotia São Paulo. **RGO**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 243-248, 1984.

NASCIMENTO, Z. C. P.; LOPES, W. C. Gravidez na adolescência: enfoque odontopreventivo. **ROBRAC**, Goiânia, v. 6, n. 20, p. 27-30, 1996.

NEME, B. **Obstetrícia médica**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

NEVES, E. Halitose: uma questão angustiante. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 179-182, 2002.

OLIVEIRA, R. S. R. G. **Percepção sobre saúde bucal e atendimento odontológico por gestantes em programas de assistência pré-natal no município de Santo André**. 2002. 106 f. Dissertação (Mestrado Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

PAIM, J. S.; NUNES, T. C. M. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, jul./set., 1992 Disponível em: [http:// www.bireme.com.br/scielo](http://www.bireme.com.br/scielo). Acesso em: 20 mar. 2005.

PAUNIO, P. et al. Children's poor tooth brushing behavior and mother's assessment of dental health education at well- baby clinics. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 52, n.1, p. 36-41, 1994.

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M .M. A. A prática odontológica em Unidade Básica de Saúde de Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da Saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

PERES, S. H. C. S. et al. Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno infantil. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 346-350, set./out., 2001.

PINTO, V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1992.

PORTO, M. F.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as condições de saúde do trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 7 maio 2005.

QUEIROZ, S. M. P. L. Promovendo a saúde bucal nos diferentes ciclos da vida: gestante e bebê. **Rev. CRO Paraná**, Curitiba, ano 11, n. 51, p. 8-9, 2005.

REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

ROCHA, M. C. B. S. **Avaliação do conhecimento e das práticas de saúde bucal: gestantes do distrito sanitário docente assistencial Barra/Rio Vermelho - município de Salvador, BA..** 1993. 121 f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 1993.

ROSELL, F.L.; MONTANDON, A. A. B. P.; VALSECK JR, A. et al. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 157-162, abr. 1999.

SAKAI, M. H. et al. Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO; Londrina: EDUEL, 2001. p. 111-122.

SAMANT, A. et al. Gingivites and Periodontal disease in pregnancy. **J. Periodontol.**, Indianapolis, v. 47, n. 7, p. 415-418, jul. 1976.

SARTÓRIO, M. L.; MACHADO, W. A. S. A doença periodontal na gravidez. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 5, p. 306-308, 2001.

SCANNAPIECO, F. A.; BUS, R. B.; PAYO, S. Periodontal disease as a risk fator for adverse pregnancy outcomes: a systematic review. **Ann. Periodontol.**, Chicago, v. 8, n. 1, p. 70-78, 2003.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez- uma revisão. **Rev. Fac. Odontologia UFBA**, Salvador, v. 18, p. 47-52, jan./jun. 1999.

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**, Salvador, v. 18, p.15-21, jan./jun. 1999.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e da produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

SCHWARTZ, M.; HOLMES, H. I.; SCHWARTZ, S. S. Care of the pregnant patient. **J. Can. Dent. Assoc.**, Toronto, v. 53, n. 4, p. 299-301, 1987.

SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 22, n. 1, p. 121-135, fev. 1964.

SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy. III. Response to local tretment. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v.24, n. 6, p. 747-757, dez.. 1966.

SILVA, J. R. O. Avaliação e tratamento da paciente gestante na Odontologia. **Odontol. Mod.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 23-27,jul. 1990.

SILVA, L. C. L.; LOPES, M. N.; MENEZES, J. V. N. B. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba-PR em relação à saúde bucal de seus futuros bebês. **JBP, J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 8, p. 262-266, jul./ago. 1999.

SILVA, S. R. Atendimento a gestante: 9 meses de espera? **Rev. APCD**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 89-99, 2002.

TIRELLI, M. C. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de**

pacientes gestantes. 2004. 115 f. Tese. (Doutorado em Clínica Integrada) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 2004.

TIRELLI, M. C. et al. Odontologia e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes. **Rev. Odontol. Univ. St. Amaro**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 26-29, jan./jun. 1999.

TIVERON, A. R. F.; SOSÍGENES, V.; BAUSSELLS, J. Conhecimentos e práticas das gestantes com relação à saúde bucal da criança. **Rev. Ciênc. Odontol.**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 69-74, jan./dez. 2001.

TOMASI, A. F. Manifestações bucais de doenças sistêmicas. In: _____. **Diagnóstico em patologia bucal.** São Paulo: Pancast, 1989. p. 533-539.

TOMITA, N. E.. Projeto Paiva: modelo integrado de assistência em saúde bucal. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, Bauru, v. 2, n. 2, p. 51-58, abr. 1994.

TORRES, S. A.. et al. Níveis de infecção de estreptococos do grupo mutans em gestantes. **Rev. Fac. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 225-231, jul./set.1999.

TSAMTSOURIS, A., STACK, A.; PADAMSEE, M. Dental education of expectant parents. **J. Pedod.**, Boston, v. 10, n. 4, p. 309-321, 1986.

VOKURKA, V. L. et al. O começo de tudo. **Rev. ABO Nac.** , São Paulo, v. 5, n. 2, p. 70-77, abr./maio, 1997.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê.** São Paulo: Artes Médicas, 1996.

APÊNDICES

Apêndice 1: Roteiro da Entrevista

Apêndice 2: Consentimento Livre Esclarecido

Anexo

**Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Estadual de Londrina**