

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ELIZANDRA DE QUEIROZ VENANCIO**

**AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE  
SAÚDE BUCAL DE GESTANTES, USUÁRIAS DO SUS, NO  
MUNICÍPIO DE DOURADOS – MATO GROSSO DO SUL**

**BRASÍLIA  
2006**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ELIZANDRA DE QUEIROZ VENANCIO**

**AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE SAÚDE  
BUCAL DE GESTANTES, USUÁRIAS DO SUS, NO MUNICÍPIO DE  
DOURADOS – MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa Minter multidisciplinar, do convênio entre a Universidade de Brasília e o Centro Universitário da Grande Dourados, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Carolina Acevedo Poppe

BRASÍLIA  
2006

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde

Elizandra de Queiroz Venancio

Avaliação dos conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes, usuárias do SUS, no município de Dourados - MS

Esta dissertação foi aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ .

Banca Examinadora

---

Ana Carolina Acevedo Poppe, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>., orientadora - UnB

---

Heliana Dantas Mestrinho, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>., membro - UnB

---

Lílian Marly de Paula, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>., membro - UnB

Brasília  
Dezembro, 2006

VENANCIO, Elizandra de Queiroz

Avaliação dos conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes, usuárias do SUS, no município de Dourados-MS, Faculdade de Ciências da Saúde, 2006.

xx, 73 p., il.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Carolina Acevedo Poppe

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2006

1. Promoção de saúde bucal. 2. Gestação. 3. Saúde bucal na gravidez. 4. Saúde pública – Tese. I. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde. II. Título

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Antônio e Vanda, que sempre guiaram meu caminho.

Aos meus irmãos, Elza Maria e Crégio, pela força e crença em meus sonhos.

Aos meus cunhados, José Edmilson e Ana Paula, pelo respeito e afeto.

Aos meus queridos sobrinhos, José Arthur e Maria Luiza, pelo carinho e amor inocente.

Ao meu companheiro, Cássio pela paciência e admiração ao longo de nossa caminhada.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser fonte de luz, sempre!

A UNB e UNGRAN por terem oportunizado este convênio.

Aos professores do Mestrado pela oportunidade de conhecimento.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Carolina, minha orientadora, pela dedicação e força.

A todos aqueles que me incentivaram com palavras de apoio e ânimo.

Às gestantes, que tão gentilmente, me ajudaram na construção deste trabalho.

*Mudaram as estações e nada mudou  
Mas eu sei que alguma coisa aconteceu  
Está tudo assim tão diferente  
Se lembra quando a gente chegou um dia a acreditar  
Que tudo era pra sempre  
Sem saber  
Que o pra sempre acaba?  
Mas nada vai conseguir mudar o que ficou  
Quando penso em alguém  
Só penso em você  
E aí então estamos bem  
Mesmo com tantos motivos pra deixar tudo como está  
nem desistir, nem tentar  
Agora tanto faz  
Estamos indo de volta pra casa*

*Renato Russo*

## RESUMO

Avaliação dos conhecimentos e práticas de saúde bucal de um grupo de mulheres gestantes, usuárias do SUS, do Município de Dourados - MS.

A gravidez provoca na mulher mudanças fisiológicas e psicológicas, ambas com influência direta sobre a saúde bucal. O objetivo deste estudo foi avaliar conhecimentos e práticas de saúde bucal de um grupo de gestantes, usuárias do SUS, do Município de Dourados – MS. Foram entrevistadas 260 gestantes e os dados tabulados no EPI-INFO 3.3.2. Os resultados mostraram que 80,76% das gestantes acreditam necessitar de tratamento odontológico, entretanto a maioria delas não foi ao dentista por diversas razões, desde medo à falta de acesso, apesar de 69,6% acharem que tinham algum problema bucal. Das gestantes que buscaram por atendimento, 56,3% citaram necessidades curativas. A maioria não recebeu orientação sobre necessidade de atenção odontológica durante a gravidez. Quanto aos hábitos alimentares e de higiene, 44,4% tinham preferência por alimentos ricos em carboidratos, 76,9% escovam os dentes pelo menos três vezes ao dia e 62% usam fio dental. 81,5% das gestantes acreditam que problemas bucais afetam a saúde geral enquanto 32,7% das gestantes acreditam que a gravidez causa problemas bucais como: sangramento da gengiva, enfraquecimento dos dentes, dor de dente. Conclusão: 1) População jovem, com pouca escolaridade e baixa renda, depende do SUS para assistência médico-odontológica. 2) As gestantes apresentam algum conhecimento de saúde bucal, entretanto crenças de que gravidez causa problemas bucais e que gestante não pode ir ao dentista são observados neste grupo. 3) Crenças, dificuldades no acesso ao atendimento odontológico e falta de orientação interferem e influenciam na procura por atendimento odontológico.

Palavras chaves: promoção de saúde bucal; gestação; saúde bucal na gravidez.

## ABSTRACT

Knowledge and oral health care practices evaluation among a pregnant women group, SUS users from Dourados City – MS, Brazil.

Pregnancy causes psychological and physiological changes in women, both directly related to oral health. This study aims to evaluate the knowledge and oral health care practices among a pregnant women group, SUS users from Dourados City –MS, Brazil. 260 pregnant women were interviewed and data were registered in the EPI-INFO 3.3.2. Results showed 80,7% pregnant women believed they needed dental treatment although most of them did not seek for a dentist for several reasons such as being afraid and a lack of accessibility, despite of 69,9% thought they had any kind of oral impairment. Pregnant women who sought for dental attendance 56,3% reported healing needs. Most of them did not have any advice about dental care during pregnancy. Regarding to their hygiene and oral food habits 44,4% preferred high carbohydrate food, 76,9% brushed their teeth at least three times a day and 62% used floss. 81,5% of them believed their oral problems affected their general health while 32,7% believed their pregnancy caused oral problems such as bleeding gums, teeth weakness and toothache. Conclusion: 1) Young population with low income and education depend on SUS for medical-dental assistance.2) Pregnant women present some knowledge about oral health care, although beliefs that pregnancy causes oral impairment and that pregnant women are not allowed to see a dentist were observed into this group. 3) Beliefs, difficult to reach a dentist and lack of advice interfered and influenced in seeking a dental treatment.

Key words: oral health promotion; pregnancy; oral health in pregnancy.

## LISTA DE TABELAS

|                  |   |    |
|------------------|---|----|
| <b>Tabela 1</b>  | Distribuição das freqüências de acordo com a faixa etária das gestantes.....  | 38 |
| <b>Tabela 2</b>  | Distribuição das freqüências de acordo com situação socioeconômica.....   | 38 |
| <b>Tabela 3</b>  | Distribuição das freqüências de acordo com a busca por atendimento odontológica.....  | 39 |
| <b>Tabela 4</b>  | Distribuição das freqüências de acordo com motivo da busca pelo atendimento odontológico, orientações recebidas sobre saúde bucal antes da gestação e percepção da necessidade atual de atenção odontológica..... | 40 |
| <b>Tabela 5</b>  | Distribuição das freqüências de acordo com a auto-percepção das condições bucais.....   | 41 |
| <b>Tabela 6</b>  | Distribuição das freqüências de acordo orientações recebidas sobre saúde bucal e sua origem.....  | 41 |
| <b>Tabela 7</b>  | Distribuição das freqüências de acordo com orientações recebidas para busca de atendimento odontológico e sua origem.....   | 42 |
| <b>Tabela 8</b>  | Distribuição das freqüências de acordo com presença de sintomatologia dolorosa em dentes e gengivas e busca por atendimento odontológico, na gravidez.....  | 42 |
| <b>Tabela 9</b>  | Distribuição das freqüências de acordo com acessibilidade ao atendimento odontológico.....  | 43 |
| <b>Tabela 10</b> | Distribuição das freqüências de acordo com o motivo da busca pelo atendimento odontológico durante a gravidez.....  | 43 |
| <b>Tabela 11</b> | Distribuição das freqüências de acordo com motivo por não buscar atendimento odontológico na gravidez.....  | 44 |
| <b>Tabela 12</b> | Distribuição das freqüências de acordo com quantidade de refeições diárias e tipo alimento preferido.....   | 44 |

|                  |  |    |
|------------------|--|----|
| <b>Tabela 13</b> | Distribuição das frequências de acordo com hábitos de higiene bucal.....   | 45 |
| <b>Tabela 14</b> | Distribuição das frequências de acordo com a relação entre saúde bucal e gravidez e suas conseqüências; e efeito da condição da saúde bucal sobre saúde geral..... | 45 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

OMS - Organização mundial de saúde

CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal

SUS - Sistema único de saúde

PACS - Programa de agente comunitário de saúde

PSF - Programa de saúde da família

ESB - Equipe de saúde bucal

CPO-D - Índice de dentes cariados, perdidos, obturados e extração indicada

IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística

SISPRENATAL - Sistema de acompanhamento do programa de humanização no pré-natal e nascimento

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                  | <b>14</b> |
| <b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>                       | <b>16</b> |
| 2.1 SAÚDE BUCAL NO BRASIL .....                            | 16        |
| 2.1.1 ATENÇÃO EM SAÚDE .....                               | 16        |
| 2.1.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL ..... | 20        |
| 2.2 SAÚDE BUCAL NO PRÉ-NATAL .....                         | 22        |
| <b>3 OBJETIVOS .....</b>                                   | <b>33</b> |
| 3.1 OBJETIVO GERAL .....                                   | 33        |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....                             | 33        |
| <b>4 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>                         | <b>34</b> |
| 4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....                                   | 34        |
| 4.2 SUJEITOS .....   | 34        |
| 4.3 DEFINIÇÃO DOS LOCAIS PARA COLETA DE DADOS .....        | 34        |
| 4.4 DEFINIÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA .....                  | 35        |
| 4.5 ESTUDO PILOTO.....                                     | 36        |
| 4.6 COLETA DE DADOS .....                                  | 36        |
| 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....                              | 37        |
| <b>5 RESULTADOS .....</b>                                  | <b>38</b> |
| <b>6 DISCUSSÃO .....</b>                                   | <b>47</b> |
| <b>7 CONCLUSÃO.....</b>                                    | <b>60</b> |
| <b>8 ANEXOS .....</b>                                      | <b>61</b> |
| <b>9 REFERÊNCIAS .....</b>                                 | <b>66</b> |

# 1 INTRODUÇÃO

Os princípios doutrinários universalidade, equidade e integralidade para atenção em saúde, fazem do Sistema Único de Saúde (SUS) um dos mais completos sistemas de saúde pública do mundo (BRASIL, 1990; PEREIRA, 2003). Porém na últimas décadas, a situação econômica, o descaso com problemas sociais e a falta de gerenciamento dos serviços públicos de saúde brasileiro, principalmente em saúde bucal, tornam precária a acessibilidade à saúde para a grande maioria da população.

A descoberta de que a cárie e a doença periodontal eram doenças infecciosas causadas por bactérias em hospedeiros susceptíveis, abriu as portas da odontologia para o começo de uma grande mudança de paradigma. A pesquisa e os avanços científicos funcionaram como uma grande ponte através da qual a odontologia começou a transitar de uma filosofia fortemente centrada em procedimentos mecânicos e artesanais para uma forma de atenção referenciada por bases científicas que deram suporte aos métodos preventivos, de diagnóstico, de tratamento específico e de controle das principais doenças bucais. Estas deixaram de ser vistas de forma isolada e simplista, sendo enquadradas dentro do processo saúde/doença, onde saúde e doença apresentam-se como componentes interativos e dependentes por toda a vida dos indivíduos. As doenças bucais e em especial as periodontais, passaram a ser consideradas como fatores que podem gerar repercussões na saúde geral dos indivíduos (OFFENBACHER *et al.*, 1998; WEINE, 1999; PAQUETTE *et al.*, 1999; AMAR e HAN, 2003; NOACK, 2005).

SILVA *et al.* (2001) conceituam promoção em saúde bucal como um processo pelo qual as pessoas ganham conhecimento, se conscientizam e desenvolvem habilidades necessárias para alcançar saúde bucal. Nos últimos tempos, tem sido proposto intervenções de promoção de saúde bucal desde a vida intra-uterina até o nascimento do bebê, através de orientações quanto à saúde bucal e geral da gestante e do bebê. O acesso à promoção e educação em saúde bucal, no entanto, ainda é restrito para classes menos favorecidas (MENINO E BIJELLA, 1995; SCAVUZZI, *et al.* 1998; SARTÓRIO E MACHADO, 2001; BRASIL, 2004) .

Os resultados do último levantamento epidemiológico sobre a condição de saúde bucal da população brasileira, o Saúde Bucal Brasil (SB Brasil) realizado em 2003 pelo Ministério da Saúde, demonstram que a doença cárie e a doença periodontal ainda são uma

preocupação da saúde pública pois os dados de prevalência obtidos estão longe das metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000. A avaliação do acesso da população aos serviços odontológicos mostrou que mais de 13% das crianças avaliadas nunca foram ao dentista. Entre a população adulta, quase 3% nunca foi ao dentista, e na população idosa este número chega a quase 6%. Em ambas as faixas etárias, a região Nordeste foi a que apresentou o maior índice de pessoas que nunca foram ao dentista, enquanto que na região Sul foram registados os melhores valores relativos ao acesso aos serviços odontológicos.

Evidências científicas comprovam que a gestação por si não causa alterações nos dentes e gengivas, e que o agravamento da condição de saúde bucal esta diretamente relacionado à negligência na higiene bucal (CAZZUPOLI, 1981; MENINO e BIJELLA, 1995, PEREIRA, 2003). O aumento da frequência da ingestão alimentar em virtude da diminuição do espaço gástrico, a preferência por alimentos ricos em carboidratos e os desconfortos dos primeiros meses de gravidez podem tornar a prática da escovação e do uso do fio dental menos frequentes. Proporcionam um ambiente favorável ao desenvolvimento do biofilme dental podendo contribuir para o aumento de incidência da doenças bucais nessa população. Portanto, a crença de que o suprimento de cálcio para o feto é um dos fatores que determina o aumento da atividade de doença cárie nesse período não é aceito cientificamente. (FITZSIMONS *et al.*, 1998; OLIVEIRA e OLIVEIRA, 1999). Por outro lado, (MENINO E BIJELLA, 1995; THILSTRUP e FEJERSKOV, 1995; SPOSTO *et al.*, 1997; MACHUCA *et al.*, 1999; SARTÓRIO e MACHADO, 2001; COSTA *et al.*, 2002).

O Ministério da Saúde preconiza que à assistência pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que tem por objetivo vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança. No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, utilizando-se dos conhecimentos técnico-científicos, dos meios e recursos mais adequados e disponíveis. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 1988; BRASIL, 2004b).

Alguns estudos sugerem que infecções periodontais podem representar estímulo suficiente para que uma gestante desencadeie trabalho de parto, sendo que, em casos de doença periodontal grave a chance de partos prematuros aumenta 7,5 vezes, tendo como consequência o nascimentos de bebês com baixo peso. Ressaltam ainda, sobre a importância da promoção em saúde bucal, no pré-natal, como forma de trabalhar preventivamente contra as doenças bucais e suas consequências (SHEIN *et al.*,1991; OFFENBACHER *et al.*,1998; PAQUETTE *et al.*, 1999; AMAR e HAN, 2003; MOLITERNO *et al.*, 2005; NOACK *et al.*, 2005).

Por acreditar que a promoção de saúde bucal tem papel relevante no pré-natal e que há necessidade da conversão do paradigma cirúrgico-restaurador focado na doença naquele centrado na saúde com atuação interdisciplinar. O objetivo desse estudo foi avaliar o conhecimento e as práticas em saúde bucal de um grupo de gestantes atendidas pelo SUS, em Dourados (MS). Conhecendo o contexto de saúde bucal vivido pelas gestantes é possível definir prioridades e desenvolver então, ações que possam suprir suas necessidades.

## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

#### **2.1.1 ATENÇÃO EM SAÚDE**

A saúde mundial começa a tomar novos rumos em 1978, quando a OMS convoca a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, a qual percorreu a necessidade de novos parâmetros e critérios para a obtenção de saúde para todos no séc. XX. A conferência teve um papel relevante no questionamento do modelo biomédico aplicado até o momento e na discussão sobre a necessidade de ampliação de esforços na definição das prioridades do setor saúde. Enfatizou a importância do incremento de políticas de promoção de saúde em contraposição à implementação de serviços assistenciais de caráter curativo exclusivamente, considerando a ampliação de ações a nível local. Todos esses questionamentos, juntamente com a necessidade de mudanças da época, culminaram na declaração da Alma Ata, a qual foi o marco conceitual que permitiu um redirecionamento das políticas de saúde pública, rompendo com o pensamento “de que ter saúde é não ter doença”. Foi determinada, pela primeira vez, a

ligação de dependência entre a pobreza e a saúde. O setor da saúde então, foi desafiado a superar a aproximação individualista, tanto no aspecto curativo quanto no preventivo, com o objetivo de discutir, o mais amplamente possível, o conceito de saúde e doença. (WERNECK, 1994; GROISMAN *et al.* 2005)

A declaração foi direcionada para que os sistemas de saúde caminhassem e se empenhassem para o desenvolvimento da atenção primária à saúde, sugerindo uma ação integral no sistema de saúde nacional, com desenvolvimento social e tratamento de baixo custo, não dificultando o acesso entretanto, às classes mais carentes. Enfatizou-se o papel da educação e dos cuidados primários em saúde nos países em desenvolvimento. Em consequência, a saúde se tornou o foco principal dentro das políticas de segurança, de economia, de desenvolvimento demográfico e geopolítico. As mudanças de conceitos e valores levaram a saúde a atingir um patamar de sistema sustentável, de proteção coletiva e cuidado individual integral (ALMA ATA, 1978).

No Brasil, em 1986, como parte integrante da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que consagrou os princípios defendidos por todos aqueles que se empenharam durante mais de três décadas nas mudanças do modelo hegemônico de assistência odontológica. Participaram, com significativa presença, diversos segmentos da população e da categoria odontológica. De forma democrática, a 1ª CNSB retratou a posição dos participantes, usuários e acadêmicos, o que permitiu a legitimação da posição e do compromisso com o movimento político-sanitário-odontológico reafirmando as diretrizes do Movimento da Reforma Sanitária e o projeto contra-hegemônico nos campos político, ideológico e institucional. Como resultado desse acontecimento, foi elaborado um documento de referência para as definições da assistência à saúde bucal em todo o país (BRASIL, 1986; AROUCA, 1991; SERRA, 1998; ANDRADE, 2001; GROISMAN *et al.*, 2005; OPAS 2006). A Reforma Sanitária Brasileira teve como um de seus princípios a universalização da saúde como forma de superar a deficiência da oferta de serviços de saúde à população (WERNECK, 1998). A questão da reforma sanitária e seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuíram para transformar a política de saúde. Elas exigiram uma mudança estrutural e uma política social capaz de liquidar a “dívida social histórica”. Com a Constituição de 1988, entre outras propostas destacou-se a ampliação do conceito de saúde, textualizado como “direito de todos e dever do Estado”. Houve a confirmação da unificação dos

serviços institucionais de saúde com a proposição SUS, que trouxe uma nova formulação política e organizacional para a reorganização dos serviços e das ações de saúde, estabelecendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas nos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade (LUZ, 1991; PUGIN *et al.*, 1996; ANDRADE, 2001).

A Constituição Federal de 1988, incorporou boa parte das propostas da Reforma Sanitária, o que lhe deu o título de “Constituição Cidadã” onde:

“A saúde é direito de todos e dever do estado garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Então, a partir do artigo 198, foi estabelecido que as ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Nesse contexto, um novo modelo voltado para a coletividade foi proposto. Inicia em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) antecedendo uma outra estratégia dentro da vigência do SUS. Em 1994, tem início à implantação das primeiras equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como foco ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e de sua família, de forma integral e contínua, reafirmando e concretizando os princípios do SUS (TRAD e BASTOS, 1998; GROISMAN *et al.*, 2005).

A implantação do PSF teve o objetivo de reorganizar a prática assistencial com novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência, orientado para cura de doenças e centrado no atendimento hospitalar. No PSF, a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita as equipes do PSF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (FRANCO e MERHY, 1999; FILHO, 2002). Acesso à alimentação, emprego, moradia, lazer, saneamento básico e educação também são considerados essenciais para se ter saúde. Nesse contexto o PSF tem como objetivo atuar junto das comunidade, levando até elas o conhecimento de saúde para que haja melhora na qualidade de vida. As ações de promoção de saúde, prevenção,

diagnóstico precoce e referenciamento para tratamentos mais complexos também são atribuições importantes do programa (PRETTO e FRANCO, 1999; HILGERT *et al.*, 1999).

Segundo VASCONCELOS (2001), nesse novo modelo de atenção à saúde é nítida e há quebra do poder centralizador dos médicos. Predomina um discurso igualitarista entre todos os profissionais, incluindo os agentes comunitários de saúde. Mesmo que o discurso não corresponda totalmente à prática diária, estruturaram-se mecanismos que possibilitaram a participação dos profissionais na definição de prioridades e estratégias para a solução de problemas detectados.

A inserção da atenção primária à saúde no meio popular, em virtude da sua localização e ligação com os movimentos sociais, cria condições para que os problemas de saúde se manifestem, desafiando as limitações e competências individuais dos vários profissionais. Assim, a interdisciplinaridade passa a ser cobrada não só pela vontade de alguns deles, mas também a partir das demandas da população. Tudo é problema de todos e o intercâmbio entre os vários profissionais passa a existir não apenas na definição de estratégias globais do serviço mas também, para enfrentar os pequenos problemas de saúde. A partir da articulação dos profissionais com diferentes formações, estrutura-se aos poucos uma prática de saúde que aborda a saúde e doença em suas várias dimensões. Com a pressão dos grupos populares locais, as dimensões coletivas dos problemas de saúde incorporam-se no cotidiano do serviço (BRASIL, 2001a, 2004c; OPAS, 2004; GROISMAN *et al.*, 2005)

Neste contexto e diante da necessidade de ampliação a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, através da Portaria/MS 1444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), estabeleceu incentivo financeiro anual para cada equipe de saúde bucal (ESB) implantada. Esse apoio financeiro também foi destinado a reorganização da atenção e qualificação das ações da saúde bucal prestadas nos municípios, assim como para a contratação do cirurgiões dentistas, atendentes de consultório dentário e técnicos de higiene bucal. As normas e diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001 (BRASIL, 2001b).

A inclusão da saúde bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço para a construção das relações e permitir uma adequação

das práticas em saúde, além da reorientação do processo de trabalho e da própria atuação dos profissionais de saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e participe da gestão dos serviços. Dando resposta às demandas da população, ampliando o acesso ao serviço de saúde e as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, utilizando medidas de caráter coletivo e individual e mediante o estabelecimento de vínculo territorial. (OPAS, 2004; 2006)

Buscando a ampliação da participação da população na análise da formulação e da execução da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, ocorreu a 3ª CNSB, que deflagrou um processo ascendente de discussões, com articulações intersetoriais nas esferas governamentais e ações integradas entre a sociedade civil e os movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal da população como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

No contexto em que se realizou a conferência, foram ressaltados contrastes sociais e a exclusão de uma parcela expressiva da população ao acesso aos mais elementares direitos sociais. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre a saúde bucal, dando origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Sendo assim, as condições de saúde bucal foram consideradas como fatores de exclusão social e de precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país, decorrentes de problemas bucais ou por imensas dificuldades de acesso à serviços assistenciais. Por essa razão, o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação, além de promoção da saúde e universalização do acesso é necessário responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e sobretudo, compromisso do Estado com o envolvimento das três esferas de governo, como aliás, determina com toda a clareza a Constituição da República (BRASIL, 2004c; OPAS, 2006).

### **2.1.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Para LÖE e BROWN (2000), os estudos clássicos de epidemiologia em saúde bucal forneceram informações valiosas para um melhor conhecimento das doenças bucais no

mundo. A doença cárie e a doença periodontal, são as mais prevalentes na saúde bucal, e responsáveis pela maioria das perdas dentárias no ser humano.

No Brasil, os levantamentos epidemiológicos demonstram que nas duas últimas décadas vêm ocorrendo uma diminuição considerável da prevalência da doença de cárie na população infantil brasileira entretanto, para os demais grupos etários as condições de saúde bucal estão longe dos níveis aceitáveis (BRASIL, 2004a; OPAS, 2006).

Em 2004, o Ministério da Saúde realizou o SB Brasil, último levantamento epidemiológico sobre condições e necessidades de saúde bucal da população brasileira, cujos resultados revelaram elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais devido, principalmente, a falta de assistência curativa e preventiva em saúde bucal.

Os resultados das médias dos CPO-D (índice epidemiológico para dentes cariados, perdido e obturados) para adolescentes e adultos, foram 6,17 e 20,13 respectivamente. Com componente perdido (extraído) de 14,42 para adolescentes e 65,72 para adultos, sendo que 55% dos jovens têm todos os dentes e 54% dos adultos apresentam 20 dentes ou mais, porém a OMS preconiza que aos 18 anos, 80% dos indivíduos tenham todos os dentes, e que 75% dos indivíduos entre 35 e 44 anos tenham pelo menos 20 dentes. Somente o CPO-D 12 anos atingiu a meta da OMS (1985) entretanto, a cárie nesta idade ainda representa um grave problema de saúde pública, com diferenças significativas nas diferentes regiões do país, com cerca de 3/5 dos dentes cariados. A maioria dos resultados do SB Brasil encontram-se distantes das metas estipuladas pela OMS (1985) para o ano 2000.

O levantamento ainda demonstrou que cerca de 10% dos adultos brasileiros possuem bolsa periodontal em uma ou mais regiões da boca e que a perda dental precoce é grave e que a partir da faixa etária de 15 a 19 anos começa a surgir necessidade de algum tipo de prótese. Já para crianças na faixa etária de 5 anos, 60% tem pelo menos um dente decíduo cariado enquanto a meta da OMS para esta população era de 50% sem experiência de cárie (BRASIL, 2004a; OPAS, 2006). Tais dados epidemiológicos desenharam o mapa das necessidades acumuladas de saúde bucal dos brasileiros ao longo de décadas, trazendo aos olhos da nação a cruel realidade de que grande parte da população permanece desassistida.

PINTO (1983) acredita que o processo de melhoria da condição financeira do país, devido à mudança no estatus de subdesenvolvido para um país em desenvolvimento, desencadeou um quadro epidemiológico característico de regiões em desenvolvimento cujo acesso aos cuidados odontológicos públicos é dificultado devido a grande demanda acumulada e à barreira de caráter econômico.

MELLO (1999) relata que o Reino Unido investe em saúde bucal cerca de 3 bilhões de dólares para uma população de 35 milhões de indivíduos. Já no Brasil, após os resultados finais do SB Brasil, o governo federal pretende realizar até o final de 2006, investimentos da ordem de mais de R\$ 1,3 bilhões para uma população, segundo o IBGE (2006), de 186 milhões de indivíduos.

GARRAFA (1994) afirma que, apesar da odontologia haver chegado ao final do século XX dominando a intimidade das doenças mais frequentes da área estomatológica (especialmente a doença cárie e a doença periodontal), bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e curá-las, continuou percorrendo, de forma insistente, uma via individual e de mão única, que tem beneficiado apenas as poucas pessoas que podem pagar por ela. É notório que a saúde bucal e o setor odontológico estão vivenciando um momento paradoxal, visto que há uma grande demanda de profissionais saindo das universidades enquanto a grande maioria da população necessita de tratamento odontológico e continua sem assistência (SÓRIA *et al.*, 2002).

## **2.2 SAÚDE BUCAL NO PRÉ-NATAL**

As mudanças psicológicas intrínsecas do período gestacional, presença do feto em crescimento e a variação da quantidade de hormônios secretados sobrecarregam fisiologicamente a mulher grávida. As alterações psicológicas estão diretamente relacionadas com a preocupação da mulher em se tornar mãe e com o bom desenvolvimento do bebê, já as fisiológicas estão relacionadas aos aumentos do volume sanguíneo, pressão arterial, peso, metabolismo e frequência respiratória, além de outras, podendo causar: hipertrofia dos órgãos sexuais, edema, acne e feições masculinizadas (GUYTON, 1981; ANDRADE, 1990; MENINO e BIJELLA, 1995; SPOSTO *et al.*, 1997; MACHUCA, *et al.* 1999; ABDALLA *et al.*, 1999; DÍAZ *et al.*, 2004).

Durante a gestação, alterações na cavidade bucal podem acontecer estando relacionadas à variação do fluxo salivar (aumento ou diminuição), aumento da vascularização dos tecidos periodontais, mobilidade dental e tendência à ânsia e êmese (FERRIS, 1993; SPOSTO *et al.*, 1997; SARTÓRIO e MACHADO, 2001; KONISHI e KONISHI, 2002; COSTA *et al.*, 2002; BRITO *et al.*, 2006). A má conservação da higiene bucal e a gravidez atuam como fatores modificadores do organismo, devendo a saúde bucal da gestante ser convenientemente preservada. Devido a isto, muitos autores chamam a atenção para a necessidade do cirurgião dentista acompanhar e orientar a gestante objetivando preservar a condição de saúde da gestante e do feto (ANDRADE, 1990; COZZUPOLI, 1981; WANNMACHER e FERREIRA, 1995; SPOSTO *et al.*, 1997; ABDALLA *et al.*, 1999; OLIVEIRA e OLIVEIRA, 1999; MONTADON *et al.*, 2001; PEREIRA, 2003).

Para tanto, torna-se imprescindível desmistificar que tratamento odontológico é contra indicado para gestantes e que para cada gestação é natural a gestante perder um dente (COZZUPOLI, 1981; FERRIS, 1993; MACHUCA *et al.*, 1999; KONISHI e KONISHI, 2002; CHRISTENSEN *et al.*, 2003). Segundo KONISHI (1995), a gravidez é uma fase ideal para introdução de novos hábitos, pois a gestante mostra-se psicologicamente receptiva a adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influência positiva no desenvolvimento da saúde do seu bebê. SCAVUZZI *et al.* (1995) afirmam que há necessidade das gestantes disporem, durante o pré-natal, de serviços odontológicos adequados (do individual ao coletivo), com o objetivo de alcançar no futuro melhores condições saúde bucal para a população.

O acompanhamento da condição de saúde da gestante tornou se um método preventivo por excelência a partir do início do século XX, pois ao longo do tempo observou se que ao acompanhar a mulher durante toda a gestação, tornava-se mais fácil prevenir e detectar precocemente certas alterações, tanto maternas quanto fetais, permitindo reduzir riscos à gestante e um desenvolvimento saudável ao feto (BRASIL, 1988; SHIRMER, 2000).

De acordo com SHIRMER *et al.* (2000), para que a gravidez transcorra com segurança são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. Entretanto o despertar do olhar da Odontologia para este público veio a partir da necessidade de mudanças para superar o modelo

biomédico de atenção à doença e da observação da suscetibilidade das mulheres no período gestacional em decorrência das mudanças fisiológicas (COSTA *et al.*, 2002; TEDESCO, 2002; BOGGESS, *et al.*, 2003; BRITO *et al.*, 2006).

O SB Brasil revelou dados alarmantes sobre as doenças periodontal e cárie da população brasileira, entretanto o levantamento não avaliou a condição de saúde bucal de certos grupos, com o das gestantes. Porém, na literatura encontramos alguns trabalhos referentes à saúde bucal de gestantes.

Na Austrália, CHAPMAN *et al.* (1974) observaram prevalência de cárie em 303 gestantes, obtiveram um CPO-D foi de 19,1, sendo o componente cariado 2,8. Destas gestantes, 80% necessitavam tratamento restaurador e 17,1% de exodontia. Um dado relevante é que 35% dos casos que necessitavam de tratamento odontológico eram considerados urgências. Na mesma região, JAGO *et al.* (1984) avaliaram as condições bucais de 314 gestantes, e relataram que apenas 16% das gestantes estavam livres de gengivite, 67% tinham cálculo, 25% apresentavam bolsa periodontal pelo menos em um sextante e 8% em vários sextantes. O componente cariado foi 2,7 sendo o CPO-D 15,8, 70% da amostra necessitava de tratamento restaurador, 5% de endodontia e 10% exodontia; 12% necessitavam de tratamento de urgência e 7% tinham dor.

PAPP *et al.* (1990), na Hungria, realizaram levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal de 57 mulheres no período gestacional, destas 98,25% apresentaram cárie e 96,5% gengivite.

No Brasil, NARVAI *et al.* (1984), em Cotia, realizaram levantamento epidemiológico numa amostra de 117 gestantes, com idades entre 20 e 30 anos. O CPO-D médio encontrado foi 25,88, sendo que para os componentes cariado, extraído e extração indicada as médias foram, respectivamente 11,1 e 10,32 e 2,9.

ZANATA *et al.* (1997), em Bauru, realizaram avaliação clínica da condição de saúde bucal de 50 gestantes, usuárias do SUS. Foi detectado um CPO-D médio de 12,5. Observou-se que o índice sofria uma variação de 250% para a faixa etária maior de 35 anos quando comparada à de 13 a 18 anos. O componente cariado, com média de 3,16 dentes, predominou na faixa mais jovem enquanto que na faixa de 35 anos predominou o componente perdido, com média de 11,06.

SCAVUZZI *et al.* (1999) avaliaram a condição bucal de 204 gestantes da cidade de Salvador, BA. Obtiveram CPO-D médio de 9,71, sendo que 41,2% dos dentes estavam cariados e 9,1% tinham indicação para exodontia. Das gestantes, 95% apresentaram alteração periodontal, das quais 73% tinham tártaro em pelo menos um sextante.

A gravidez é relatada na literatura como momento de máxima importância para se realizar promoção de saúde e ações de educação em saúde bucal. Nesta fase as mulheres ficam susceptíveis a doenças bucais, estão sensíveis emocionalmente e receptivas a novos hábitos e orientações, pois se preocupa com a própria saúde e com o bom desenvolvimento e bem estar do feto. A vulnerabilidade e dependência do feto e a importância da gestação têm levado as sociedades organizadas ao reconhecimento das necessidades essenciais das gestantes e das condições de assistência à saúde que necessitam (COZZUPOLI, 1981; BLINKHORN, 1981; SHEIN *et al.*, 1991; ROCHA, 1993; MENINO e BIJELLA, 1995; GARCIA, 1995; COSTA *et al.*, 1998; SCAVUZZI *et al.*, 1998; SANTOS-PINTO *et al.*, 2001; HONKALA e AL-ANSARI, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, através do Programa de assistência integral a saúde da mulher, afirma que a educação em saúde é de extrema relevância quando diz: “as gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize, e que a participação de um profissional de saúde junto desse grupo é fundamental para organizar discussões e esclarecer dúvidas”. Com relação à assistência odontológica, durante o pré-natal, este documento orienta que “todas as gestantes por ocasião do primeiro atendimento do pré-natal, deverão ser agendadas para consulta de rotina nas unidades de saúde que dispõem de serviço odontológico” (BRASIL, 1998). Tais orientações foram reafirmadas pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que ainda faz especificações quanto à necessidade de ampliação do acesso a saúde bucal com objetivo de superar o modelo de atenção que focava a doença e não a prevenção. Nesse sentido, ações educativo-preventivas e garantia ao atendimento individual às gestantes, têm o objetivo de qualificar a saúde e por consequência tornar estas mulheres atores fundamentais para a transformação das condições de saúde de sua família (BRASIL, 2004b).

De acordo com FERRARI e KALOUSTIAN (1998), há um consenso em torno da família, sendo visualizada como um espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância, divisão de responsabilidades, busca coletiva de estratégias de sobrevivência e

núcleo inicial do exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos. Em qualquer sociedade a família, além de uma unidade social, é também uma unidade funcional básica de saúde. Em função disto e do fato da mãe representar um importante papel no núcleo familiar e este a célula social mais forte e primitiva de toda a sociedade, onde se desenvolve a formação da personalidade, dos bons costumes e dos bons hábitos de higiene dos indivíduos, é fundamental que os programas de educação em saúde procurem envolver as gestantes e toda família, visto que os pais, mas principalmente as mães têm papel crucial na transferência e demonstração dos hábitos de saúde para seus filhos (RAYNER, 1970; DOSHI, 1985; SHEIN *et al.*, 1991; COSTA *et al.*, 1998; SCAVUZZI *et al.*, 1998; 1999; MACHUCA *et al.*, 1999; HONKALA e AL-ANSARI, 2005; HABASHENCH *et al.*, 2006; BRITO *et al.*, 2006).

Todavia, para ocorrer um processo construtivo e contínuo de promoção de saúde bucal deve se considerar, antes de tudo, a receptividade e o nível do conhecimento da população que se pretende atingir, principalmente, neste contexto (BERND *et al.*, 1992). Também se faz necessário, no processo, conhecer os interesses de quem ensina e de quem aprende, no sentido de criar uma relação harmônica de trocas efetivas de experiências entre as partes, partindo do conhecimento das necessidades e anseios desse grupo populacional para se promover a motivação e a mudança de comportamento (COSTA *et al.*, 1997; BIJELLA e BIJELLA, 1998; PEREIRA, 2001; HONKALA e AL-ANSARI, 2005; BRITO *et al.*, 2006).

Crenças e mitos que relegam o tratamento odontológico na gravidez, devido à possibilidade deste causar algum mal a gestante e ao feto, vêm sendo desmistificados. Cada vez mais os profissionais de odontologia se voltam para a busca da melhora da qualidade de atenção à saúde do indivíduo em sua totalidade, procurando sempre dar ênfase ao conjunto de cuidados, curativos e preventivos, durante a gestação (SCAVUZZI *et al.*, 1998; DÍAZ *et al.*, 2001; GARBERO *et al.*, 2005).

Hábitos, atitudes e crenças das gestantes em relação à saúde estão diretamente relacionados a condições socioeconômicas e culturais da comunidade em que elas vivem. Em comunidades menos favorecidas, a existência e a transmissão de conhecimentos equivocados sobre saúde da mulher, cuidados na gravidez e desenvolvimento do feto são uma realidade (COZZUPOLI, 1981; MEDEIROS *et al.*, 2000; DÍAZ *et al.*, 2001; GARBERO *et al.*, 2005).

Segundo PINTO (1989), os hábitos estão diretamente relacionados ao modo como a pessoa vive, sendo frutos, portanto, do que foi construído ou agregado por meio de seu próprio universo cultural. Refletir sobre cultura nos conduz imediatamente a pensar sobre normas, valores, crenças, hábitos, atitudes e comportamentos (SAITO *et al.*, 1999).

Poucos são os trabalhos descritos na literatura que se preocuparam em avaliar conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes ou mães. sobre o processo saúde/doença bucal.

Assim, CHAPMAN *et al.* (1974), na Austrália, entrevistando 303 mulheres gestantes, verificaram que 33% delas acreditavam que a hereditariedade era responsável pela má qualidade dos dentes, 43% que a gravidez era responsável pelo aparecimento de cárie, 13% achavam normal a perda de um dente para cada filho e 61% acreditavam necessitar de algum tipo de tratamento dental. Encontraram ainda, que 88% das 303 gestantes entrevistadas declararam que escovar bem os dentes, reduz cárie dental, sendo que 75% escovavam os dentes 2 ou mais vezes ao dia e 10% escovavam menos na gravidez por causa de enjoos.

COZZUPOLI (1981) entrevistou 170 puérperas do município de São Paulo, com condição socioeconômica e escolaridade baixas, quanto a escovação dental verificou-se que 28,23% realizavam na duas vezes ao dia, 52,88% três vezes ou mais e 15,88% apenas uma vez.

DOSHI (1985), no Canadá, entrevistou 282 parturientes cujo grau de escolaridade era: 39,4% completaram o nível médio, 34% o curso técnico, e 17,4% o curso superior, dentre elas 91% afirmaram escovar os dentes de 2 a 3 vezes ao dia.

MISRACHI E SÁEZ em 1989 no Chile, em estudo de com 50 mães, de com condição socioeconômica e escolaridade baixas, concluíram que o conceito de doença em relação às estruturas bucais não tinha sido assimilado por aquela população e que a percepção de problemas da cavidade bucal e a busca por cuidados de saúde bucal apropriados se manifestam apenas, em casos extremos de “infecção”, “dor” ou “moléstia”. E atribuem à gravidez o efeito nocivo para os dentes, devido a perda de cálcio dos dentes para os bebê.

No Brasil, ROCHA (1993) entrevistou 304 gestantes em Salvador, destas 33% afirmaram que gravidez pode causar problemas na boca sendo os mais citados: dor (39%) e

cárie (33%). Para avaliação da própria saúde bucal, 48,7% achavam “regular” por necessitar de algum tratamento ou por que foram ao dentista há muito tempo e 20,4% avaliaram como “boa” por que não sentiram nada, não tinham mau hálito ou por que cuidavam bem dos dentes. Encontraram que 70,7% das gestantes escovavam os dentes pelo menos três vezes ao dia, 28,9% de uma a duas vezes ao dia, sendo que 69,4% declararam escovar os dentes com a mesma frequência que antes da gravidez. Sobre outro método, além da escovação para a higiene bucal, 69,4% responderam não usar, 25% declararam usar fio dental, linha e/ou palito e 3,3% usavam algum tipo de enxagüatório associado ao fio dental. Quanto ao hábito alimentar na gravidez, 73,4% das entrevistadas passaram a se alimentar mais vezes entre as refeições, sendo que 39,8% se alimentavam constantemente durante o dia, algumas chegaram a firmar “toda hora”.

MENINO E BIJELLA (1995) ao entrevistarem 150 gestantes, em Bauru, de condições socioeconômicas desfavorecidas, obtiveram: 42% consideraram sua saúde bucal ‘boa’ por acharem que não tinham nada ou não tinham grandes problemas bucais, 42,7% consideraram sua saúde bucal ‘regular’ por terem necessidades odontológicas (cárie, dor, sangramento gengival). Para 91,3%, das gestantes, problemas bucais afetam a saúde geral do indivíduo e 44% acreditavam que a gravidez poderia causar problemas na boca, destas 37,9% relacionaram que o enfraquecimento dos dentes era por perda de cálcio para o bebê e 25,8% acreditavam que o número de cáries aumentava na gravidez. Identificaram que 88,7% das entrevistadas escovavam os dentes pelo menos três vezes ao dia, entretanto 49,3% não usavam outros métodos de higiene bucal, além da escovação como prática.

COSTA *et al.* (1998), em Araçatuba, entrevistaram 60 gestantes, que definiram saúde como: 27% ter boa higiene, 20% boa alimentação, 27% estar bem, sendo que 95% delas acreditavam que problemas bucais afetam a saúde geral de um indivíduo.

SANTOS-PINTO *et al.* (2001), entrevistaram 237 gestantes do interior do estado de São Paulo, 40,7% delas têm como verdadeiro o mito de que gravidez provoca cárie. Quanto à existência de alterações bucais durante a gestação, citaram: sangramento gengival (20,3%), queda de restaurações (8,6%), aumento da saliva (18,5%).

DÍAZ *et al.* (2001), no México, entrevistaram 958 mulheres, que já eram mães, sobre a relação entre problemas bucais e gravidez, acreditavam que os problemas mais frequentes eram: descalcificação (43%), perda dental (17%). Para 61% mulheres a gravidez causa mais cáries devido, principalmente, a descalcificação.

MONTADON *et al.* (2001) em João Pessoa, entrevistaram 108 mulheres em período pré ou pós-parto. Observaram que o único hábito de higiene bucal mencionado, como prática freqüente, foi a escovação, sendo que 62% diminuíram a freqüência das escovações, principalmente pela manhã, quando sentiam mais enjoô e 68,5% das mulheres, aumentaram o consumo de alimentos potencialmente cariogênicos, entre as refeições, durante gestação.

Já TIVERON *et al.* em 2004 na cidade de Adamantina, entrevistaram 170 gestantes, das quais 58,8% eram donas de casa e 25,3% domésticas, a maioria com renda inferior ou igual a 3 salários mínimos (81,3%). Quanto à relação gravidez/saúde bucal, responderam: 52,4% não acreditavam que a gravidez causasse alterações na cavidade bucal, 35,2% acreditavam na relação, 12,4% não souberam responder. Das gestantes que responderam haver relação entre gravidez/saúde bucal, 38,3% acreditavam que a “gravidez enfraquece os dentes” e 21,7% que acarretava “dor de dente”.

HABASHENCH *et al.* (2005), nos Estados Unidos, ao entrevistarem 625 puérperas, de situação socioeconômica, relativamente alta, julgado pela renda familiar e educação. A maioria tinha idéia da possível ligação entre gravidez e saúde bucal (53%), enquanto 39% pensavam que problemas nos dentes e gengivas poderiam afetar a gravidez. Quanto aos hábitos de higiene bucal, 57% escovavam os dentes duas vezes ou mais e 71% não usavam fio dental com freqüência diária.

No Kuwait, HONKALA e AL-ANSARI em 2005, entrevistaram 603 puérperas, 64% delas escovavam os dentes mais de uma vez ao dia e 94% escovavam os dentes no mínimo uma vez ao dia. Outros cuidados com higiene oral foram usados por 57% das gestantes, sendo que 23% usavam fio dental e 20% enxagüatório bucal. Observaram ainda que, mulheres com maior nível educacional realizavam escovação dental com mais freqüência que as outras.

BENSON (1967), na Austrália, observou que o maior entrave na formação de clínica odontológica no serviço pré-natal era a resistência de muitas gestantes em ir ao dentista durante a gravidez. Quando convidadas a participar da clínica, na maioria das vezes, respondiam que “não tinham nenhum dente doendo e que tinham seu próprio dentista”. Entretanto, elas mudavam de idéia após receberem esclarecimentos de que as visitas ao dentista da clínica eram apenas para orientações.

No estudo de CHAPMAN em 1974, 85% das gestantes necessitavam de algum tipo de tratamento odontológico e destes 35% eram considerados urgentes, 13% declararam visitar o dentista regularmente, a cada 6 meses, 12% afirmaram ir a cada 12 meses. Entretanto mais de 71% responderam que iriam buscar ajuda profissional somente em caso de emergência apesar de 54% terem ido ao dentista nos últimos 12 meses devido à dor de dente. Os fatores limitantes para a busca tratamento odontológico foram: falta de condições financeiras (35%), falta de tempo(32%), ausência de dentista na área residencial (21%), medo (10%).

Entre as 304 gestantes entrevistadas por ROCHA em 1993, 82,9% não foram ao dentista durante a gravidez, sendo que 30,6% por que não tiveram nenhum problema. Entre as que foram ao dentista (17,1%) os principais motivos foram: dor de dente (42,3%), tratamento/cárie /restauração caiu (34,5%), problema gengival (13,5%) e consulta periódica (9,6 %). Apenas 4,3% receberam orientações de saúde bucal principalmente dos pais (34,9%), professores (54,6%), dentistas (46,4%) e médico (16,1%).

No estudo de MENINO e BIJELLA (1995), 82,4%, das 150 gestantes entrevistadas, receberam alguma orientação sobre saúde bucal antes da gravidez, sendo principalmente de: cirurgiões dentistas (47%), escola (25,2%) e mídia (televisão, livros e folhetos didáticos) (10,6%). Enquanto na gravidez, 95,3% das mulheres não receberam qualquer informação sobre o assunto.

COSTA *et al.* (1998) encontraram que 75%, das 60 gestantes entrevistadas, não buscaram assistência odontológica na gravidez, apesar de 62% considerarem haver estreita relação entre cuidados bucais da mãe e a saúde bucal do bebê.

SCAVUZZI *et al.* (1998), avaliaram 204 gestantes, com nível educacional baixo. Elas apresentaram sangramento gengival (48%) e alguma dor na cavidade bucal (32,4%). Apenas 7,4% procuraram atendimento odontológico sendo que destas 60% encontraram alguma dificuldade para ser atendida. Quando indagadas sobre o porquê de não buscarem o dentista, apresentaram as seguintes justificativas: 32,6% tiveram algum medo (de dentista, de fazer mal ao bebê), 25,9% por não haver necessidade, 17,4% por falta de tempo, 6,6% preguiça e descuido e 5,7% o tratamento é caro. Para as gestantes, os motivos que dificultam o acesso ao tratamento odontológico na gravidez eram: alguém desaconselhou o tratamento odontológico na gravidez (49,5%) e demora em ser atendida (31,9%). A maioria não recebeu, no pré-natal, qualquer orientação sobre cuidados com saúde bucal

(93,6%). Entre os fornecedores de orientação as 13 gestantes estão 8 profissionais de saúde.

No estudo de OLIVEIRA e OLIVEIRA (1999), 37%, das 100 gestantes entrevistadas, apresentaram as alterações bucais, sendo: gengivite (91,9%), ressecamento labial (5,4%), fístula (5,4%). Entretanto, 28% procuraram atendimento odontológico, principalmente por: sentirem dor (12%), cárie (11%) e consulta periódica (5%).

Os resultados de SANTOS-PINTO *et al.* (2001) mostraram que 15,6% das gestantes achavam contra-indicado tratamento odontológico na gestação, 75% não acreditavam que as restaurações permanecessem nos dentes se realizadas neste período, 18,8% acreditavam que as gestantes não podiam tomar anestesia ou se expor ao RX. Apenas 33,9% das gestantes receberam informações sobre cuidados bucais, principalmente de dentistas (37,7%), médicos (12,3%) e mídia (4,6%).

MONTADON *et al.* (2001) encontraram que, entre as 108 mulheres entrevistadas, 98,6% delas tinham cárie, 82,4% tinham pelo menos um dente destruído/perdido pela doença, 85,2% tinham doença periodontal evidente. Porém, quando inquiridas a respeito da busca a atendimento odontológico, 80,5% afirmaram que só procurariam um dentista se sentissem dor.

DIÁZ *et al.* (2001) encontraram sobre a busca por atendimento odontológico na gravidez que 30% das mulheres entrevistadas consideravam importante a consulta com o cirurgião dentista, 28% delas condicionaram a consulta à existência de problemas dentais e 18% consultaria primeiro o ginecologista, mesmo se estivessem com dor dente. Ao serem questionadas sobre tratamento dental, 60% das mulheres responderam que não havia problema em consultar um dentista quando se esta grávida, mas se “hipoteticamente”, naquele momento, estivessem grávidas esse valor reduziu para 22%, 38% delas, se informariam primeiro se os procedimentos não lhes causariam danos. Quanto à visita ao dentista na gestação: 24% das gestantes responderam que era necessário visitar o dentista para regular a perda de cálcio, 14% achavam que não podiam ir ao dentista porque faria mal ao bebê.

LYDON-ROCHELLE *et al.* (2004), nos Estados Unidos, analisaram 1592 questionários respondidos por mulheres que haviam dado a luz, e obtiveram que 42% delas receberam cuidados odontológicos durante o pré-natal. Quanto ao atendimento odontológico: 15% não tiveram problemas dentais e receberam cuidados, 38% não tiveram

problemas dentais e não receberam cuidados, 26% tiveram problemas dentais e receberam cuidados, 21% tiveram problemas dentais e não receberam cuidados.

Já TIVERON *et al.* (2004) obtiveram que 82,9%, das 170 gestantes entrevistadas, não procuraram por atendimento odontológico, sendo as justificativas: 56,7% os dentes pareciam bons e não havia dor. Antes da gravidez, 62,9% das gestantes receberam alguma informação de como cuidar de sua boca, destas 53,2% receberam as orientações na escola. No entanto apenas 1,2% das gestantes receberam tais informações durante a gravidez.

HONKALA e AL-ANSARI (2005) obtiveram que 78%, das 603 puérperas entrevistadas, não receberam instruções a respeito de cuidados de saúde bucal durante a gravidez; 52% visitaram o dentista durante a gravidez e destas, apenas, 38% receberam instruções sobre escovação. As principais razões para a busca de atendimento profissional foram: 50% precisavam de algum tipo de tratamento, 30% sentiam dor, 17% para consulta periódica.

Para BERND *et al.* (1992), se as percepções, por vezes, parecem difíceis de serem mudadas, é justamente a sua ambigüidade que pode sugerir a possibilidade de um processo de conscientização. Quando constatado o distanciamento entre os discursos científico e popular, pretensamente, uma postura pessoal e profissional mais democrática e a ambigüidade que aflora do discurso popular, remetem a uma reflexão.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Avaliar os conhecimentos e práticas de saúde bucal de um grupo de mulheres gestantes, usuárias do Sistema Único de Saúde, do Município de Dourados-MS

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o nível socioeconômico da amostra
- Descrever a auto-percepção das gestantes em saúde bucal
- Identificar os fatores que influenciam e interferem no acesso ao tratamento odontológico durante a gravidez

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo é uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa.

### **4.1 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Grande Dourados, através do parecer nº 087/05 (Anexo 1). A coleta de dados, nas unidades básicas de saúde, foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Dourados, através do ofício nº 335/04/GAB (Anexo 2).

### **4.2 SUJEITOS**

Foram entrevistadas gestantes com idades compreendidas entre 13 a 41 anos, escolhidas casualmente, conforme o agendamento diário de cada unidade básica de saúde em Dourados, MS. Para participar da pesquisa, a gestante deveria ter passado por pelo menos uma consulta de pré-natal, e ter lido e assinado o termo de consentimento livre esclarecido, se maior de 18 anos ou quando menor ter autorização dos pais ou responsáveis (Anexo 3). A definição da amostra passou pelas seguintes etapas:

### **4.3 DEFINIÇÃO DOS LOCAIS PARA COLETA DE DADOS**

De acordo com o Relatório da Gestão Municipal de Dourados-2005 (Dourados, 2005), a população tem acesso ao atendimento odontológico através de 25 unidades de saúde, 19 escolas e 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A assistência pré-natal é realizada em 27 unidades de saúde, das quais 8 foram selecionadas. Os critérios para a escolha das unidades foram a cobertura populacional e o número de mulheres gestantes cadastradas na unidade pelo Sisprenatal (DATASUS, 2005).

Dentre as 8 unidades, 3 eram Unidades Básicas de Saúde da Família e 5 Centros de Saúde. Sendo elas:

I - Centro de Saúde Santo André

II - Centro de Saúde Isidro Pedroso

III - Centro de Saúde Vila Rosa

IV - Centro de Saúde Ouro Verde

V - Centro de Saúde Seleta

VI - Unidade B. S. da Família Maracanã

VII - Unidade B. S. da Família Parque das Nações II

VIII - Unidade B. S. da Família Cachoeirinha

#### 4.4 DEFINIÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Considerando que a população de Dourados, em 2005, era de 183.096 habitantes, de acordo com as estimativas do IBGE (2005), e tomando como base as orientações do Ministério da Saúde (1986) sobre a população genérica de gestantes, sendo esta de 4% do total de uma dada população. Por meio da expressão de ARMITAGE e BERRY (1997):

$$n = \frac{\left(\frac{Z\alpha}{2}\right)^2 \cdot p(1-p)}{e^2}$$

Onde:  $\frac{Z\alpha}{2}$  = nível de confiança = 1,96; e = erro= 3%; p= proporção esperada= 4% ; n = tamanho da amostra = 164.

Assumindo um erro de 3% e utilizando-se a fórmula com intervalo de confiança de 95%, obteve se, para o município de Dourados-MS, uma amostra mínima de 164 gestantes.

Quadro 1. Distribuição da amostra de acordo com as unidades de saúde.

| <b>UNIDADE DE SAÚDE</b>                   | <b>n</b>   | <b>%</b>   |
|---|------------|------------|
| Centro de Saúde Santo André               | 34         | 13,1       |
| Centro de Saúde Isidro Pedroso            | 33         | 12,7       |
| Centro de Saúde Vila Rosa                 | 27         | 10,4       |
| Centro de Saúde Ouro Verde                | 34         | 13,1       |
| Centro de Saúde Seleta                    | 50         | 19,2       |
| Unidade B. S. da Família Maracanã         | 34         | 13,1       |
| Unidade B. S. da Família P. das Nações II | 24         | 9,2        |
| Unidade B. S. da Família Cachoeirinha     | 24         | 9,2        |
| <i>TOTAL</i>                              | <b>260</b> | <b>100</b> |

A distribuição da amostra, nas unidades de saúde, foi obtida através da média de gestantes cadastradas nas unidades pelo Sis prenatal e posterior representação percentual entre as unidades escolhidas. Na pesquisa, foram entrevistadas 260 gestantes, distribuídas de acordo com o Quadro 1. As proporções encontradas não representam valores exatos, estando a amostra mínima ao redor deste valor.

#### **4.5 ESTUDO PILOTO**

Foi realizado estudo piloto, com participação de 20 gestantes com objetivo calibrar a entrevistadora e testar o formulário de coleta de dados, para detectar e corrigir deficiências de formulação.

#### **4.6 COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados entre Janeiro e Abril de 2006 nas Unidades de Saúde, sendo as entrevistas e o preenchimento dos formulários realizados pela própria pesquisadora.

O formulário empregado para a coleta de dados foi organizado de acordo com VIEIRA e HOSSNE, 2001. O instrumento foi baseado em dois questionários, previamente

calibrados, utilizados pelo Ministério da Saúde no Projeto SB Brasil-2003 e por ROCHA (1993), utilizando-se desses questionários apenas itens pertinentes ao tema do projeto de pesquisa. O formulário constou de 34 perguntas, de acordo com Anexo 4.

Após as entrevistas, as gestantes receberam orientações quanto à necessidade e importância dos cuidados com sua saúde bucal para a manutenção da sua saúde e de seu bebê. Observou-se, durante a coleta de dados, que algumas gestantes necessitavam de atendimento odontológico, sendo as mesmas encaminhadas ao cirurgião dentista da unidade básica de saúde.

#### **4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Para análise dos dados utilizou-se o programa computacional EPI-INFO versão 3.3.2, cedido pela Organização Mundial de Saúde.

## 5 RESULTADOS

### CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS GESTANTES

A idade média das gestantes foi 24,49 ( $\pm 6,15$ ) anos, sendo a idade mínima de 13 anos e a máxima de 40. Observa-se maior frequência (50,8%) na faixa etária de 21 e 30 anos (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição da frequência de acordo com a faixa etária das gestantes.

| <b>Grupo etário</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---------------------|----------|----------|
| ≤ 20                | 78       | 30       |
| 21 a 30             | 132      | 50,8     |
| 31 a 40             | 50       | 19,2     |
| TOTAL               | 260      | 100      |

A Tabela 2 descreve as características socioeconômicas da amostra, podendo-se observar que a maioria apresenta renda de até 3 salários mínimos (62,68%), 55,8% das gestantes tinham casa própria e 63,4% dedicavam-se a serviços domésticos no próprio lar.

Com relação ao grau de escolaridade verifica-se que apenas 1,2% das gestantes apresentavam nível superior completo, 53% delas não concluíram o ensino fundamental e 13,5% o ensino médio.

**Tabela 2** - Distribuição das frequências de acordo com situação socioeconômica.

| <b>Características Socioeconômicas</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Renda familiar</b>                  |          |          |
| Sem renda                              | 10       | 3,8      |
| Até de 1 Salário Mínimo                | 45       | 17,3     |
| Mais de 1 até 2 Salários Mínimos       | 117      | 45       |
| Mais de 2 até 3 Salários Mínimos       | 52       | 20       |
| Mais de 3 até 4 Salários Mínimos       | 20       | 7,7      |
| Mais de 4 Salários Mínimos             | 16       | 6,2      |
| <b>Moradia</b>                         |          |          |
| Própria                                | 145      | 55,8     |
| Própria em aquisição                   | 9        | 3,5      |

|                               |     |      |
|-------------------------------|-----|------|
| Alugada                       | 63  | 24,2 |
| Cedida                        | 43  | 16,5 |
| <b>Grau de escolaridade</b>   |     |      |
| Ensino fundamental Incompleto | 138 | 53   |
| Ensino fundamental Completo   | 23  | 8,8  |
| Ensino Médio Incompleto       | 35  | 13,5 |
| Ensino Médio Completo         | 54  | 20,8 |
| Ensino Superior Incompleto    | 7   | 2,7  |
| Ensino Superior Completo      | 3   | 1,2  |
| <b>Ocupação</b>               |     |      |
| Dona de casa                  | 165 | 63,5 |
| Empregada domestica           | 19  | 7,3  |
| Comerciarista                 | 17  | 6,5  |
| Estudante                     | 20  | 7,7  |
| Auxiliar de serviços gerais   | 14  | 5,4  |
| Autônoma                      | 15  | 5,8  |
| Outros                        | 10  | 3,8  |

### AUTOPERCEPÇÃO E ACESSO A SAÚDE BUCAL

Foram investigados o acesso das gestantes a tratamento odontológico, seus conhecimentos e autopercepção sobre saúde bucal, além dos aspectos que interferem no acesso ao tratamento odontológico durante a gravidez.

Na Tabela 3 verifica-se que grande parte das gestantes (98%) foi ao dentista alguma vez na vida, sendo que dessas 57,64% relataram consulta ter ido ao dentista a menos de 1 ano. O serviço odontológico mais procurado foi o público (66,7%).

**Tabela 3** - Distribuição das frequências de acordo com a busca por atendimento odontológica.

| <b>Perguntas /Respostas</b>                        | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Você já foi ao dentista alguma vez na vida?</b> |          |          |
| Sim  | 255      | 98       |
| Não  | 5        | 2        |
| <b>Quando foi sua última visita ao dentista?</b>   |          |          |
| Menos de 1 ano                                     | 147      | 57,6     |
| Entre 1 e 2 anos                                   | 68       | 26,7     |
| Mais de 3 anos                                     | 40       | 15,7     |

| <b>Qual serviço odontológico foi procurado?</b> |     |      |
|---|-----|------|
| Serviço Público                                 | 170 | 66,7 |
| Serviço Particular                              | 77  | 30,2 |
| Serviço Particular (Convênio)                   | 8   | 3,1  |

A Tabela 4 mostra a frequência dos motivos que levaram as gestantes ao dentista pela última vez, sendo a dor de dente o mais relatado. Observa-se também, 66,2% afirmaram ter recebido orientação sobre saúde bucal antes da gravidez.

Quanto à percepção das gestantes sobre a necessidade de consulta com dentista, a maioria delas relata necessitar de tratamento principalmente devido à cárie (36,3%) e a necessidade de controle periódico (30,4%) (Tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição das frequências de acordo com motivo da busca pelo atendimento odontológico, orientações recebidas sobre saúde bucal antes da gestação e percepção da necessidade atual de atenção odontológica.

| <b>Perguntas /Respostas</b>   | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Qual o motivo que te levou ao dentista pela última vez?</b>        |          |          |
| Dor   | 102      | 40       |
| Consulta de rotina/ reparos / manutenção                              | 78       | 30,6     |
| Sangramento gengival /problema de gengiva                             | 5        | 2        |
| Cavidades nos dentes /cárie   | 61       | 23,9     |
| Canal/ Prótese  | 9        | 3,5      |
| <b>Antes da gravidez recebeu alguma orientação sobre saúde bucal?</b> |          |          |
| Sim   | 172      | 66,2     |
| Não   | 88       | 33,8     |
| <b>Você acha que necessita de tratamento atualmente?</b>              |          |          |
| Sim   | 210      | 80,8     |
| Não   | 50       | 19,2     |
| <b>Porque você acha que precisa ir ao dentista?</b>                   |          |          |
| Consulta de rotina/ reparo / manutenção                               | 72       | 30,4     |
| Cavidades nos dentes/ cárie / dente quebrado                          | 86       | 36,3     |
| Sangramento gengival  | 33       | 14       |
| Canal   | 17       | 7,2      |
| Dor   | 13       | 5,5      |
| Ortodontia /Prótese   | 8        | 3,3      |
| Exodontia   | 8        | 3,3      |

Na Tabela 5 pode se observar que a maioria das gestantes auto-avaliou sua condição da saúde bucal como regular e boa, 10% ótima.

**Tabela 5** - Distribuição das frequências de acordo com a auto-percepção das condições bucais.

| <b>Perguntas /Respostas</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Como você classifica sua saúde bucal?</b>                       |          |          |
| Não sabe /não informou   | 3        | 1,1      |
| Péssima  | 8        | 3,1      |
| Ruim   | 40       | 15,4     |
| Regular  | 98       | 37,7     |
| Boa  | 103      | 39,6     |
| Ótimo  | 8        | 3,1      |
| <b>Como você classifica a aparência de seus dentes e gengivas?</b> |          |          |
| Não sabe/ não informou   | 6        | 2,3      |
| Péssima  | 13       | 5        |
| Ruim   | 31       | 11,9     |
| Regular  | 88       | 33,9     |
| Boa  | 112      | 43,1     |
| Ótima  | 10       | 3,8      |
| <b>Como você classifica sua mastigação?</b>                        |          |          |
| Péssima  | 8        | 3,1      |
| Ruim   | 40       | 10       |
| Regular  | 53       | 20,4     |
| Boa  | 149      | 57,3     |
| Ótima  | 26       | 10       |

Os dados da Tabela 6 e 7 mostram que das 260 gestantes entrevistadas apenas 27% receberam orientações sobre saúde bucal na gravidez, principalmente de cirurgiões dentistas (53%) e enfermeiros (29,4%), e somente 29% delas foram instruídas da necessidade de realizar consulta odontológica durante a o pré-natal, principalmente por enfermeiros (41,3%) e médicos (30,7%).

**Tabela 6** - Distribuição das frequências de acordo orientações recebidas sobre saúde bucal e sua origem.

| <b>Perguntas /Respostas</b>                    | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Durante a gravidez, você recebeu alguma</b> |          |          |

| <b>orientação sobre saúde bucal ?</b> |     |      |
|---------------------------------------|-----|------|
| Sim                                   | 68  | 26   |
| Não                                   | 192 | 74   |
| <b>De quem?</b>                       |     |      |
| Cirurgião dentista                    | 36  | 53   |
| Enfermeiro                            | 20  | 29,4 |
| Médico                                | 2   | 2,9  |
| Mídia (TV, rádio, revista)            | 4   | 5,9  |
| Agente comunitário                    | 3   | 4,4  |
| Pais                                  | 3   | 4,4  |

**Tabela 7** - Distribuição das frequências de acordo com orientações recebidas para busca de atendimento odontológico e sua origem.

| <b>Perguntas /Respostas</b>   | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Durante o pré-natal você recebeu orientação para ir ao dentista?</b> |          |          |
| Sim   | 75       | 29       |
| Não   | 185      | 71       |
| <b>Por quem?</b>  |          |          |
| Enfermeiro  | 31       | 41,3     |
| Cirurgião dentista  | 9        | 12       |
| Médico  | 23       | 30,7     |
| Agente comunitário  | 10       | 13,3     |
| Pais  | 2        | 2,7      |

Na tabela 8 pode se observar que 35,4% das gestantes sentiram de pouca a muita dor nos dentes ou gengivas. E apenas 28% foram ao dentista durante a presente gestação.

**Tabela 8** - Distribuição das frequências de acordo com presença de sintomatologia dolorosa em dentes e gengivas e busca por atendimento odontológico, na gravidez.

| <b>Perguntas /Respostas</b>                                    | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Você sentiu dor de dente ou gengiva durante a gravidez?</b> |          |          |
| Nenhuma dor  | 168      | 64,6     |
| Pouca a Muita dor  | 92       | 35,4     |
| <b>Você foi ao dentista durante esta gravidez ?</b>            |          |          |
| Sim  | 73       | 28       |
| Não  | 187      | 72       |

Na Tabela 9, verifica-se acessibilidade ao tratamento odontológico. Entre as gestantes que foram ao dentista, 31,5% delas tiveram dificuldades, sendo relatado que os profissionais de saúde não deram adequado atendimento ou orientação. Entre as que encontraram dificuldades, 62,2% disseram que o seu problema não foi resolvido (o dentista não quis tratar, foi orientada a voltar após o nascimento do bebê, só foi medicada) e 34,8% foram proibidas de realizar o tratamento devido à radiografia ou anestesia, tiveram que passar pelo ginecologista ou dificuldade para marcar horário.

**Tabela 9** - Distribuição das frequências de acordo com acessibilidade ao atendimento odontológico.

| <b>Perguntas /Respostas</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Encontrou dificuldade na busca por atendimento odontológico ?</b>   |          |          |
| Sim  | 23       | 31,5     |
| Não  | 50       | 68,4     |
| <b>Quais foram as principais dificuldades ?</b>  |          |          |
| O problema não foi resolvido (o dentista não quis tratar; orientaram para voltá-la após o nascimento do bebê; só foi medicada) . | 15       | 62,2     |
| Proibiram radiografia e anestesia, pedir autorização ao ginecologista; difícil marcar  | 8        | 34,8     |

A Tabela 10 mostra que os principais motivos que fizeram as gestantes buscarem atendimento odontológico, estão relacionados a necessidades curativas (dor de dente, sangramento de gengiva, dente ou restauração quebrada).

**Tabela 10** - Distribuição das frequências de acordo com o motivo da busca pelo atendimento odontológico na gravidez.

| <b>Perguntas /Respostas</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Porque você buscou atendimento odontológico durante a gravidez?</b> |          |          |
| Dor de dente   | 33       | 45,2     |
| Sangramento na gengiva   | 3        | 4,1      |
| Acha importante cuidar da saúde bucal                                  | 31       | 42,5     |
| Restauração ou dente quebrou   | 6        | 8,2      |

A Tabela 11 mostra os motivos que impediram as gestantes de consultarem o dentista na gravidez. Entre os principais motivos estão a falta de informação (30%) e a dificuldade de acesso (15,5%).

**Tabela 11** - Distribuição das frequências de acordo com motivo por não buscar atendimento odontológico na gravidez.

| <b>Perguntas /Respostas</b>  | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Porque você não foi ao dentista durante a gravidez?</b>   |          |          |
| Medo (dentista, tratamento /anestesia fazerem mal ao bebê) ou achou que não podia ir ao dentista (anestesia/ hemorragia, dentista não iria mexer, grávida não pode ir ao dentista) | 56       | 30       |
| Não estava precisando, não quis, dor passou  | 56       | 30       |
| Não pensou em ir   | 9        | 4,7      |
| Pretende ir antes de ganhar o bebê   | 5        | 2,6      |
| Difícil marcar (acordar de madrugada, não tem vaga)  | 29       | 15,5     |
| Falta de tempo   | 19       | 10,2     |
| Preguiça /relaxo   | 13       | 7        |

Com respeito aos hábitos alimentares durante a gravidez observou-se que a maioria (68,1%) aumentou a ingestão alimentar com preferência para alimentos ricos em carboidratos (44,5%) (Tabela 12).

**Tabela 12** - Distribuição das frequências de acordo com quantidade de refeições diárias e alimento preferido.

| <b>Perguntas /Respostas</b>                           | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Você passou a comer mais durante a gravidez?</b>   |          |          |
| Sim   | 151      | 68,1     |
| Não   | 109      | 41,9     |
| <b>Que tipo de alimento você passou a comer mais?</b> |          |          |
| Arroz /feijão   | 40       | 26,5     |
| Bolacha / pão   | 46       | 30,5     |
| Doces   | 21       | 14       |
| Frutas  | 41       | 27       |
| Carne /verduras                                       | 3        | 2        |

Quanto aos hábitos de higiene bucal, 76,9% das gestantes afirmaram escovar os dentes pelo menos 3 vezes ao dia e 62,7% relataram usar fio dental, porém 67,5% afirmaram usar o fio dental diariamente (Tabela 13).

**Tabela 13** - Distribuição das frequências de acordo com hábitos de higiene bucal.

| <b>Perguntas /Respostas</b>                        | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>Quantas vezes ao dia você escova os dentes?</b> |          |          |
| Uma vez  | 6        | 2,3      |
| Duas vezes   | 54       | 20,8     |
| Três vezes   | 177      | 68,1     |
| Quatro vezes ou mais                               | 23       | 8,8      |
| <b>Você usa fio dental?</b>                        |          |          |
| Não  | 97       | 37,3     |
| Sim  | 163      | 62,7     |
| <b>Quando você usa o fio?</b>                      |          |          |
| Uma vez ao dia                                     | 37       | 22,7     |
| Quando me lembro                                   | 16       | 9,8      |
| Quando o resto alimentar incomoda                  | 37       | 22,7     |
| Duas vezes ao dia                                  | 73       | 44,8     |

Apesar da maioria das gestantes não acreditarem que gravidez causa problemas à saúde bucal, 17,7% das gestantes ficaram indecisas sobre tal relação. Entre os 32,7% de gestantes que acreditavam na relação, os problemas mais citados estão: sangramento gengival, enfraquecimento dental e dor de dente. Verifica-se ainda que 81,5% acreditavam que problemas bucais podem afetar a saúde geral do indivíduo (Tabela 14).

**Tabela 14** - Distribuição das frequências de acordo com a relação entre saúde bucal e gravidez e suas conseqüências; e efeito da condição da saúde bucal sobre saúde geral.

| <b>Perguntas /Respostas</b>                          | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| <b>A gravidez pode causar problemas na boca?</b>     |          |          |
| não sei  | 44       | 16,9     |
| não  | 131      | 50,4     |
| sim  | 85       | 32,7     |
| <b>Que tipo de problemas a gravidez pode causar?</b> |          |          |
| Não sei  | 6        | 7,1      |
| Cárie  | 8        | 9,4      |
| Sangramento da gengiva                               | 18       | 21,2     |
| Enfraquece os dentes                                 | 29       | 34,1     |

|   |     |      |
|---|-----|------|
| Dor de dente  | 19  | 22,3 |
| Mau hálito  | 5   | 5,9  |
| <b>Problemas bucais podem afetar a saúde da pessoa?</b> |     |      |
| Afetam  | 212 | 815  |
| Não afetam  | 33  | 12,7 |
| Não sei / não respondeu                                 | 15  | 5,8  |

## 6 DISCUSSÃO

A análise dos resultados nos permitiu traçar o perfil sócio econômico e avaliar os conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes, usuárias do sistema único de saúde, do Município de Dourados - MS, durante o pré-natal.

É interessante ressaltar que o fato da própria pesquisadora, ter sido responsável por toda coleta de dados, desencadeia a possibilidade das entrevistadas terem se intimidado pelo estigma de ser uma “Doutora Dentista” que estava fazendo a entrevista, impossibilitando talvez, repostas mais sinceras.

Tendo como base a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2003 (IBGE, 2003), as tabelas 1, 2 e 3 demonstram que o grupo estudado constitui-se de mulheres jovens, pertencentes a classes sociais menos favorecidas e com pouca escolaridade. A idade média das mulheres, neste estudo, foi de 24,49 anos com desvio padrão de  $\pm 6,15$ , porém o grupo etário de 13 a 20 anos representou 19% da amostra. A apesar de não ter sido objetivo deste estudo, observou-se durante a coleta de dados, que a maioria das mulheres foi mãe pela primeira vez muito jovem.

A mãe papel-chave no núcleo familiar, principalmente nas questões ligadas a autocuidado e saúde, sendo que idade e maturidade são fatores que podem interferir nos cuidados com a saúde geral e bucal, tanto dela quanto do filho (COSTA *et al.*, 1998; LOPES, 2000). Mães muito jovens podem apresentar dificuldades nas escolhas para seus filhos, pois geralmente, ao engravidar não estão emocionalmente preparadas para criar, uma vez que a maternidade implica em assumir responsabilidades, aceitar o cuidado infantil e considerar as necessidades do filho desde o seu nascimento até sua maior idade (MALDONADO, 1997).

A maioria vive com renda familiar igual ou inferior a 3 salários mínimos, dependendo exclusivamente da renda do companheiro ou de familiares. O perfil encontrado é muito semelhante aos dos estudos de MENINO e BIJELLA (1995), SCAVUZZI *et al.* (1998) e TIVERON *et al.* (2004).

SANTOS-PINTO *et al.* (2001) entrevistando 237 gestantes no interior do estado de São Paulo, obtiveram que 12,8% delas possuíam grau universitário, 40,5% haviam concluído ou cursavam o 2º grau e 45,7% tinham completado ou parado os estudos no 1º grau.

HONKALA e AL-ANSARI. (2005), no Kuwait, obtiveram uma amostra com idade média de 30 anos e nível de escolaridade relativamente alto, sendo que 84% das mulheres tinham concluído a escola secundária (equivalente ao ensino médio), 20% eram professoras universitárias e 30% tinham graduação universitária. A maioria mulheres não Kuwaitianas eram donas de casa (70%) enquanto 70% das mulheres Kuwaitianas trabalhavam fora.

DOSHI (1985) encontrou que 56% das gestantes tinham ente 26 e 35 anos e 36% com 25 anos ou menos, com bom grau de escolaridade, sendo que 39,4% completaram os estudos mínimos exigidos, 34% freqüentaram curso técnico, e 17,4% concluíram ou cursavam a universidade.

O grau de escolaridade das gestantes é um fator relevante no nível de saúde do núcleo familiar. Quanto maior for a experiência educacional da mãe mais positivamente influenciará o padrão de saúde da criança, uma vez que para o filho, a mãe é a figura mais importante da família e nela se espelha para formar e transformas atitudes e comportamentos culminando em geração de hábitos saudáveis para consigo mesmo (SARNAT, 1984; THOMAS e STARTUP, 1992; COSTA, 1998; SILVA *et al.*, 1999).

Condições sociais e econômicas podem se transformar em potencializadores de obstáculos à saúde fortalecendo fatores de risco. O desenvolvimento de doenças pode ocorrer em virtude da precariedade das condições de moradia, alimentação e educação assim como prejuízo a aprendizagem, seja no trabalho, de métodos contraceptivos, de melhoria das condições de higiene e alimentação, e incorporação de conhecimentos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida, pois pessoas que vivem em situação de risco não conseguem satisfazer suas necessidades básicas. (REISINE e DOUGLAS, 1998; SERRA e MOTA, 2000; CHAGAS, 2001).

Os resultados dos SB Brasil demonstram que 13,43% dos entrevistados nunca foram ao dentista; 71,81% fizeram consulta com dentista há 2 anos ou menos; e 55,62% buscaram atendimento no serviço público. Comparando esses resultados com os dados deste trabalho, podemos identificar baixo percentual de gestantes entrevistadas que nunca foram ao dentista (2%) e maior busca por atendimento odontológico num período igual ou menor há dois anos (74,3%), houve concordância na busca pelo serviço odontológico público (66,7%) (BRASIL, 2004a).

Quanto à classificação da saúde bucal, a aparência dos dentes e gengivas e a mastigação, a maioria de todas as respostas foi entre boa ou regular. Tendo em vista que o padrão de repostas para questões conceituais está, diretamente relacionado, com nível de conhecimento e escolaridade, as respostas são condizentes com o perfil da amostra. Parecendo, para elas, ser normal conviver com problemas bucais uma vez que 35,4% das gestantes relataram ter sentido dor (Tabela 8) e 69,6% relataram necessidade de urgência, restauradora e mutiladora (Tabela 4).

MENINO E BIJELLA (1995) obtiveram para auto-avaliação da condição de saúde bucal que 42% das gestantes achavam boa, pois não tinham nada ou não tinham grandes problemas e 42,7% regular por apresentarem algum problema (cárie, dor, sangramento gengival) ou necessidade de ir ao dentista, entretanto neste mesmo trabalho 32,4% disseram sentir dor de dente. Já HONKALA e AL-ANSARI. (2005), encontraram que 54% das gestantes entrevistadas acreditavam que sua saúde bucal estava boa, 28% muito boa e 18% ruim, destas 82% tiveram experiência de dor.

MENINO e BIJELLA (1995) observaram em seu estudo que 82%, 150 das gestantes entrevistadas, tiveram alguma orientação sobre cuidados bucais e que 4,7% delas alguma orientação deste tipo durante a gravidez.

Já TIVERON *et al.* (2004) ao entrevistar 170 gestantes, encontraram que 62,9% haviam recebido algum tipo de orientação sobre cuidados bucais e que apenas 1,2% receberam orientação sobre tal assunto na gravidez.

LYDON-ROCHELLE *et al.* (2004) encontraram que 54% das mulheres não receberam, na gravidez, aconselhamento sobre cuidados com dentes e gengivas. ROGERS (1991) encontrou que 25% das gestantes avaliadas receberam conselhos específicos sobre cuidados bucais na gravidez.

Os resultados do presente estudo se aproximam aos de TIVERON *et al.* (2004) quanto à orientação de saúde bucal em período anterior a gravidez, já para orientação de saúde bucal durante a gestação, o percentual (26%) foi maior que os resultados de estudos nacionais para a mesma questão ficando em posição intermediária entre dos internacionais. Pode-se dizer que as gestantes entrevistadas têm algum conhecimento sobre cuidados com saúde bucal, porém a maioria foi ao dentista, pela última vez por necessidades restauradoras, mutiladoras ou de urgência (Tabela 4), superando os 62%, encontrado pelo

SB Brasil para jovens e adultos, sendo que os motivos citados para a busca por tratamento odontológico foram os mesmos das gestantes (BRASIL, 2004a).

Para CHAGAS (2001), em todos os conceitos, a família tem funções sociais. A cada época da vida do ser humano são incorporados práticas, crenças, valores e costumes familiares que vão influenciar no desenvolvimento da identidade cultural, pessoal e grupal. Neste sentido é importante salientar a magnitude do papel materno dentro do núcleo familiar, sendo a figura mais representativa da família e um agente multiplicador em potencial, capaz de formar e transformar atitudes e opiniões. Para efetivar suas capacidades influenciadoras é necessário que sejam vistas como indivíduos que necessitam de promoção e educação em saúde bucal para que possam desenvolver consciência da importância da saúde bucal para realizar a manutenção da saúde do próprio organismo. (SCAVUZZI *et al.*, 1998; COSTA *et al.*, 1998).

SCAVUZZI *et al.* (1998) relataram que apenas 13 gestantes (6,4%) receberam orientação de saúde bucal, as quais foram dadas por 4 dentistas, 4 profissionais da equipe de pré-natal (médico e enfermeira), 5 por outros (assistentes sociais, mães e TV).

HONKALA e AL-ANSARI (2005) obtiveram que 38% das mulheres receberam instruções de dentistas. Já as gestantes entrevistadas por HABASHENEH *et al.* (2005) citaram, como principais fontes de informações sobre saúde bucal e gravidez, livros e revistas (85%) seguidos por dentistas (54%).

As gestantes, deste estudo, que receberam orientações de saúde bucal no pré-natal citaram o cirurgião dentista (53%) como principal fornecedor das mesmas. Já a orientação para ir ao dentista, foi dada por enfermeiros (41,3%), médicos (30,7%) e agentes comunitários (13,3%). Os resultados deste questionamento são reflexos do fato das gestantes terem contato, quase que exclusivamente durante o pré-natal, com esses profissionais. Nesta perspectiva, é importante ressaltar a relevância do profissional de odontologia estar inserido na equipe de pré-natal, tendo em vista o desenvolvimento dos trabalhos em equipes multiprofissionais, já que o desafio da saúde pública, atualmente, é a interdisciplinaridade com vistas à integralidade (COZZULOPI, 1981; MOURA *et al.*, 2001).

Um fato que pode ter colaborado com resultados maiores, para estes dois questionamentos, em relação aos estudos nacionais, é que antes do início da coleta de dados, ocorreu uma capacitação profissional que trabalhavam com saúde da mulher, no

município de Dourados, estando presentes: enfermeiros, cirurgiões dentistas, médicos e técnicos de enfermagem. Um dos temas abordados foi a “Importância da saúde bucal na gestação”. Talvez este evento possa ter influenciado positivamente os profissionais que cuidam da saúde da mulher e por isso os resultados de orientação sobre saúde bucal e importância do acompanhamento odontológico na gestação tenha sido diferentes dos encontrados na literatura.

A participação integral do cirurgião dentista na equipe de pré-natal é recomendada por diversos autores (CHAPMAN *et al.*, 1974; JAGO *et al.*, 1984; COZZUPOLI, 1981) e pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 1988; 2004). As trocas de conhecimento e experiências entre os profissionais de saúde que lidam com pacientes especiais, como as gestantes, são muito importantes para que se consiga ofertar, a este grupo, atendimento humanizado, integral e de qualidade.

Entretanto, maioria dos profissionais de saúde que realizam o atendimento pré-natal não recebe, durante sua formação, qualquer tipo de informação sobre cuidados com saúde bucal e sua importância, logo não se sentem aptos para esclarecer as dúvidas das pacientes e por vezes acabam negligenciando as necessidades das gestantes. Evidencia-se, portanto a necessidade de avaliar e adaptar os currículos dos cursos de saúde e capacitar os profissionais já atuantes acerca dos pressupostos educativos da prática de saúde bucal, para desencadear um processo de reflexão entre os membros da equipe do pré-natal para atendimento dos indivíduos como um todo. Para se desenvolver então, a assistência numa perspectiva multidisciplinar da práxis de saúde. (FARREL, 1979; COZZUPOLI, 1981; DOSHI, 1985; BERND *et al.*, 1992; ROCHA, 1993; WEYNE, 1997).

COZZUPOLI (1981) observa que a necessidade odontológica é encarada como um problema menor dentro da equipe de pré-natal, havendo nas classes de menor poder aquisitivo, resistência da própria gestante em procurar atendimento e do dentista em atendê-la, não sendo uma conduta condizente com a importância da sanidade do pré-natal como um todo.

O SB Brasil mostra que 26,22% dos indivíduos, entre jovens e adultos, sentiram de pouca dor a muita dor num período anterior há 6 meses (BRASIL, 2004a). Já SCAVUZZI *et al.* (1998) obtiveram que 32,4% das gestantes sentiram dor de dente na gestação, resultado este muito próximo aos 35,4% deste estudo.

ROCHA (1993) encontrou que 17,1%, das gestantes foram ao dentista durante a gravidez enquanto SCAVUZZI *et al.* (1998) obtiveram apenas 7,4%.

Já ROGERS (1991), na Inglaterra, ao entrevistar 500 mães, obteve que 61% procuraram atendimento odontológico no pré-natal, enquanto HABASHENCH *et al.* (2005) obtiveram que 49% das entrevistadas foram ao dentista durante a última gravidez, 96% relataram que o principal tratamento recebido foi exame bucal e limpeza de rotina.

SCAVUZZI *et al.* (1998) e GARCIA (2004) acreditam que o nível de conhecimento sobre cuidados com saúde bucal é caracterizado por conceitos e atitudes, podendo estes determinar o comportamento dos indivíduos frente a medidas de manutenção da saúde bucal. Muitas gestantes se negam a receber tratamento odontológico durante a gravidez, tal padrão de comportamento é reflexo do baixo nível de desenvolvimento de comunidades que preservam mitos e crenças, os quais alimentando conhecimentos incorretos sobre a saúde da gestante e do próprio feto (COZZUPOLI, 1981).

COZZUPOLI (1981) relata que 12% das gestantes entrevistadas por ela, procuraram atendimento odontológico e foram recusadas pelo profissional, fato também ocorrido com 5% das gestantes deste trabalho. Tanto no presente estudo quanto nos de COZZUPOLI (1981) e ROCHA (1993), o motivo da procura por atendimento esteve associado, em sua maioria, a casos de urgência assim como preferência por tratamento restaurador ou mutilador (exodontia).

No estudo de SCAVUZZI *et al.* (1998), 60% das 15 gestantes que foram ao dentista na gravidez, encontraram dificuldades do tipo: o dentista disse que não pode extrair dente de grávida, o dentista desaconselhou, só depois de 8º mês, dentista parou tratamento. Já neste estudo, das gestantes que buscaram atendimento, 23 encontraram dificuldades de atendimento, relacionadas à falta de estrutura do sistema de serviço de saúde e preparo dos profissionais de saúde.

No estudo de MONTADON *et al.* (2001) foi observado que, durante a gravidez, 90,7% das mulheres não receberam tratamento odontológico. 44,4% gestantes sentiram dor de dente e buscaram atendimento que lhes foram negado por estarem gestantes.

A omissão da atenção em saúde bucal à gestante pode ser considerada uma grande perda em saúde pública, pois se negligencia um grupo comprovadamente receptivo a novos

conhecimentos e com grande potencial de agente multiplicador de saúde (CHAPMAN *et al.*, 1974; BLINKHORN, 1981; COSTA *et al.*, 1992; MENINO E BIJELLA, 1995; SCAVUZZI *et al.*, 1999).

ROGERS (1991), na Inglaterra, ao entrevistar 500 mães, obteve que 39% que não procuraram atendimento odontológico no pré-natal, cujas principais justificativas foram: 42% não acharam que era necessário, 17% por compromisso de trabalho, 14% medo e risco para o bebê.

Nos EUA, HABASHENCH *et al.* (2005) encontraram 51% das gestantes não foram ao dentista pelos seguintes motivos: 89% não apresentaram problema, 68% preferiram adiar a visita ao dentista para após o nascimento de bebê, 34% relataram não ter pensado em ir ao dentista, 39% não consideraram prioridade visitar o dentista durante a gestação. E LYDON-ROCHELLE *et al.* (2004), encontraram que 58% não receberam cuidados odontológicos durante o pré-natal.

MENINO e BIJELLA (1995) encontram, entre as 124 mulheres entrevistadas, que 82,7% não foram ao dentista na gravidez e as principais justificativas foram: não foi necessário (52,4%), estou grávida (20,2%), falta de condições financeiras (15,3%) e falta de tempo (12,1%). Tais respostas são semelhantes às encontradas neste estudo, demonstrando que estas gestantes apresentam pouca compreensão da importância dos cuidados de saúde bucal durante a gravidez além de falta de interesse, motivação e orientação sobre saúde bucal. O despreparo do sistema em recebê-las também é evidenciado, sinalizando para situações condizentes com falta de planejamento e organização de promoção em saúde bucal e incapacidade de suprir as necessidades odontológicas desta clientela (SCAVUZZI *et al.*, 1998; 1999).

ROCHA (1993) descreve que a busca por atendimento odontológico não é prioridade no grupo, mesmo quando existe real necessidade de tratamento, o que sugere pouca valorização ou mesmo conformismo com as condições de saúde bucal.

Países mais ricos e desenvolvidos podem oferecer à sua população melhores oportunidades de educação e saúde. O Brasil, nas últimas décadas, passou de país subdesenvolvido a país em desenvolvimento, como reflexo dessa mudança pode-se entender que a falta de investimentos em educação e saúde fomentou a necessidade de se iniciar a construção de políticas públicas saudáveis que gerassem oportunidades de acesso à saúde e educação objetivando melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Para tanto,

estratégias foram desenvolvidas e direcionadas a todas as comunidades, do individual ao coletivo, buscando a redução de desigualdades e alcance da equidade, para culminar na autonomia dos cidadãos. Este processo porém, é longo e lento, e deixa a população refém da morosidade do sistema público. (OPAS, 2004; 2006).

Para MENINO e BIJELLA (1995), MONTADON *et al.* (2001) e HABASHNEH *et al.* (2005) há a necessidade de um programa de saúde, onde o cirurgião dentista faça parte da equipe de pré-natal, para desenvolver ou implementar atividade de cunho educativo-preventivo suprimindo novas necessidades que surgem junto à mulher no advento da gravidez, criando vínculo profissional-paciente, inserindo neste contexto conceitos e atitudes que visem à promoção de saúde no seu núcleo familiar (MALDONADO, 1997).

SHEIHAM e JOFFE (1992) orientam que é necessário construir políticas públicas salutares que visem à promoção de saúde bucal, através da criação de ambientes que apóiem escolhas saudáveis, com fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades de autocontrole e autonomia nas práticas de autocuidado de higiene e saúde além da reorientação dos serviços odontológicos. A necessidade de ampliação dos conhecimentos, da já existente, equipe de pré-natal quanto à saúde bucal é um fato inquestionável e de extrema importância, pois seus componentes não são treinados na área odontológica, não sabendo responder ou esclarecer questionamentos referentes à saúde bucal (FARREL, 1979).

Com a implantação do PACS e posteriormente do PSF, os agentes comunitários e enfermeiros acabam por estabelecer o primeiro contato com as famílias e as gestantes, materializando a ligação direta entre o usuário e o sistema de saúde, criando um vínculo de muito importante. Neste contexto é de muita valia desenvolver as habilidades e ampliar os conhecimentos destes profissionais quanto à saúde bucal, para torná-los mediadores e facilitadores do acesso destas mulheres ao atendimento odontológico durante o pré-natal.

Uma somatória de variáveis predispõe as gestantes a doenças como cárie e gengivite: alterações hormonais, hiperacidez bucal, má conservação da higiene bucal devido a náuseas e vômitos e à mudança do hábito alimentar na gravidez. Problemas emocionais e a preocupação voltada ao nascimento e cuidados da criança no pós-parto também são relatados. (COZZUPOLI, 1981; FERRIS, 1993; OLIVEIRA e OLIVEIRA, 1999; KONISHI e KONISHI, 2002; COSTA *et al.*, 2002; PEREIRA 2003; BRITO *et al.*, 2006).

Em 1963, LOË e SILNESS sugeriram existir relação entre alterações gengivais e periodontais e níveis de estrógeno e progesterona em pacientes grávidas. Outros estudos confirmaram posteriormente a associação entre doença periodontal e gestação (ARAFAT, 1974; ANDRADE e NETO, 1990; ABDALLA *et al*, 1999; SARTÓRIO e MACHADO, 2001; WILLIAMS e OFFENBACHER, 2000).

KAHHLE (1991) descreveu as repercussões clínicas das adaptações do organismo materno durante a gestação, observando hiperemia e edema gengival, podendo causar, com frequência, sangramento durante a escovação dental, merecendo cuidados de higiene e avaliação profissional para evitar doenças gengivais.

Para OFFENBACHER *et al.* (1998), as infecções periodontais podem representar estímulos suficientes para que uma gestante desencadeie trabalho de parto prematuro, e que a chance de partos prematuros aumenta 7,5 vezes quando a gestante apresenta doença periodontal grave, como consequência, nascimento de bebês de baixo peso. Mulheres que dão a luz a bebês de baixo peso em decorrência de trabalho de parto prematuro ou ruptura das membranas tendem a ter doença periodontal mais grave do que mães que tem bebê com peso normal (PAQUETTE *et al.*, 1999; AMAR e HAN, 2003; MOLITERNO *et al.*, 2005; NOACK *et al.*, 2005).

O hábito de escovação dental dos pais está diretamente associado à prática de higiene bucal dos filhos, uma vez que aqueles têm papel fundamental na formação de hábitos ligados à saúde. (PAUNIO, 1994; MENINO e BIJELLA, 1995; TIVERON *et al.*, 2004).

COZZUPOLI (1981) diz que o hábito da escovação, embora universal, varia muito quanto à eficiência, ao momento e o número de vezes em que o fazem. Os resultados, deste estudo, mostraram 76,9% das gestantes escovam os dentes pelo menos 3 vezes ao dia e 68% disseram fazer uso do fio dental. MARCENSE e SHEIHAM (1992) encontraram uma média de frequência de escovação de 2,7 vezes ao dia, em adultos de diferentes categorias socioeconômicas da cidade de Belo Horizonte. Estudos realizados na Europa e Estados Unidos mostram que o padrão de escovação diária mais comum é de uma a duas vezes por dia (GIFT, 1986). TIVERON *et al.* (2004) entrevistando 170 gestantes, encontraram que 75,9% escovavam os dentes pelo menos 3 vezes ao dia.

ABEGG (1997), no estudo com adultos porto-alegrenses, encontrou que 67,5% dos entrevistados, faziam uso de fio dental. Mulheres e pessoas de categoria socioeconômica alta apresentaram maior frequência de uso do fio dental.

Entretanto, COSTA *et al.* (1998), ao entrevistarem 60 gestantes, obtiveram que 48% escovavam os dentes 3 vezes ao dia e que 63% não faziam uso do fio dental. HABASHENCH *et al.* (2005), obtiveram que 35% das gestantes escovavam os dentes uma vez ao dia e 57% escovavam duas vezes ou mais e 29% usavam fio dental uma vez ou mais ao dia. CHRISTENSEN *et al.* (2005), obtiveram que 96%, das 1935 mulheres entrevistadas, escovavam os dentes pelos menos duas vezes ao dia e 17% duas vezes ou mais. O uso do fio dental é relatado como hábito diário por 14% das gestantes e enquanto que 43% faziam uso do fio dental pelo menos uma vez por semana.

A condição socioeconômica influencia uma série de fatores na vida das pessoas, os quais podem refletir nos hábitos e comportamentos (SERRA e MOTA, 2000; CHAGAS, 2001). Inclusive de cuidados pessoais de higiene, pois os produtos de higiene pessoal com dentifrício, escovas de dente e fio dental são produtos caros e acessíveis apenas a uma parcela reduzida da população brasileira (ABEGG, 1997). Além do que, a instituição de novos hábitos em adultos não ocorre facilmente, havendo necessidade de reforço constante, ou seja, a educação é um processo e não acontece do dia para a noite. (BERVIQUE e MEDEIROS, 1983; GARCIA, *et al.*, 2004).

O fato dos resultados para hábitos de higiene ter sido muito positivo pode não condizer com a realidade, principalmente se for considerado que custo da manutenção dos hábitos de higiene bucal de uma família não é baixo e que a maioria da amostra pertence a classes econômicas menos favorecidas.

Os autores são unânimes ao afirmar que, embora algumas mulheres sofram aumento do número de lesões de cárie durante a gestação, a gravidez não contribui diretamente no processo de cárie (FERRIS, 1993; MILLS e MOSES, 2002; TIVERON *et al.*, 2004).

Na gestação, o negligenciar da higiene bucal, pode ser influenciado por náuseas e vômitos, diminuição na capacidade estomacal, devido ao avanço gestacional, e conseqüente aumento da frequência de ingestão alimentar, acarretando a permanência do pH bucal inferior a 7 por um período prolongado (RAMALHO, 1968; OLIVEIRA e OLIVEIRA, 1999; TIVERON *et al.*, 2004; MOREIRA *et al.*, 2004). Neste sentido, muitos

autores orientam da oportunidade de se orientar as gestantes sobre a importância do acompanhamento odontológico e dos cuidados com saúde bucal, uma vez que estão sensíveis e abertas a informações que possam melhorar sua qualidade de vida assim como do seu filho (COSTA *et al.*, 1998; MILLS e MOSES, 2002; LYDON-ROCHELLE *et al.*, 2004)

Observou-se que as gestantes deste estudo aumentaram a ingestão alimentar entre as refeições, com predileção por alimentos ricos em carboidratos, fato este caracterizado pela falta de orientação nutricional por profissionais capacitados. Esse aumento pode desencadear problemas à saúde bucal assim como de ordem sistêmica.

MONTANDON *et al.* (2001), entrevistaram 108 mães em período pré e pós-parto, 68,5% aumentaram o consumo de alimentos ricos em açúcares entre as refeições. Sendo este resultado diferente dos 32,5% obtido neste estudo.

McDONALD e AVERY (2001) consideram apropriado discutir com as gestantes a importância da boa nutrição durante a gestação, já que uma dieta saudável pode influenciar a saúde geral e dentária da criança que vai nascer. Gestantes que restringem calorias podem gerar bebês de baixo peso, já as que excedem podem ter complicações como pressão alta e diabetes (ANDREASEN, 2004).

JAGO *et al.* (1984) enfatizam que a atuação sobre mudanças de comportamento com relação à saúde talvez seja mais importante durante a gestação do que em qualquer outra fase da vida da mulher. A abordagem preventiva deve ser a primeira de uma série de intervenções, pois assimilação de conhecimento nem sempre é acompanhada de mudança de atitude. A instituição de novos hábitos em adultos não ocorre facilmente, havendo necessidade de reforço constante, ou seja, a educação é um processo e não acontece do dia para a noite. (BERVIQUE e MEDEIROS, 1983; GARCIA, *et al.*, 2004).

Apesar da cultura popular mitifica a relação entre gravidez e problemas bucais, 50,4% das gestantes entrevistadas não creditavam em tal relação, entretanto 16,9% mostraram indecisão e 32,7% acreditavam em tal relação, sendo os problemas mais citados em decorrência da gravidez: enfraquecimento dental (34,1%), dor de dente (22,3%), sangramento gengival (21,2%).

Resultados semelhantes foram encontrados por TIVERON *et al.* (2004), onde 52,4% das gestantes entrevistadas não acreditavam na relação entre problemas bucais e

gravidez, entretanto 12,4% não souberam responder e 35,2% disseram haver relação, citando como conseqüência: enfraquecimento dental (34,1%), dor de dente (21,7%) e sangramento gengival (21,2%). ROCHA (1993) obteve que 50,3% das gestantes não acreditavam na relação entre gravidez e saúde bucal, 15,8% não souberam responder e 33,9% acreditavam na relação citando dor de dente (39,8%) e cárie (33%) como conseqüências da gravidez.

HABASHENCH *et al.* (2005), obtiveram 53% das entrevistadas faziam idéia da possível ligação entre gravidez e saúde bucal, 39% pensaram que problemas nos dentes e gengivas podiam afetar a gravidez.

Os resultados obtidos para a relação entre condição de saúde bucal e gravidez mostram que muitas mulheres não foram suficientemente esclarecidas sobre o que realmente afeta a saúde bucal de uma gestante, sendo os mesmos úteis, pois podem servir de base para desenhos de programas voltados para promoção de saúde bucal de gestantes, fundamentados em ações preventivo-educativas capazes oferecerem conhecimentos que supram as necessidades e gerem mudanças.

Em relação à influência da saúde bucal na saúde geral, a idéia de que a boca faz parte do corpo está assimilada por 81,5% das gestantes, enquanto MENINO e BIJELLA (1995) e ROCHA (1993) para o mesmo questionamento obtiveram 91,3% e 97,4%, respectivamente.

Pode-se avaliar como positivo o conceito de saúde para este grupo de gestantes uma vez que os resultados mostram que elas têm discernimento de que a cavidade bucal não é parte isolada do corpo, tendo noção do organismo como um todo. Entretanto, 18,5% descreditavam ou não sabiam se havia tal influência, deixando evidente a necessidade de contínuo investimento na educação em saúde, visualizando sua fonte mais preciosa, a prevenção.

Os resultados vão de encontro ao perfil sócio-econômico da amostra e refletem as discrepâncias encontradas no Brasil, que de um lado, apresenta franca estabilidade e crescimento econômico, enquanto do outro, escassez de investimentos em educação e desenvolvimento sustentável. Evidenciados pela deficiência do sistema de saúde em gerar ações que valorizem a prevenção, para conscientizar os indivíduos de que ter saúde é muito mais do que apenas não ter doença.

Considerando os resultados e a discussão deste estudo, observa-se a necessidade de organizar e desenvolver ampla discussão com a equipe de pré-natal sobre a importância da educação em saúde bucal na fase gestacional. Para tanto é de extrema importância a transferência de conhecimentos básicos em saúde bucal para toda a equipe de pré-natal, a fim de desmistificar crenças e uniformizar conceitos sobre atendimento odontológico na gravidez. Também é fundamental introduzir o cirurgião dentista na equipe de pré-natal e motivá-lo para o trabalho em equipe. Para isso os profissionais de saúde bucal (dentista, técnicos de higiene dental e auxiliares de consultório odontológico) devem sair do seu restrito campo clínico e buscar a integralidade de ações junto ao demais profissionais para desmistificar a idéia que dentista trata só de dente.

Para auxiliar a expansão da educação em saúde bucal é necessário usufruir a influência dos profissionais auxiliares, agentes de saúde, médicos e enfermeiros como facilitadores do processo de mobilização das gestantes para a primeira consulta na clínica odontológica. Uma vez trabalhando integrada, a equipe multiprofissional pode desenvolver ações de cunho educativo-preventivo a estas mulheres com o objetivo de orientar e motivar o autocuidado em saúde, assim como em saúde bucal, ressaltando sempre a importância deles para saúde da mulher e de bebê.

## 7 CONCLUSÃO

- População jovem, com pouca escolaridade e baixa renda, que depende do SUS para assistência médico-odontológica.
- As gestantes apresentam algum conhecimento de saúde bucal, entretanto crenças de que gravidez causa problemas bucais e que gestante não pode ir ao dentista são observados neste grupo.
- Crenças, dificuldades no acesso ao atendimento odontológico e falta de orientação interferem e influenciam na procura por atendimento odontológico.

## **8 ANEXOS**

### **ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE**

### ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Titulo do Projeto: Avaliação do conhecimento e das práticas de saúde bucal de gestantes usuárias do SUS no município de Dourados, MS.

Este trabalho tem por objetivo avaliar o conhecimento e as práticas de saúde bucal de gestantes usuárias das unidades básicas de saúde (postos) durante as consultas de pré-natal. Será desenvolvido junto as gestantes: aplicação de questionário para averiguar o conhecimento sobre saúde bucal seguido de palestra educativa sobre saúde bucal e gravidez; mesmo aquelas que, por algum motivo, não participaram da pesquisa poderão participar da atividade educativa. Participarão do projeto de pesquisa as gestantes: com consulta marcada durante o período de coleta de dados nas localidades escolhidas; que lerem e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido e que tenham feito pelo menos uma consulta de pré-natal.

Esta pesquisa não trará qualquer desconforto ou risco as gestantes pois é realizada através de questionário. Em qualquer fase da pesquisa a gestante terá acesso à coordenadora da pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

É garantida a qualquer gestante a liberdade de retirar, a qualquer momento, seu consentimento de participação da pesquisa . Os dados relativos aos questionários serão analisados em conjunto com os dados de outras gestantes, não sendo divulgada, em nenhuma hipótese ou circunstância, sua identificação ou de qualquer outro paciente. Não haverá despesas pessoais para as pacientes em nenhuma etapa da pesquisa, como também não haverá compensação financeira ou de qualquer outra espécie relacionada as sua participação .

#### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que fui suficientemente informada a respeito da pesquisa e que li, ou que foram lidas para mim, as premissas e condições deste termo de consentimento livre e esclarecimento. Concordo em participar da pesquisa por intermédio das condições aqui expostas e a mim apresentadas pela pesquisadora Elizandra de Queiroz Venancio (fone 99717525). Declaro ainda que ficou suficientemente claros para mim os objetivos do estudo, procedimentos realizados, ausência de desconforto e risco e/ou participação, isenção de despesas e/ou compensação .Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

Dourados, MS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### DECLARAÇÃO

Eu, Elizandra de Queiroz venancio declaro que obtive livremente, de forma apropriada e voluntariamente o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento do sujeito, para efetiva participação na pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Dourados, MS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ANEXO 4 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA, ACESSO E AUTO-PERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA GESTANTES.**

1-Nome: \_\_\_\_\_

2-Endereço: \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

3-Idade: \_\_\_\_\_

4. Grau de escolaridade (\_\_\_)

0- 1º grau completo      1- 1º grau incompleto      2- 2º grau completo      3- 2º grau incompleto

4- Técnico                      5- Superior completo      6- Superior incompleto

5-Moradia (\_\_\_)

0- Própria      1- própria em aquisição      2-Alugada      3-cedida      4-outros

6- Renda familiar (em reais) \_\_\_\_\_ 7- Profissão \_\_\_\_\_

8- Já foi ao dentista alguma vez na vida? (\_\_\_)

0-sim    1-não

9- Há quanto tempo? (\_\_\_)

0- nunca foi ao dentista    1- menos de 1 ano      2- de 1 a 2 anos                      3- 3 ou mais anos

10- Onde ? (\_\_\_)

0-nunca foi ao dentista    1-serviço público    2-serviço particular (liberal)    3- serviço particular (convênio ou plano)

11-Por que? (\_\_\_)

0-Nunca fui ao dentista    1- Dor      2- Consulta de rotina/ reparos / manutenção

3-Sangramento gengival    4-Cavidade no dente    5-Feridas, caroços ou manchas    6-outros \_\_\_\_\_

12- Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais? (\_\_\_)

0-sim    1- não

13-Considera que necessita de tratamento atualmente? (\_\_\_)

0-sim    1- não

14-Resposta anterior positiva, por quê? \_\_\_\_\_

15-Como classificaria sua saúde bucal?(\_\_\_)

0-não sabe/não informou      1-péssima    2-ruim    3-regular    4-boa    5-ótima

16-Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?(\_\_\_)

0-não sabe/ não informou      1-péssima    2-ruim    3-regular    4-boa    5-ótima

17-Como classificaria sua mastigação? (\_\_\_)

0-não sabe/ não informou      1-péssima    2-ruim    3-regular    4-boa    5-ótima

18-O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos meses? (\_\_\_)

0-nenhuma dor 1- pouca dor 2-media dor 3- muita dor

19- Você procurou um dentista durante esta gravidez ? (\_\_\_)

0-sim 1- não

20-Em relação à pergunta 19, por quê? (\_\_\_)

0-Medo 1-Tratamento pode fazer mal ao bebê 2- dor de dente 3- sangramento na gengiva

4-É importante cuidar da saúde bucal 5-Outros\_\_\_\_\_

21-Resposta 19 positiva, encontrou alguma dificuldade para ser atendida?

Sim..... Não .....

22-Se a resposta à pergunta 19 for positiva. Como avalia o atendimento? (\_\_\_)

0-Péssimo 1-Ruim 2-Regular 3- Bom 4- Ótimo 5-Outros\_\_\_\_\_

23- A gravidez pode causar problemas na boca? (\_\_\_)

0-não sei 1-sim 2- não

24-Se a resposta anterior for positiva. Que tipo de problemas a gravidez pode causar? (\_\_\_)

0-não sei 1- cárie 2-sangramento da gengiva 3- enfraquece os dentes

4- dor de dente 5-Mau hálito 6-Outros\_\_\_\_\_

25-Durante a gravidez, você recebeu alguma orientação sobre como evitar problemas bucais? (\_\_\_)

0- Sim 1-Não

26-Resposta anterior positiva, de quem? (\_\_\_)

0-cirurgião dentista 1- médico 2-enfermeiro 3-mídia (tv, rádio, revista) 4- Outros\_\_\_\_\_

27-Quantas vezes ao dia você escova os dentes? (\_\_\_)

28-Você usa fio dental?(\_\_\_)

0- não 1- sim

29- Resposta anterior positiva, quando usa o fio?(\_\_\_)

0- Uma vez ao dia 1- Quando me lembro 2- O resto alimentar incomoda 3- Duas vezes ao dia

30-Você passou a comer mais durante a gravidez? (\_\_\_)

0-sim 1- não

31- Se positiva a resposta anterior, que tipo de alimento você passou a comer mais? (\_\_\_)

0-arroz/feijão 1-bolacha / pão 2-doces 3-frutas 4- carne 5-Outros\_\_\_\_\_

32- Problemas bucais podem afetar a saúde da pessoa?(\_\_\_)

0-afetam 1- não afetam 3- não sei / não respondeu

33- Em alguma das consultas do pré-natal, você foi orientada a ir ao dentista?(\_\_\_)

0-Sim 1-Não

34. Se a resposta anterior positiva, por quem?\_\_\_\_\_

## 9 REFERÊNCIAS

1. ABDALLA, A. E.; VILLA, R. G.; MORA, O. A.; VILLA, N. Cuidados com a gestação. *Amer Dent Assoc (Brasil)*, v. 2, p.78-80, ago. 1999.
2. ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 6, p. 586-593, 1997.
3. AMAR, S.; HAN, X. The impact of periodontal infection on systemic Diseases. *Med Sci Monit*, n. 12, v. 9, p. 291-299, 2003.
4. ANDRADE, L. O. M. *SUS passo a passo: Normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
5. ANDRADE, S. T. R.; NETO, J. G. Odontologia na gravidez. *Rev Odontol Ciência Fac. Odonto / PUCRS*, n. 9, p. 61-73, 1990/1991.
6. ANDREASEN, R. K. *et al.* Obesity and pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, v. 83, p. 1022-1029, 2004.
7. ARAFAT, A. H. Periodontal status during pregnancy. *J Periodontol*, v. 45, n. 8, p. 641- 643, aug., 1974.
8. ARMITAGE, P.; BERRY, G. *Estatística para la investigación biomédica*. 3ª ed. Madri: Harcourt Brace; 1997.
9. AROUCA, S. Crise brasileira e reforma sanitária. *Saúde em debate*, Londrina (Paraná), n. 4, p.15-20, jun. 1991.
10. BENSON, T. J. Planning for the future citizen. *J Ir Dent Assoc*, v. 13, n. 16, p. 141-142, 1967.
11. BERND, B. *et al.* Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes de Valão. *Saúde em Debate*, n. 34, p. 33-39, mar.1992.
12. BERVINQUE, J. A.; MEDEIROS, E. P. G. *Paciente educado, cliente assegurado: uma proposta de educação odontológica*. São Paulo: Ed. Santos, 1983. p. 23-102.
13. BIJELLA, M. F. T. B. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. *J Bras.de odontol & odontol do bebê*. v. 2, n. 6, p. 127-131. 1999.
14. BIJELLA, M. F. T. B.; BIJELLA, V. T. Educação e prevenção em saúde bucal do pré-escolar. *Rev. Gaúcha Odontol*, v. 38, n. 6, p. 445-4449. nov./dez. 1990.
15. BLINKHORN, A.S. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers- sociological implications. *Int Dent J*, n. 31, p. 14-22, 1981.
16. BOGGESS, K. A. *et al.* Periodontal Disease and Preeclampsia. *Obstet Gynecol*, v. 101, n. 2, p. 227-231, feb. 2003.
17. BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgação em 05 de outubro de 1988. Coleção saraiva de legislação. São Paulo; Ed. Saraiva 1995.
18. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003*.

*Resultados Principais*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios 1.<sup>a</sup> ed. 2004a. Disponível em:

<[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0053\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf)>

. Acesso em: 5/04/2005

19. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: 2004b. 16 p. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)> Acesso em: 02/10/ 2005.
20. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 3<sup>a</sup> Conferência nacional de saúde bucal: relatório final. Brasília, 2004c. 148p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/buca>>. Acesso em: out. 2005.
21. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444. de 28 dezembro de 2000. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 dez. 2000.
22. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. *Atenção básica-saúdebucal*. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil\\_sorridente.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php)>. Acesso em: 10/02/2005.
23. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Área Técnica de Saúde Bucal*. Brasília. 2001a.
24. \_\_\_\_\_. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 mar. 2001b.
25. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-infantil. Instituto Nacional de Assistência médica da Previdência Social. *Assistência pré-natal*. 2<sup>o</sup> ed . Brasília: 1988. 69 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre\\_natal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf)>. Acesso em 15/10/2005
26. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 1<sup>o</sup> Conferência nacional de saúde bucal: relatório final. Brasília, 1986. 11p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>> . Acesso em: out. 2005.
27. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de assistência à saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990. 20p.
28. BRITO, E. W. G.; CAMPELO, A. J. T.; COSTA, I. C.C. Comportamento de cirurgiões dentista sobre orientações educativo-preventivas transmitidas as gestantes. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*, v. 9, n. 47, p. 53-59, 2006.
29. CHAGAS, M.I.O. *Gestação e trabalho: alegria e sofrimento, um enfoque cultural*. Fortaleza: UVA, 2001. 128p.
30. CHAPMAN, P. J. *et al*. A dental survey of an antenatal population. *Aust Dent J*, v.19, n. 4, p. 261-8, 1974.
31. CHRISTENSEN, L. B.; JEPPE-JENSEN, D.; PETERSEN, P. E. Self-reported gingival conditions and self-care in the oral health of Danish women during pregnancy. *Journal of Clinical Periodontology*, n. 30, p. 949–953, 2003.

32. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. *Declaração de Alma Ata*. Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em; 15/10/2005.
33. COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. P. Atenção odontológica a gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. *Rev. Pós-Graduação Fac. Odont. USP*, v. 9, n. 3, p. 232-243, 2002.
34. COSTA, I.C. *et al.* Gestante como multiplicador de saúde. *Rev. Pós-Graduação Fac. Odont. USP*, v. 5, n. 2, p. 87-92. 1998;
35. COSTA, I.C.; ALBUQUERQUE; A. J. *Educação para a Saúde: Odontologia Preventiva e Social*, Natal: Ed. UFRM, 1997, p. 223-249.
36. COZZUPOLI, C. A. *Odontologia na gravidez*. São Paulo: Panamed,1981.
37. DATASUS. SISPRENATAL. *Sistema nacional de pré-natal*. Secretaria de Saúde do Município de Dourados – MS, 2005.
38. DÍAZ, G. L. M.; CASTELLANOS, S. J. L.; Lesions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. *Med. Oral Patolol. Oral Cir. Bucal*, v. 9, p. 430-437, 2004.
39. DÍAZ, R. R. M. *et al.* Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. *Revista ADM*, v. 58, n. 2, p. 68-73, mar./abr. 2001.
40. DOSHI, S.B. A study of dental habits, knowledge and opinions of nursing mothers. *J Can Dent Assoc.*, v. 51, n. 6, p. 429-432, jun. 1985.
41. DOURADOS. *Relatório de gestão/ 2005*. Secretaria Municipal de Saúde de Dourados-MS.
42. FARREL, N. E. Reaching an interested audience: dental education in prenatal classes. *Ont Dent* , v. 56, n. 5, p. 19-22, 1979.
43. FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. *Família brasileira, a base de tudo*. KALOUSTIAN, S. M. (Org.). 3ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 1998.
44. FERRIS, G.M. Alteration en female sex hormones: Their effects on oral tissues and dental treatment. *Compend Contin Educ Dent*, v. 14, n. 12, p.1558-1570, 1993.
45. FILHO, A. D. S. Odontologia no PSF - um desafio. *Revista de Saúde da Família*. Brasília, n. 4, p.17-18, jan., 2002.
46. FITZSIMONS, D. *et al.* Nutrition and oral health guidelines for pregnant women, infants, and children. *J. Am. Diet. Assoc.*, v. 98, n. 2, p. 182-186, feb. 1998.
47. FRANCO, T; MERHY, E. F. PSF: Contradições e Novos Desafios. Conferência Nacional de saúde on-line. mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>> Acesso em: 10/05/2005
48. GARBERO, I.; DELGADO, A. M.; BENITO DE CÁRDENAS, I. L. Salud oral en embarazadas: conocimientos y actitudes. *Acta odontol. venez*, v.43, n. 2 p.135-140. mayo, 2005.
49. GARCIA, I. L. Cuidados dentales en la mujer embarazadas. *Rev. Rol. Enferm.*, n.10, p.31-32, 1995.

50. GARCIA, P. P.N.S. *et al.* Avaliação dos efeitos da educação e motivação sobre o conhecimento e comportamento de higiene bucal em adultos. *Cienc. Odontol. Bras.*, v. 7, n.3, p. 30-9, jul./set. 2004.
51. GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. *Saúde em debate*, n. 41, p. 50-57, dez. 1994.
52. GIFT, H. C. Current utilization patterns of oral hygiene practices: state-of-the-science review. In: Løe, H. & Kleinman, D.V. ed. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Oxford, IRL, 1986. p.39-71. .
53. GROISMAN, S.; MORAES, N. M.; CHAGAS, L. D. A evolução da atenção a saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. *Cadernos da Aboprev II*, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5517.pdf>>. Acesso em: 11/10/2005.
54. GUYTON, A. C. *Gravidez e lactação*. In: *Tratado de fisiologia médica*. 6ªed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. cap. 82, p. 886-898.
55. HABASHENCH, R. *et al.* Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol*, n. 32, p. 815-821, 2005.
56. HILGERT, E. C.; ABEGG, C.; PRETTO, S. S. M. Análise das abordagens de educação em saúde em programas de saúde bucal. *Ação coletiva: vol. II*, n. 2, abril/jun 1999.
57. HONKALA, S.; AL-ANSARI, J. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. *J Clin Periodontol*, n. 32, p. 809-814, 2005.
58. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Estimativa de populações para julho de 2005. *Tabelas de estimativa por município*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> . Acesso em 10/10/2005.
59. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Síntese de Indicadores 2003*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 10/12/2005.
60. JAGO, J. D. *et al.* Dental status of pregnant women attending a Brisbane maternity hospital. *Community Dent. Oral Epidemiol*, v. 12, p. 398-401, 1984.
61. KONISHI, F. Odontologia intra-uterina. *Rev. Assoc. Paul Cir. Dent*, v. 49, n. 2, p. 135-136, mar/abr. 1995.
62. KONISHI, F.; KONISHI, R. *Odontologia intra-uterina: um novo modelo de construção de saúde bucal*. In: CARDOSO, A.J.R. *Odontopediatria: Prevenção*. São Paulo: Artes Médicas, p.155-165, 2002.
63. LÖE, H.; BROWN, J.1993; Classification and epidemiology of periodontal diseases. *Periodontology*, n. 3, v. 5, p. 229-238, 2000.
64. LÖE, H.; SILNESS, J. Periodontal disease in pregnancy. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand*, v. 21, p. 533-551. 1963.
65. LOPES, G. Gravidez na adolescência: política prioritária de Saúde. *Jornal da Febrasgo*, São Paulo, n. 3, ano 7, p. 4, abr. 2000.
66. LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática anos 80. *Physis*, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

67. LYNDON-ROCHLLE, M. *et al.* Dental care use and self-reported dental problems in relation to pregnancy. *Am J Public Health*, v. 4, p. 765-771, 2004.
68. MACHUCA, G. *et al.* The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *J Periodontol*, v. 70, p. 779-785, 1999.
69. MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 14º ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
70. MARCENES, W. S.; SHEIHAM, A. The relationship between work stress and oral health status. *Soc Sci Med*, v.35, p. 1511-20, 1992.
71. McDONALD, R. E; AVERY, D. R. *Odontopediatria* , 7ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2001. 601p.
72. MEDEIROS, U. V.; ZEVALLOS, E. F. P.; ROSIANGELA, K. Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso no futuro. *Revista científica do CRO-RJ*, v. 2, n. 2, p. 47-57, 2000.
73. MELLO, C. Sorria Brasil. Informe, 1999. Disponível em : [www.sinog.com.br](http://www.sinog.com.br) Acesso 10/10/2004 .
74. MENINO, R. T. M.; BIJELLA, V. T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. *Rev. FOB*, v. 3, n. 1/4, p. 5-16. 1995.
75. MISRACHI, C. L.; SÁEZ, M. S. Valores crencias y practicas populares en relación a la salud oral. *Cuada Med. Soc.*, v. 30, n. 2, p.27-33, 1989.
76. MOLITERNO, L.F.M. *et al.* Association between periodontitis and low birth weight: a case–control study. *J Clin Peridontol*, n. 32, p. 886–890, 2005.
77. MONTADON, E. M. *et al.* Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, mar./abr. 2001; v. 4, n. 18, p. 170-173.
78. MOURA, L. F. A. *et al.* Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. *J Bras Odontopedatr Odontol Bebê*, v. 4, n. 17, p. 10-14, jan./fev.2001.
79. MOREIRA, P. V. L. *et al.* Uma atuação multidisciplinar relacionada a promoção de saúde oral materno-infantil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, v. 4, n. 3, p. 259-264, set./dez. 2004.
80. NARVAI, P. C. Saúde bucal de gestantes - prevalência de apicopatias e outros problemas dentais no município de Cotia / SP. *RGO*, v. 32, n. 3, p. 243-249, 1984.
81. NOACK, B. *et al.* Periodontal status and preterm low birth weight: a case control study. *J Periodontal Res.*, v. 40, p. 339-345, 2005.
82. OFFENBACHER, S. *et al.* Periodontite: Um fator de risco potencial pra nascimento prematuro. *Compendium / Edição especial*, n.19, v.1, p.32-39, 1998.
83. OLIVEIRA, A. C. A. P.; OLIVEIRA, A. F .B. Saúde bucal em gestantes: um enfoque educativo e preventivo. *J Bras Odontopedatr Odontol Bebê*, n. 7, v. 2, p. 182-185, 1999
84. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. 72 p. 2006. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5545.pdf> > Acesso em 12/05/2006

85. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. 184p. 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5450.pdf>>. Acesso em 12/05/2006
86. PAQUETTE, D.W. *et al.* The concept of "risk" and the emerging discipline of periodontal medicine. *J Contemp Dent Pract.*, v. 1, n. 1, p.1-8, 1999.
87. PAPP, E. *et al.* Longitudinal study of dental status of pregnant women under prenatal care. *Fogorv Sz.* V.63,n.7,p.199-204,jul.1990. [ Hungria]
88. PAUNIO, P. Dental health habit of Young families from southwestern Finland. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v. 22, n. 1, p.36-40, feb. 1994.
89. PEREIRA, A. C., *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 34- 49.
90. PINTO, V. G. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 190-195, 1989.
91. PINTO, V. G. Saúde bucal no Brasil. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 17, p. 316-27, 1983.
92. PINTO, V.G. Relacionamento entre padrões de doenças e serviços de atenção odontológica. *Rev Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p.5- 11, jan./mar. 1989.
93. PRETTO, S. N.; FRANCO, F. Visitas domiciliares como estratégia de educação em saúde- relato de uma experiência . *Ação coletiva*, v. II, n. 3, jul./set. 1999.
94. PUGIN, S. R.; NASCIMENTO, V. B.; COLIN, A. *Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974 – 1996)*. São Paulo: Cedec, série didática, nº 1, dez. 1996. 29p.
95. RAMALHO, A. *Odontologia e obstetrícia : problemas odontológicos relacionados com a gravidez*-Monografia de especialização. Araraquara: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista : 1969
96. RAYNER, J. F. Socio-economic status and factors influencing the dental health practices of mothers. *Am. J. Public Health*, n. 60, p. 1250-58, 1970.
97. REISINE, S.; DOUGLAS, J. M. Psychosocial and behavioral issues in early child hood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, Copenhagen, v. 26, p. 32-44, 1998, supplement 1.
98. ROCHA, M. C. B. S. *Avaliação do conhecimento e das praticas de saúde bucal de gestantes do distrito sanitário docente assistencial Barra / Rio Vermelho – município de Salvador – BA.* São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 1993. 121p. Tese de Doutorado.
99. ROGERS, S. N. Dental attendance in a sample of pregnant women in Birmingham, UK. *Community Dent Health*, v.8, n. 4, p. 361-368, 1991.
100. SAITO, S. K.; DECCICO, H. M. V.; SANTOS, M. N. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré - escolares de 18 a 48 meses. *Rev Odontol Univ São Paulo*, v.13, n. 1, p.5-11, jan./mar. 1999.
101. SANTOS-PINTO, L. *et al.* O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v.4, n. 21, p. 429-434, 2001.

102. SARNAT, H. The relation between mother's attitude toward dentistry and the oral status of their children. *Pediatr. Dent.* v.6, n. 3, p. 128-131, 1984.
103. SARTÓRIO, M. L.; MACHADO, W. A. S. A doença periodontal na gravidez. *Rev. Bras. Odont.* v.58, n. 5, p. 306-308, 2001.
104. SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANA, M. I. P. Estudo da prevalência da cárie dentária em gestantes brasileiras, residentes em Salvador-BA. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v.2, n. 6, p. 96-102, 1999.
105. SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B.S.; VIANA, M. I. P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v.1, n.4, p. 43-50, 1998.
106. SERRA, A. S. L.; MOTA, M. S. F. T. *Promoção da Saúde*. In: RAMOS, F. R.S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G. (Org.). *Um encontro da enfermagem com adolescentes brasileiras: projeto acolher*. Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2000.
107. SERRA, C. G. *A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba*. , Rio de Janeiro, 1998, 1323p. Dissertação – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
108. SHEIHAM, A.; JOFFE, M. *Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations*. In: Johnson, N. (Ed). *Risk markers for oral diseases*. Cambridge, 1992.
109. SHEIN, B.; TSAMTSOURIS, A.; ROVERO, J. Self report compliance and the effectiveness of prenatal dental education. *J. Clin. Ped. Dent*, v.15,n.2,p. 102-108,1991.
110. SHIRMER, J. *et al*. In: *Assistência pré -natal: Manual Técnico – 3ª Ed*. Brasília Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ Ministério da Saúde, 2000. 66 p.
111. SILVA, L. C.; 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. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. v.2, n.8, 1999.
112. SORIA, L. M.; BORDIN, R.; FILHO, C. C. L. Remuneração dos serviços de saúde bucal: forma e impactos na assistência. *Cadernos de saúde de pública* v.18, n. 6, p.1551-1559, nov/dez., 2002.
113. SPOSTO, M. R. *et al*. Atendimento odontológico da paciente gestante: complicações e cuidados a serem adotados. *Rev. Odonto 2000 - Odontologia do Século XXI*, v.1, n.1, p.20-23, 1997.
114. TEDESCO, J. J. A. *O mundo emocional da grávida in: Tedesco, J. J. A. A grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra*. São Paulo:Atheneu, 2002, p. 265-77
115. THILSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. *Cariologia clínica*. 2ed., São Paulo, Livraria e Ed. Santos, 1995.
116. THOMAS, J. F. G.; STARTUP, R. Some social with the dental health of young children. *Commun. Dent. Health*, v.9, n.1, p.11-17, 1992.
117. TIVERON, A. R. F. T.; BENFATTI, S. V.; BAUSELLS, J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestantes do município de Adamantina-SP. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*, n.7, v.35, p.66-77, 2004.

118. TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do programa saúde da família: uma proposta de avaliação. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v.14, n. 2, abril/jun. 1998.
119. VASCONCELOS, M. E. *A Saúde nas palavras e nos gestos*. Ed. Hucitec: São Paulo, 2001.
120. VIEIRA, S.; HOSSNE, W. A. *Metodologia científica para a área de saúde*. Rio de Janeiro:Campus; 2001.
121. WANNMACHER, L.; FERREIR, A. M. B. C. *Farmacologia clinica para o cirurgião dentista*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 169-171.
122. WERNECK, M. A . F. *A reforma sanitária no Brasil*. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV*. Brasília: Ministério da Saúde, p.247-266, 1998.
123. WERNECK, M. A. F. *A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança*. Niterói. 1994. 186p. Tese de Doutorado em Odontologia Social - Universidade Federal Fluminense, 1994.
124. WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde- um desafio para as novas gerações in: *Promoção em saúde bucal: Aboprev* . São Paulo: Artes Médicas, 1997, p. 03-24.
125. WILLIAMS, P. C; OFFENBACHER, S. Periodontal medicine: The emergence of a new branch of periodontology. *Periodontol* 2000, v.23, p. 9-12, 2000.
126. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Indicadores globais de saúde bucal para 2.000: CPO-D- 3 a 12 anos*. Genebra: WHO, 1985.
127. ZANATA, R. L. *et al.* Effect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children. *Bras. Dent. J.*, v.14, n. 2, p.75-81, 2003.
128. ZANATA, R. L. *et al.* Levantamento epidemiológico da condição de saúde bucal (CPO-D/CNTP) de gestantes do município de Bauru. In XII Encontro do grupo brasileiro de professores de dentística, Vitória ,1997, *Anais*. p. 39.