



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TEREZA MARIA ALCÂNTARA NEVES

CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO
DURANTE A GRAVIDEZ

TERESINA

2013

TEREZA MARIA ALCÂNTARA NEVES

CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO
DURANTE GRAVIDEZ

Trabalho de Conclusão de Mestrado (TCM) Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo vital

TERESINA

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

N511cNEVES, Tereza Maria Alcântara

Conhecimento de gestantes sobre atendimento odontológico durante a gravidez/ Tereza Maria Alcântara Neves. Orientador(a): Prof. PhD. Fabrício Ibiapina Tapety. Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2013.

78. p.

Dissertação (mestrado profissional em saúde da família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

1. Cuidados pré-natal; 2. Assistência odontológica; 3. Gestante I. Tapety, Fabrício Ibiapina II. Título.

CDD 617.6

TEREZA MARIA ALCÂNTARA NEVES

CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO
DURANTE A GRAVIDEZ

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à
Coordenação do Programa de Mestrado Profissional em
Saúde da Família do Centro Universitário
UNINOVAFAPI como requisito para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Família.

Data de Aprovação: 18/06/13

BANCA EXAMINADORA

Fabrizio Ibiapina Tapety

Dr. Fabrício Ibiapina Tapety – UNINOVAFAPI (Presidente)

Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura

Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura – UFPI (1ª examinadora)

José Guilherme Férrer Pompeu

Dr. José Guilherme Férrer Pompeu – UNINOVAFAPI (2ª examinadora)

Maria Eliete Batista Moura

Dra. Maria Eliete Batista Moura
UNINOVAFAPI – Suplente

Dedico este trabalho aos meus pais pela formação pessoal e profissional que me proporcionaram desde minha vida escolar até os dias de hoje.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, pela sabedoria e pela saúde.

Aos meus pais por mediante sacrifícios conseguiram me proporcionar uma educação e uma formação profissional pela qual é motivo de orgulho para eles, por serem meus pilares e minha fonte de força e sabedoria, dando – me apoio nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos, Sérvio e Cássio, minhas cunhadas, Nayra e Raquel, pelo apoio, carinho e incentivo para ir adiante nessa longa e difícil caminhada na busca pelo conhecimento.

Ao meu professor, orientador e amigo Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety que com muita paciência e sabedoria soube me conduzir durante o processo de elaboração desse nosso trabalho.

A todos os meus professores, principalmente a Profa. Ms. Teresinha Soares Pereira Lopes que desde a graduação me acompanha e incentiva na minha formação profissional.

Aos meus queridos mestres Profa. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura e Prof. Dr. José Guilherme Ferrer Pompeu por enriquecer nosso trabalho com suas observações e sugestões e prontamente se colocarem a minha disposição.

Às minhas amigas Rossandra Marreiros, Márcia Santos, Fernanda Matos, Thaís Portela e Juliana Macêdo por estarmos lado a lado nos apoiando no decorrer do curso, encorajando umas a outras e por ter a certeza que a amizade construída durante esses dois anos de curso é forte e duradoura.

Ao meu amigo e mentor espiritual Pe. Amarildo Pontes, à minha companheira de estrada e estudos Weslany Dantas e ao amigo, irmão e companheiro Márcio Vinícius Pessoa por todo apoio e carinho.

“A verdadeira medida de um homem não é como ele se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas como ele se mantém em tempos de controvérsia e desafio”.

Martin Luther King Jr.

RESUMO

A gestação representa um momento ideal para a introdução de medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças. A atenção materno-infantil tornou-se nos últimos anos uma área de grande importância na Saúde Pública. Há a necessidade de um vínculo com a equipe de saúde responsável pelo acompanhamento para que as futuras mães possam criar laços que sejam fortalecidos com a confiança mútua entre profissionais de saúde e gestante. O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento de gestantes acompanhadas pela estratégia de saúde da família no município de Monsenhor Gil, Piauí, acerca da assistência odontológica durante a gestação. O estudo realizado foi uma pesquisa de campo observacional, transversal com abordagem quantitativa do tipo descritivo e exploratório. A média de idade foi de 24 anos, com 07 anos de estudo formal, casadas, residem na zona urbana do município, estavam no segundo trimestre da gestação e possuem renda familiar de dois a quatro salários mínimos. O estudo demonstra que 78,8% não receberam orientação de assistência odontológica de enfermeiros, 81,8% não receberam orientação de assistência odontológica dos médicos, 83,3% dos agentes comunitários de saúde e 65,1 % não receberam dos cirurgiões-dentistas orientação sobre a assistência odontológica na gestação. Conclui-se que a atenção odontológica durante a gravidez ainda é escassa devido à presença de mitos e crenças que afastam as gestantes do consultório odontológico e também por falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde da necessidade da assistência odontológica na gestação.

Palavras-chave: Pré – natal; Odontologia; Gestante.

ABSTRACT

Pregnancy is an ideal time for the introduction of measures to promote health and disease prevention. The maternal and child care has become in recent years an area of great importance in public health. There is a need for a relationship with the healthcare team responsible for monitoring so that mothers can create bonds that are fortified with mutual trust between health professionals and pregnant. The aim of this study was to analyze the knowledge of pregnant women followed by the strategy of family health Monsenhor Gil, about dental care during pregnancy. The study included a field survey observational, cross-sectional quantitative approach descriptive and exploratory. Most pregnant women have on average 24 years old, have a high school education, married, living in the urban area, are in the second trimester of pregnancy and have a family income of two to four minimum wages. The study shows that most of the pregnant women interviewed yet performs dental follow during pregnancy. It is concluded that dental care during pregnancy is scarce due to the presence of myths and beliefs that deviate pregnant women dental office and also for lack of knowledge among health professionals of the need for dental care during pregnancy.

Key words: Prenatal care, dentistry, pregnant

RESUMEN

El embarazo es un momento ideal para la aplicación de medidas para promover la salud y prevención de enfermedades. La atención materno-infantil se ha convertido en los últimos años una zona de gran importancia en la salud pública. Hay una necesidad de una relación con el equipo de atención médica responsable de la vigilancia para que las madres puedan crear vínculos que están fortificados con la confianza mutua entre los profesionales sanitarios y embarazadas. El objetivo de este estudio fue analizar el conocimiento de las mujeres embarazadas acompañadas por la estrategia de salud de la familia en el municipio de Monseñor Gil, Piauí, sobre el cuidado dental durante el embarazo. El estudio incluyó un estudio de campo enfoque cuantitativo observacional, transversal, descriptivo y exploratorio. La edad promedio era de 24 años, con 07 años de escolaridad formal, casado, que vive en la zona urbana, se encontraban en el segundo trimestre del embarazo y tener un ingreso familiar de dos a cuatro salarios mínimos. El estudio muestra que el 78,8% no recibió orientación de enfermeras dentales, el 81,8% no recibió orientación de los médicos de atención dental, el 83,3% de la salud comunitaria y el 65,1% no recibieron los dentistas orientación sobre el cuidado dental durante el embarazo. Se concluye que el cuidado dental durante el embarazo es escaso debido a la presencia de mitos y creencias que se alejan a las mujeres embarazadas al consultorio dental y también por la falta de conocimiento entre los profesionales de la salud de la necesidad de atención dental en el embarazo.

Palabras clave: Pre - natal; odontología; embarazada

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Avaliação da orientação dada sobre assistência odontológica na gestação por profissionais da equipe de saúde da família (n = 66). Monsenhor Gil- Piauí. 2012.	39
Tabela 02 - Perfil das gestantes avaliadas em Monsenhor Gil – Piauí. 2012.	40

LISTA DE SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.1 Contextualização do Problema	12
1.2 Objetivos.....	13
1.2.1 Geral	13
1.2.2 Específicos.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 A Gestante e os Programas de Saúde	15
2.2 A Gestante e a Consulta Odontológica.....	17
3 METODOLOGIA	20
3.1 Tipo de Estudo	20
3.2 Cenário	20
3.3 Sujeito.....	21
3.4 Aspectos Éticos e Legais	21
3.5 Análise dos Dados Coletados	21
3.6 Produtos da Pesquisa	22
4 RESULTADOS	23
4.1 Manuscrito 01:	23
4.2 Manuscrito 02:	34
4.3 PRODUTO FINAL.....	51
4.3.1 BANNER EDUCATIVO PARA PALESTRAS COM GESTANTES.....	51
4.3.2 CARTILHA PARA GESTANTES	52
4.3.3 CARTÃO ODONTOLÓGICO	67
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE	74
ANEXOS	78

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do Problema

A gestação é o momento ideal e propício para a introdução de trabalho de educação em saúde, pois representa um período de grandes e complexas mudanças tanto fisiológicas como psicológicas. Shimizu e Lima (2009) e Braz et al (2010) afirmam que a gestação representa um ciclo de mudanças significativas para a grávida, indo além da compreensão biológica e psicossocial.

A atenção materno-infantil é uma área de grande importância principalmente quando se trata de cuidados à mulher durante a gravidez e tem sido considerada nesses últimos anos na Saúde Pública como grande prioridade, contribuindo, deste modo, para a diminuição de índices de mortalidade materna e perinatal (SHIMIZU; LIMA, 2009). O pré-natal consiste no acompanhamento de gestantes pelo médico e/ou enfermeira durante os nove meses de gestação, prolongando-se por mais algumas semanas após o puerpério (FELDENS et al, 2005). A realização da consulta de pré-natal possibilita uma gestação tranquila, podendo prevenir doenças ou riscos tanto para a gestante como para a criança. Além do mais, proporciona a melhoria de vida da mãe e introdução de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Há a necessidade de um vínculo com a equipe de saúde responsável pelo acompanhamento para que as futuras mães possam criar laços que sejam fortalecidos com a confiança mútua entre profissionais de saúde e gestante. A equipe responsável pelo acompanhamento da mulher na Saúde da Família, no período gestacional, deve ser composta não somente pelo médico, enfermeira, mas também pelo cirurgião-dentista (FRACASSO et al, 2005; SILVA et al, 2011). Durante o período de gestação, as mães também devem receber orientações relativas à saúde bucal, fato que não é observado na maioria das equipes de saúde da família, pois as gestantes não têm sido contempladas com orientações relativas à importância de manter a saúde bucal tanto delas como da criança e, conseqüentemente, não há a inserção de uma proposta integral de promoção de saúde. (SOARES, et al, 2009; ALVES et al 2012; SANTOS NETO et al 2012).

Codato et al (2011) afirmam que o profissional de saúde deve atuar, de modo geral, como agente de educação em saúde e desmitifique os medos e crenças voltadas para a

atenção odontológica durante o pré-natal. Os mitos em torno do tratamento odontológico no período gestacional devem ser combatidos pela equipe de saúde bucal com ênfase em promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças que acometem as mulheres durante a gravidez. Em seus estudos, Scavuzziet al. (1998) relataram que cerca de 90 % das gestantes estudadas não procuram o dentista para acompanhamento durante a gravidez devido a crenças e mitos.

De acordo com Finkler, et al (2004), o tratamento odontológico à gestante deveria estar incluído nos cuidados pré-natais para evitar possíveis doenças para a mãe, complicações durante a gestação e no parto, além de agravos na à saúde da criança. Os cuidados preventivos devem receber atenção especial, pois alterações no meio bucal que afetem o equilíbrio, como cárie e doença periodontal, podem ser frequentes nesse período.

O atendimento odontológico não prejudica a gestante e muito menos à criança. De acordo com Oliveira et al (2009), as consultas devem ser realizadas em um período muito curto sempre que possível e preferencialmente na segunda metade do período da manhã, pois nesse período os enjoos são menos comuns. As consultas odontológicas de urgência às grávidas podem ser feitas sem restrição (OLIVEIRA et al, 2009; NASCIMENTO et al 2012). Vasconcelos et al (2012) afirmam que deve ser evitada a realização de radiografias nas gestantes e caso haja necessidade, o exame radiográfico deve ser realizado no segundo trimestre de gravidez utilizando os equipamentos de proteção, tais como avental de chumbo, protetores de tireóide e filmes ultrasensíveis.

Neste contexto, o presente estudo teve como objeto avaliar o conhecimento de gestantes sobre o acompanhamento odontológico durante a gravidez. A realização deste trabalho justifica-se pela necessidade de se conhecer a percepção de gestantes a cerca da assistência odontológica dada pelos profissionais da equipe de saúde da família, bem como propor meios de incentivá-las a procurar acompanhamento odontológico durante os nove meses de gestação e também após o nascimento da criança.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

- Analisar o conhecimento de gestantes acompanhadas pela Estratégia de Saúde da Família/Estratégia de Saúde Bucal acerca da assistência odontológica durante a gestação.

1.2.2 Específicos

- Identificar o conhecimento de gestantes sobre a importância dos cuidados acerca da própria saúde oral e do recém-nascido;

- Elaborar um banner e uma cartilha, sugeridos como material educativo permanente a ser adotado, por todos os profissionais das secretarias municipais de saúde do Piauí e para serem utilizados em palestras educativas de gestantes, visando à promoção de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Gestante e os Programas de Saúde

Considerando o período em que a mulher sofre várias mudanças tanto na ordem física, como psíquica e emocional, a gestação é vista como a fase mais propícia para a promoção de programas de prevenção de saúde bucal tanto da mãe quanto do bebê (ZANATTA et al, 2003; MEDEIROS, 2004; MARTELLI et al, 2009). Em 1998, Scavuzziet al, afirmaram que o período gestacional é o momento mais adequado para a inserção de programas voltados para a promoção de saúde bucal, baseados na educação e prevenção para a futura mãe. Em 2003, Zanata e et al, observaram em seus estudos que a eficácia nas medidas de promoção de saúde bucal e prevenção à cárie durante a gestação possibilitam a redução do índices de cárie tanto nas grávidas como nas crianças, cuja mães participaram de programas educativos. Os mesmos autores realizaram estudos e concluíram que quanto mais precoce a introdução de medidas preventivas para a saúde bucal, menor os índices de cárie dentária em crianças na fase pré-escolar.

A maioria das grávidas não recebem instruções durante a gravidez em relação à manutenção da saúde oral. Os autores citados também afirmam que a eficácia das medidas de prevenção de cárie deve ser iniciada durante a gravidez com palestras educativas, consultas odontológicas durante os nove meses, consequentemente, resultarão em futuras crianças com índices de cárie quase zero. As mães estão mais receptivas às informações e preocupadas com a saúde dos futuros filhos.

As grávidas não obtêm orientações em relação à importância da saúde bucal para uma gestação saudável. Baseado no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que oferece assistência durante a gravidez e período puerperal, tendo como objetivo a conscientização para desenvolvimento de hábitos saudáveis na mãe e nas futuras gerações, Delfino e colaboradores (2004) afirmaram que a atenção à saúde da mulher durante o período gestacional deve ser repensada, pois as gestantes também devem ser incentivadas a participarem de programas desenvolvidos para o acompanhamento odontológico durante a gravidez.

Algumas mulheres grávidas relacionam a cárie dentária com a gestação e necessitam de programas voltados para prevenção e acompanhamento odontológico, afim de que sejam descobertas precocemente alterações bucais (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2009). Já

Albuquerque et al (2004), relataram em seu estudo que as maiores barreiras à consulta odontológica pelas gestantes são o medo e a ansiedade. O receio que algo durante os procedimentos odontológicos possam prejudicar o feto em desenvolvimento é muito grande. Além do mais, os mesmo autores afirmam que associado ao medo há a falta de políticas públicas que incentivem às mães a realizarem o acompanhamento odontológico durante a gravidez.

A estratégia de programas de saúde, de acordo com Pereira e Freire (2004), inclui a educação e inserção de medidas preventivas às grávidas. Os programas de atenção à saúde bucal de gestantes devem incentivar a ida ao dentista como meio de intensificar as ações de promoção de saúde e a prevenção de doenças bucais associadas à gravidez.

De acordo com Feldens et al (2005) uma prática médica e odontológica baseada na promoção de saúde pressupõe a interdisciplinaridade entre áreas da saúde relacionadas com o bem-estar da gestante e do bebê. Quanto mais cedo houver educação em saúde e inserção de medidas preventivas, melhor a saúde bucal das crianças, associados à realização de trabalhos multidisciplinares (FINKLER et al. 2004; FRACASSO et al 2005). Moura et al.(2006) observaram que gestantes que assistiram às palestras educativas sobre prevenção de doenças bucais adotaram medidas eficientes de promoção de saúde oral. O conhecimento adquirido durante o processo educativo representa o ponto de intermediação entre as famílias e a equipe de saúde bucal (MOURA et al, 2006,2007).

Nos últimos anos, as Políticas Públicas de Saúde visam também à promoção de saúde bucal, sendo o novo foco dos cirurgiões – dentistas orientar e educar as pessoas quanto à importância da prevenção de doenças. (MARTELLI; SILVA, 2009).

O cirurgião-dentista é o profissional da área de saúde capacitado para promover ações educativas e preventivas para a gestante, transformando a futura mãe num vetor insubstituível da promoção da saúde bucal em seu núcleo familiar. Medeiros (2004), Feldens et al (2005) e Cruz et al (2004) afirmam que deveria fazer parte da rotina do médico responsável pelo pré-natal da gestante o encaminhamento da paciente ao cirurgião - dentista para uma consulta de avaliação, acompanhamento e orientações adequadas sobre a manutenção e a importância de uma saúde bucal para ela e para o recém-nascido. O profissional de saúde, de acordo com Walter, Costa e Guilhem(2005), é responsável por construir um vínculo entre ele e a mulher grávida, sendo um fator importante para a adesão e permanência das gestantes no serviço de acompanhamento de pré-natal. A gestante deveria ser incentivada a assumir o papel de sujeito ativo e responsável pela própria saúde bucal e a de sua família.

Braz et al (2010) relata há a necessidade de uma orientação para as gestantes em relação a importância de hábitos bucais saudáveis, pois influencia também na instalação de hábitos saudáveis para a criança.

2.2 A Gestante e a Consulta Odontológica

Existem muitos mitos em torno da realização de tratamentos odontológicos em gestantes que devem ser quebrados. Qualquer tratamento odontológico pode ser realizado durante a gestação, para isso, é necessário que o cirurgião – dentista tenha conhecimentos específicos sobre uso de anestésico, técnica e proteção adequada em radiografias, além de prescrição medicamentosa (SCAVUZZI et al 1998). A implantação de um programa odontológico voltado para atendimento às gestantes é dificultada por crenças que giram em torno da relação odontologia e gestante (MOURA, et al. 2006,2007; CODATO, et al. 2009; ZUANON, et al. 2008). De acordo com Hom e colaboradores (2012) os baixos níveis de instrução e informações por parte de muitas grávidas acerca da saúde bucal também representa uma barreira para o interesse pela manutenção da saúde oral.

Scavuzzi e colaboradores (1998) em um estudo com 204 gestantes evidenciaram presença de crenças e mitos relacionados à Odontologia na gravidez, onde os principais motivos de fuga dos dentistas foram o medo de se prejudicar ou de causar danos à criança.

Durante a consulta odontológica, a gestante deve receber orientações sobre: higiene bucal tanto para ela como para o recém – nascido, amamentação, hábitos bucais deletérios, alterações no meio bucal, hábitos alimentares e incentivo ao acompanhamento odontológico durante toda a gestação e após o nascimento da criança. O atendimento odontológico nas grávidas, para Rosell, et al. (1999) representa a melhor forma de minimizar uma provável transmissibilidade de microrganismos bucais patogênicos para seus filhos, prevenindo, em nível primário, as principais alterações bucais.

De acordo com observações feitas por Albuquerque et al.(2004), muitas gestantes deixam de frequentar o consultório odontológico porque elas acreditam que há riscos na anestesia e riscos para o futuro filho, além do mais, boa parte possui vergonha de tirar suas dúvidas com o dentista e de expor sua condição bucal.

As crenças populares apresentam – se como um dos principais fatores de não procura ao atendimento odontológico durante a gravidez (SCAVUZZI et al, 1998; FINKLER, et al. 2004; CODATO et al, 2008; SILVA, MARTELLI, 2011). A desmitificação do atendimento

odontológico é necessária para que haja uma motivação maior por parte da gestante para realização da consulta odontológica (SILVA; MARTELLI, 2011).

Além disso, as gestantes não haviam recebido informação quanto à possibilidade do tratamento odontológico e das medidas de prevenção. Scavuzziet al (1998) e Codato et al (2008) descrevem alguns dos “mitos” considerados pelas gestantes durante a gravidez dentre eles: gravidez predispõe à gestante a ter cárie, o feto absorve cálcio da mãe, tratamento odontológico prejudica o desenvolvimento do feto, o apetite da gestante aumenta pois ela necessita comer por duas pessoas, dentre outros.

Mulheres grávidas são suscetíveis a patologias orais tais como: gengivite gravídica, periodontite, granuloma gravídico, dentre outras, principalmente cárie dentária (HOM et al, 2012).

Em estudos realizados com 670 gestantes de várias etnias atendidas em um hospital em Fiji, Sharma et al (2007) observaram que 50 % deste grupo apresentavam periodontite moderada a grave e, 54 % desta porcentagem, tiveram partos prematuros. Estes autores concluíram que há uma associação altamente significativa entre o nascimento prematuro de crianças e a doença periodontal moderada a grave. Cruz e colaboradores (2009) também encontraram em estudos com 548 gestantes a associação entre doença periodontal e partos prematuros, pois das 42,7% das gestantes apresentavam doença periodontal e boa parte tiveram partos prematuros. Moore et al (2004), Pitiphat et al (2008) e Rai e Kaur (2009) também em estudos realizados com gestantes encontraram associação entre doença periodontal e o nascimento de prematuros.

Quanto mais precoce ocorrer a contaminação da criança pela mãe, maior será seu risco para desenvolver lesões de cárie. Zuanon, Benedeth e Guimaraes (2008) em seus estudos constataram a falta de conhecimento da transmissibilidade da cárie dentária de mãe para filho em 29,84% das entrevistadas. Na consulta odontológica, a orientação sobre a mãe ser o vetor de transmissão de cárie dentária deve ser enfatizada. Volpato et al (2011) em estudos realizados em 30 gestantes com alto risco de cárie atendidas por um programa de prevenção de uma universidade de São Paulo, com a coleta de saliva antes do início e uma semana após o tratamento odontológico, comprovaram em estudos a transmissibilidade da cárie dentária entre mãe – filho.

Em estudos feitos por Santos-Pinto et al (2001), realizados com 237 mulheres grávidas, demonstram as principais alterações no meio bucal sofridas pelas gestantes foram: sangramento gengival (20,3%), queda de restauração (8,6%) e hipersalivação ou ptialismo (18,5%).

Com relação aos hábitos alimentares, é necessário que as gestantes sejam orientadas pelo cirurgião- dentista durante a consulta odontológica sobre o controle da ingestão de alimentos ricos em açúcar e os riscos que eles podem trazer para a saúde bucal. Moura et al (2001), Moreira et al (2004), Mello et al (2004) e Santana et al (2005) consideram apropriado discutir a presença de açúcar com as mães grávidas durante o atendimento odontológico e a importância de uma boa alimentação durante a gestação, já que uma dieta saudável pode influenciar a saúde geral e dentária da criança que vai nascer.

Mesmo com os altos riscos de desenvolvimento de patologias bucais e de possíveis impactos na saúde materno-infantil, estudos realizados por Braz et al (2010) demonstram que as gestantes procuram menos o atendimento odontológico. Barkados, et al (2012) associam a falta de orientação sobre higienização com problemas periodontais. De acordo com esses autores, durante o período gestacional é comum inflamação gengival e, em alguns casos, periodontite, que podem influenciar no peso de recém-nascido.

3METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

O estudo realizado foi uma pesquisa de campo, observacional, transversal com abordagem quantitativa do tipo descritivo e exploratória.

3.2 Cenário

A pesquisa foi realizada no município de Monsenhor Gil, Piauí, considerado de pequeno porte com uma população de aproximadamente 10.333 habitantes, de acordo com o IBGE em 2010. Localizada a 56 km da capital Teresina, com Postos de Saúde que possuem cinco áreas atendidas pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, sendo 02 (duas) da zona urbana e 03 (três) da zona rural.

As gestantes foram convidadas a participar da pesquisa durante a realização da consulta de pré-natal. O meio de coleta de dados utilizado foi um questionário semi-estruturado elaborado pelos pesquisadores.

O questionário foi aplicado por uma pesquisadora no consultório dos Postos de Saúde, onde a equipe de saúde da família realiza os atendimentos, durante a realização do pré-natal. Foi garantido a total privacidade e sigilo ao sujeito da Pesquisa. Não foi necessário nenhuma adaptação do ambiente ou algum aparato especial.

A estruturado questionário foi baseada em pesquisas na literatura e adaptada aos objetivos do estudo. Foi realizado pré-teste do questionário com 10 mulheres que não participaram do estudo, com o objetivo de proceder aos ajustes necessários para melhor compreensão dos assuntos abordados.

Após responder o questionário, as gestantes foram orientadas sobre a necessidade das consultas odontológicas para uma gestação saudável, e garantir a saúde bucal tanto dela como do recém - nascido.

3.3 Sujeito

A quantidade de sujeitos da pesquisa foi fornecida mediante as fichas de acompanhamento das enfermeiras das equipes de saúde da família distribuídas em cinco áreas, sendo duas urbanas e três rurais, totalizando 70 gestantes na faixa etária de 18 a 35 anos de idade, de diferentes classes sociais tanto da zona urbana como da zona rural do município e acompanhadas pelas equipes de saúde da família. Contudo, o estudo foi realizado com 66 gestantes, pois não foi possível localizar durante a coleta de dados, quatro gestantes restantes. A amostra foi do tipo censitária e composta por todas as gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal e entrevistadas no período de janeiro a maio de 2012.

3.4 Aspectos Éticos e Legais

O projeto foi executado após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI (CEP), com o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 0387.0.043.000, aprovado em 06 de janeiro de 2012. A coleta de dados ocorreu de janeiro a maio de 2012, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sabendo que lhes é confiado o direito de sigilo absoluto de identidade, desligando-se do estudo a qualquer momento, obedecendo às diretrizes e normas da Resolução N°196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. A identidade dos participantes não será revelada publicamente em hipótese alguma e somente os pesquisadores envolvidos nesse projeto terão acesso a essas informações, podendo ser utilizadas apenas para fins científicos. O sujeito da pesquisa teve de total liberdade para esclarecer qualquer dúvida durante o andamento da pesquisa com o pesquisador orientador. Foi entregue ao sujeito da pesquisa uma cópia deste Termo de Consentimento e poderia consultar alguém de sua confiança antes de assiná-lo. Foram realizadas individualmente e sem a interferência de outros funcionários, supervisores ou gestores.

3.5 Análise dos Dados Coletados

Após a realização da coleta, os dados foram tabulados e analisados estatisticamente através do programa IBM SPSS Statistics versão 16.0 e do programa estatístico

GraphPrism5.03 para análise e síntese de gráficos. Foi realizado o teste de Dunnett que serve para comparações múltiplas com apenas um servindo de referência.

3.6Produtos da Pesquisa

Como produtos desta pesquisa, foram elaborados um banner e uma cartilha que auxiliará os profissionais de saúde em palestras educativas para gestantes, além de um cartão odontológico para gestantes que auxiliará no controle das consultas odontológicas. A revista de escolha para publicação do artigo (Manuscrito 01) é a Revista Ciência & Saúde Coletiva apresentado seguindo as normas de publicação da mesma.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito 01:

PUERICULTURA E ODONTOLOGIA: UM NOVO CAMINHO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE INFANTIL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE BUCAL

*Tereza Maria Alcântara Neves**
Fabício Ibiapina Tapety

1. INTRODUÇÃO

Após o ano de 1995, houve uma expansão da Atenção Básica em Saúde, incentivada pelo Ministério da Saúde, estados e municípios, em direção a uma política de saúde pública, voltada para a promoção de saúde e prevenção de doenças. Marques e Mendes (2003) afirmam que, paralelo à expansão da Atenção Básica, houve um processo de municipalização e implantação de novas ações voltadas para a promoção de saúde tanto da criança, como do adolescente, da mulher, do idoso e dos demais grupos sociais. A Atenção Básica é um conjunto de ações práticas desenvolvidas com habilidades e conhecimentos técnico-científicos de baixa complexidade. Representa a base de todos os outros níveis de saúde, tendo como metas principais a promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Além disso, necessita de uma grande participação de indivíduos e classes de profissionais de saúde integradas com ações de saúde interdisciplinares, dando prioridade à assistência infantil a fim de garantir o crescimento e desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social (DEL CIAMPO et al, 2006).

O Ministério da Saúde conceitua Atenção Básica como um conjunto de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerado a forma dinâmica pela qual existe no território adscrito (BRASIL, 2006).

As ações da Atenção Primária oferecem promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, além de reabilitação, focando problemas de saúde mais comuns em cada fase do ciclo vital ou grupo social. Com isso, desde 1993, a Estratégia de Saúde da

Família vem expandindo a cobertura da população e aprimora em muito o acesso da população às ações de saúde (FALEIROS et al, 2005; VIEIRA et al, 2012) . Alguns programas voltados para a saúde materno-infantil a nível primário necessitam também da participação multidisciplinar, voltando todas as ações para diminuir os riscos de doenças de modo geral. Para que haja um controle no acompanhamento das crianças, a puericultura utiliza de dois tipos de registros: Cartão da Criança e Cartão de Imunização (FALEIROS et al, 2005).

De acordo com Escorelet al (2007), a implantação do Programa de Saúde da Família, marco na incorporação da estratégia de atenção básica na política de saúde brasileira, encerra, em sua concepção, mudanças no modelo assistencial, voltada para a adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área.

2. PUERICULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA

Cuidados curativos e preventivos são dispensados às crianças tanto nos posto de saúde quanto no domicílio. A puericultura representa uma área da pediatria voltada, principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção de saúde, atuando no sentido de manter a criança saudável, garantido assim, seu pleno desenvolvimento (VIEIRA et al, 2012). Deste modo a criança poderá atingir a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância, com ações que priorizam a saúde ao invés da doença, pois o programa de puericultura deve estender- se a todos os recém – nascidos. Essas ações devem ser realizadas em ambiente ambulatorial individualizado, em visitas domiciliares e com participação dos pais ou responsáveis em grupos de educação (DEL CIAMPO et al, 2006). Contudo, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem ter habilidade, capacidade e preparo para melhor intervir na melhoria organizacional das consultas de puericultura na atenção básica.

Tanto a puericultura como o pré-natal são importantes estratégias de promoção de saúde e prevenção de patologias. Durante a puericultura são realizadas orientações quanto aos cuidados com a saúde da criança em meio de atendimento ambulatorial e individualizado. Por isso, é de suma importância que os profissionais da saúde que trabalham com a saúde da mulher e da criança, sejam estimulados a procurar o aperfeiçoamento de suas práticas dentro dessa área na atenção básica.

Na Estratégia da Saúde da Família, além deste tipo de atendimento, os profissionais que realizam a puericultura devem também fazer visitas domiciliares. O Ministério da Saúde, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida, demais consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida (FALEIROS et al, 2005; DEL CIAMPO et al, 2006; BRASIL, 2010). As visitas são realizadas no pós-natal por profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que orientam em relação à importância da amamentação e dando apoio à mãe caso haja dificuldade na amamentação, consequentemente, crianças acompanhadas pelo programa realizam em média sete consultas preventivas (DEL CIAMPO et al, 2006; FALEIROS et al, 2010; VIEIRA et al, 2012) . Del Ciampo et al (2006), relatam que os objetivos da puericultura são: vigiar o crescimento físico e psicomotor da criança, ampliar a cobertura vacinal, promover educação alimentar e nutricional, higiene física e mental; além de propiciar a socialização e principalmente estimular a promoção de saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade. Tanto a alimentação quanto a amamentação são importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança.

3. PUERICULTURA E ODONTOLOGIA

Ao inserir os cuidados e a promoção de saúde bucal no âmbito familiar, a Odontologia está buscando desenvolver ações e atendimento precoces aos recém - nascidos a partir da vida intrauterina até a fase escolar. Zuanon et al (2008) afirmam que a criança que possui um acompanhamento desde a fase de pre-dentição , passando pela fase de dentição decídua e mista até a fase de dentição permanente, consequentemente terá mais chances de tornar-se um indivíduo saudável. Além do mais, a criança acompanhada e cuidada por seus pais ou responsáveis desde cedo têm a tendência a ter índices reduzidos de cárie dentária, pois de acordo com o Ministério da Saúde (2010) houve uma redução de 26% nos índices de dentes cariados em crianças de até 12 anos de idade e um aumento de 44 % de crianças até 12 anos de idade que nunca tiveram cárie na vida, ou seja, 1,4 milhão de crianças não tem nenhum dente cariado atualmente devido a programas de atuação precoce na saúde bucal. Em uma visão voltada para a educação e prevenção, a Odontologia para bebês é a base da promoção de saúde, realizando atendimento odontológico em crianças a partir do nascimento, com a finalidade de manter a saúde bucal.

De acordo com Moysés et al (2008) todas as ações realizadas em ambiente familiar devem ter por finalidade o conhecimento da realidade da saúde bucal familiar e do bebê, assumindo a família, com isso, um papel de incentivadores da saúde oral e de sua manutenção. A criança fica suscetível aos cuidados da família ou somente de seus cuidadores. Consequentemente, a atenção voltada à saúde infantil terá influência ao longo de sua vida. Zanata et al (2003) em estudos realizados com 81 mães e filhos com o objetivo de avaliar a efetividade de um programa de saúde bucal, iniciado durante gestação sobre experiência de cárie das primigestas e seus filhos concluíram que há evidências de associação entre a incidência de cárie na primeira infância e a presença de placa, assim como a influência significativa de fatores maternos.

A promoção de saúde bucal, além de ações educativas e coletivas, abrange o desenvolvimento de bons hábitos nutricionais e de higiene bucal precocemente (LIMA et al, 2011). Ao associar a saúde do recém-nascido com o zelo familiar, podemos afirmar que esta relação também reflete o modo como são realizados os cuidados na família pela qual esta criança está inserida (MOYSÉS et al, 2008).

Entende-se por puericultura odontológica a atenção voltada para a saúde bucal do recém - nascido no âmbito familiar. A atenção precoce infantil foi incorporada de forma pioneira, segundo Stocco e Baldani (2011) no serviço público pelas Secretarias de Saúde de Londrina e Cambé, em 1987. Os programas voltados para a Atenção Básica da Saúde Infantil, incluindo a saúde bucal, apresentam também como principais metas à promoção de saúde, à prevenção e tratamento de doenças e à reabilitação.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), as ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário, evitando que ocorra de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem. O trabalho de prevenção deve ser levado à gestante, aos futuros pais e às pessoas que cuidam da criança.

Direcionar a Odontologia para cuidados com a criança e implantar esta ideia nos programas de Atenção Básica, voltados para recém-nascidos, representa uma tendência dos últimos anos, principalmente quando associamos à promoção de saúde. Com o desenvolvimento da prática odontológica na primeira infância associado aos hábitos e informações advindas da fase puerperal, apresentam-se resultados satisfatórios no controle da cárie dentária, pois é devido ao seu caráter educativo-preventivo e atendimento precoce dentro de uma visão holística. (ELIAS et al, 2008). Silva (2007) relata a importância do papel dos

pais nos programas de atenção à saúde, conhecimento das gestantes sobre o processo saúde/doença e do atendimento interdisciplinar. Apesar de constatar que as gestantes representam um grupo especial de risco e serem as responsáveis diretas pela introdução de hábitos alimentares saudáveis e de higiene, de modo geral, em seus filhos, as mesmas mostram-se como pouco participativas a programas educacionais.

Guaratieriet al (2009) em seus estudos concluíram que a maioria dos pais e/ ou responsáveis possuía algum conhecimento sobre os cuidados na saúde bucal na primeira infância e que a educação em saúde para os filhos previnem, de certo modo, futuras patologia, dentre elas a cárie. Porém, também como resultado deste estudo, boa parte desconhece a transmissão e os agentes causadores, principalmente da cárie dentária. Oliveira et al, (2010) afirmam que a atenção precoce visa reduzir as chances de desenvolvimento de cáries em crianças, além de proporcionar ambientação com o atendimento odontológico criação de hábitos de higiene bucal. Os mesmos autores também afirmam que a alta prevalência de cárie em escolares evidencia a importância e a necessidade de programas voltados para a promoção de saúde na primeira infância com acompanhamento em visitas odontológicas periódicas registradas na carteira de vacinação da criança.

Um dos fatores primordiais nos programas de assistência precoce infantil é a conscientização por parte dos pais sobre a necessidade de medidas que incentivem o hábito da escovação e o controle no consumo de alimentos cariogênicos. Além do mais, crianças atendidas por programas que visam à manutenção de saúde bucal infantil são exemplos de efetividade e baixos índices de problemas bucais, pois enfatizam e orientam quanto à importância da escovação, conhecimento sobre os hábitos bucais deletérios, alimentação e alterações faciais em crianças que podem causar problemas futuros de oclusão. (FRACASSO et al, 2005; ROCHELLE et al, 2010). Nas primeiras 10 horas de vida, o recém-nato já possui microbiota e a conscientização dos pais, a partir de orientação dos cirurgiões-dentistas sobre o modo de transmissão da flora bacteriana cariogênica, deve ser feita durante o pré-natal e após o nascimento da criança, enfatizando a importância da higiene oral antes da erupção dos primeiros dentes (ROCHA et al, 2004). Em relação à oclusão, Rochelleet al (2010) afirmam que a amamentação é a melhor maneira de evitar problemas oclusais, pois os desvios de desenvolvimento do sistema estomatognático podem se instalar desde a época da primeira infância.

Exercer um papel educativo iniciado antes mesmo do nascimento até a fase de recém-nascido, demonstrando hábitos para minimizar a transmissão de bactérias cariogênicas às crianças, orientação racional da dieta, controle mecânico do biofilme dentário, através da

introdução desde cedo do hábito de escovação e indicação do uso de flúor em bebês representam estratégias e pontos a serem focados durante a puericultura realizada por profissionais de saúde bucal (MAGALHÃES et al, 2006). Em pesquisa realizada, Kuhn e Wambier (2007) constataram que os programas educativos e preventivos realizados durante a gravidez e no período puerperal contribuíram para uma menor incidência de cárie dentária nas crianças. O estímulo da adoção de hábitos mais saudáveis aumentou e houve uma redução de 33 % na amamentação noturna e aumento de 20, 9% na higienização bucal.

O uso de fluoretos deve ser feito após uma avaliação criteriosa da necessidade de cada criança. A criação de mecanismos que incentivem o cuidado com a saúde oral pode ser facilitado com a atuação de uma equipe multidisciplinar atuante nesse sentido e com um trabalho integrado entre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e os profissionais da Estratégia de Saúde Bucal. O incentivo e esclarecimento sobre o uso do flúor após a erupção dos primeiros dentes também pode ser dada durante o período puerperal. Um dos meios utilizados para a promoção de saúde bucal nas crianças com dentes erupcionados é o uso do flúor, considerado um método efetivo no controle de cárie dentária, principalmente a cárie de mamadeira (ELIAS et al, 2008).

O flúor pode ser administrado de forma sistêmica, por meio de água de abastecimento, suplemento e de forma tópica através de dentifrícios, vernizes, soluções para bochechos e géis; além de serem também encontrados em alimentos (ALMEIDA et al, 2007). O clínico deve ter o conhecimento necessário acerca da utilização e indicação dos produtos fluoretados com segurança, principalmente quando for para prescrição em crianças de zero a seis anos de idade. Em pesquisa realizada com odontopediatras, Almeida et al (2007) concluíram que os métodos mais utilizados para aplicação de flúor em crianças de zero a seis anos, no consultório, foram os vernizes, e em uso domiciliar, após orientação profissional, o meio mais prescrito para crianças de zero a três anos forma as gotas de fluoreto de sódio (NaF) 0,02 %.

Essas práticas deveriam ser adotadas também por profissionais com capacitação em Odontopediatria dentro Estratégia Saúde da Família numa tentativa de se reduzir ainda mais a incidência da doença cárie dental em comunidades carentes. Um contato maior entre o cirurgião-dentista da estratégia saúde da família e os outros profissionais da equipe saúde da família deveriam ser intensificado durante a gravidez e no período puerperal.

O flúor, aplicado em crianças a partir da erupção dos primeiros decíduos, é considerado um importante auxiliar na prevenção de cárie, dificultando a desmineralização do esmalte em meio ácido (MAGALHÃES et al, 2009). De acordo com Pagliari e Moimaz(2004)

no leite materno e no leite de vaca in natura são encontrados teores variados de flúor que não oferecem risco ao desenvolvimento de fluorose.

O uso da carteira de vacinação também para registro de consultas odontológicas no recém-nascido é um mecanismo que deve ser utilizado para o controle, frequência e, principalmente a conscientização dos pais da importância de promover saúde bucal e prevenir as doenças orais para uma melhor qualidade de vida da criança. A partir do momento em que há um monitoramento dos hábitos de higienização geral e bucal da família em relação ao recém - nascido e incentivo ao aleitamento materno através de consultas odontológicas marcadas utilizando o cartão de vacina e também de visitas domiciliares, certamente haverá evidências e eficácia das ações de promoção de saúde. (MOYSÉS et al, 2008). A amamentação natural entre zero e seis meses de vida deverá ser a forma exclusiva de alimentação, pois o leite materno possui anticorpos e nutrientes necessários para o desenvolvimento e crescimento saudável, sendo por isso, necessária a introdução o mais cedo possível da criança em um programa de educação e prevenção para evitar as doenças infectocontagiosas do meio bucal (ROCHA et al, 2004; PICCINI et al, 2007).

A saúde bucal infantil é reflexo da qualidade e do acesso às medidas educativas e preventivas. Há uma necessidade de reorganização da saúde pública envolvendo atenção básica à saúde materno-infantil (KUNH; WAMBIER, 2007). Fracasso et al (2005) em pesquisa concluíram que crianças atendidas por programas com ações educativas e preventivas apresentaram baixo índice de: cárie precoce, hábitos de sucção não-nutritivos e alterações faciais quando comparados com crianças que eram atendidas por demanda espontânea.

Outro ponto importante é a identificação das patologias precoces, dentes neonatais/natais; podemos cita também os cistos de inclusão do recém-nascido ou de outras patologias infecciosas tais como a candidíase, durante as primeiras fases de vida do recém-nascido. Os dentes natais são os dentes presentes ao nascimento e os dentes neonatais são os que nascem por volta de 30 dias após o nascimento do recém-nascido. Para Rocha et al (2004) é importante a orientação do cirurgião-dentista em relação à preservação, higienização e presença destes elementos na cavidade bucal da criança.

Os cistos de inclusão do recém-nascido são pápulas pequenas e assintomáticas, branca, branco-amarelada ou acinzentada na mucosa bucal podendo ser múltiplos de 1 a 3 mm, que ao serem encontrados em 75% dos neonatos, desaparecem ainda na fase intrauterina e são classificados de acordo com sua localização sendo chamado de Pérolas de Epstein, nódulos de Bohn ou cistos da lâmina dentária (MARTINS et al, 2009; VAZ et al, 2010). Estes

cistos devem ser reconhecidos pelo odontopediatra ou clínico geral afim de que atentem para a necessidade ou não de intervenção e, principalmente, orientar e tranquilizar os pais sobre a presença dessa alteração na mucosa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A puericultura na Odontologia engloba as ações de saúde voltadas para promoção, educação e prevenção de patologias bucais em recém-nascidos, como por exemplo, utilização da carteira de vacinação do recém-nascido para registro de consultas odontológicas, fazendo parte de um programa de incentivo à amamentação, orientação aos pais e ou responsáveis em relação aos cuidados com higiene bucal dos filhos e hábitos bucais deletérios, hábitos nutricionais, prevenção de cárie dentária precoce, uso adequado do flúor, mediante acompanhamento odontológico com visitas domiciliares dos profissionais da equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal e, posteriormente, consultas odontológicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gabrielle Jacinto Forgaça; YAMAMOTO, Renato; CORLETO, Rafael; FADEL, Cristina Berger; BALDANI, Márcia Helena. Indicações de Odontopediatras Quanto ao Uso de Flúor Tópico por Crianças entre Zero e Seis Anos de Idade: Dados para a Elaboração de um Protocolo de Ações. **Salusvita**. Bauru, v26, n3. p 105- 124, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. 2010.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio; RICCO, Rubens Garcia; DANELUZZI, Júlio César; DEL CIAMPO, Ieda Regina Lopes; FERRAZ, Ivan Savioli; ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 11. n. 3: 739- 743. 2006.

ELIAS, Gracieli Prado; ASSUNÇÃO, Luciana Reichert da Silva; CUNHA, Robson Frederico. Perfil da Utilização do Flúor Tópico em Bebês Adotado pelas Universidades Brasileiras de Odontologia. **Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa. v 8, n 3, p 277 –282; set /dez 2008.

ESCOREL, Ligia Sarah; GIOVANNELLA, Maria Helena; MENDONÇA, Magalhães de; SENNA, Mônica de Castro Maia. **Revista Panam Salud Publica. PamAm/ Public Health**. v21.n2. 2007.

FRACASSO, Marina de Lourdes Calvo; RIOS, Daniela; PROVENZANO, Maria Gisette Arias; GOYA, Suzana. Efficacy of an Oral Health Promotion Program for Infants in the Public Sector. **Journal of Applied Oral Science**. v13. n 4: p 372 – 376. 2005.

GUARIENTI, Cinthya Aline; BARRETO, Vanessa Constant; FIQUEIREDO, Márcia Cançado. Conhecimento dos Pais e Responsáveis sobre Saúde Bucal na Primeira Infância. **Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**. v 9, n 3, 321- 325. set / dez. João Pessoa, 2009.

KUHN, Eunice; WAMBIER, Denise Stlander. Incidência de Lesões de Cárie em Bebês após 15 Meses de um Programa Educativo – Preventivo. **Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**. v 7, n 1, pg 75 – 81. jan / abril. João Pessoa, 2007.

LIMA, Célia Mara Garcia de; PALHA, Pedro Fredemir; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Experiências do Familiar em Relação ao Cuidado com a Saúde Bucal de Crianças. **Revista Latino – Americana Enfermagem**. vol 19, n 1. jan – fev, 2011.

MAGALHÃES, Ana Carolina; RIOS, Daniela; HONÓRIO, Heitor Marques; MACHADO, Maria Moreira. Estratégias Educativas-preventivas para a Promoção de Saúde Bucal na Primeira Infância. **Revista de Odontologia Clínica Científica**. vol 8, n 3: pg 245 – 249. jul / set, 2009.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquiles. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF):Novos Rumos para a Política de Saúdes e seu Financiamento. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 12. n. 4, agos. 2007

MARTINS, Ana Lúcia Ciamponi F.; BELMONT, Luciana Fazzi; HADDAD, Ana Estela; CÔRREA, Maria Salete Nahás P. Erupção Dentária. In **Odontopediatria na Primeira Infância**.3 ed .p 143- 158. Cap12. São Paulo: Santos, 2009.

MOYSÉS, Simone Tertu; KRINGER, Léo;MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo. Artes Médicas,2008.

OLIVEIRA, Ana Lúcia Botta Martins; BOTTA, Ana Carolina; ROSELL, Fernanda Lopez. Promoção de saúde bucal em bebês. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**. Vol 22, n 3: pq 247 – 253. Set - dez, 2010.

PICCINI, Roberto Xavier et al . Efetividade da Atenção Pré-natal e de Puericultura em Unidades Básicas de Saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 1, mar. 2007 .

ROCHA, AML; NASCIMENTO, RM do, Pereira VA da S. Saúde Oral em Bebês entre 0 e 6 Meses de Idade. **Rev Ibero-amOdontopediatrOdontol Bebê**.v7n36, p. 204-10.2004

SILVA, Eliana Lago. Odontologia para bebês. **Revista Paraense de Medicina**. vol 21, n 4. dez, 2007.

STOCCO, Geraldo; BALDANI, Marcia Helena. O Controle das Consultas Odontológicas dos Bebês por Meio de Carteira de Vacina: Avaliação de um Programa Piloto Desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil) **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 16. n. 4: 2311- 2321. 2011.

VAZ, Paulo Renato Martins;VIEIRA, Fernando da Figueira Rodrigues; SILVEIRA Roberto da Gama; MISASATO, José Massao. Alterações Bucais Mais Frequentes no bebê: Relato de

Dois Casos de Cisto de Inclusão. **Revista de Odontologia da Universidade da Cidade de São Paulo**. v 22, n 2: pg 174 – 177. maio – agosto, 2010.

VIEIRA, VivianeCazetta de Lima; FERNANDES, Clauiane Amaro; DEMITTO, Marcela de Oliveira; BERCINI, Luciana Olga; SCOCHI, Maria José; MARCON, Sonia Silva. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: Atuação do Enfermeiro. **CogitareEnferm**.v17. n1.p.119 -125. jan-mar,2012.

ZANATA, Régia Luzia; NAVARRO, Maria Fidela de Lima; PEREIRA, José Carlos; FRANCO, Eduardo Batista; LAURIS, José Roberto P.; BARBOSA, Silvia Helena. Effects of Caries Preventive Measures Directed to Expectant Mothers on Caries Experience in their Children. **BrasDent J**.v14.n2.p. 75 – 81,2003.

ZUANON, Ângela Cristina Cilense;BERNDETTI,Kátia Cristina de;GUIMARÃES, Murilo de Sousa. Conhecimento das Gestantes e Puérperas quanto à Importância do Atendimento Odontológico Precoce. **Odontologia Clínica e Científica**. jan/mar. Recife – PE. 2008.

4.2 Manuscrito 02:

Percepção de Gestante em Relação ao Atendimento Odontológico durante a Gravidez

Perception of Pregnancy in Relation to Dental Care during Pregnancy

Resumo

A gestação representa um período de mudanças psicológicas e fisiológicas nas mulheres. Programas educativos que visem a orientar os profissionais em relação ao atendimento às gestantes são escassos. Os próprios cirurgiões-dentistas, muitas vezes, são os responsáveis pelas barreiras criadas em relação ao atendimento odontológico, associado à crença cultural que desaconselha a assistência odontológica na gravidez. Este estudo observacional, transversal, descritivo é baseado no auto relato das próprias gestantes, na faixa etária de 18 a 35 anos, município de Monsenhor Gil, Piauí. As gestantes responderam um questionário, as quais foram avaliadas em relação à importância da saúde bucal e se recebiam orientação durante o pré-natal para buscar atendimento odontológico. Dentre as 66 gestantes pesquisadas 18,2 % afirmaram receber orientação dos médicos para consulta odontológica, 21,2 % dos enfermeiros, 16,7% dos agentes comunitários de saúde e 34,8% dos cirurgiões-dentistas. Pode-se concluir que os médicos, enfermeiros, agentes de saúde e os próprios cirurgiões – dentistas apresentam dificuldades em orientar as gestantes acerca dos cuidados com a saúde oral e do futuro filho e demonstra a falta de orientação dos profissionais de saúde da estratégia de saúde da família em realizar práticas e ações em saúde bucal que estimulem as mulheres a realizarem consultas odontológicas durante os nove meses de gestação.

Palavras-chave: Pré-natal, odontologia, gestante.

Abstract

Pregnancy is a period of psychological and physiological changes in women. Educational programs that aim to guide practitioners in relation to care for pregnant women are scarce. Their own dentists often are responsible for the barriers created in relation to dental care, associated with cultural belief that discouraged dental care during pregnancy. This observational, cross-sectional, descriptive is based on self-reporting of their own mothers, aged 18-35 years old, the city of Mons Gil, Piaui. The women answered a questionnaire, which were evaluated in relation to the importance of oral health and receive guidance during prenatal care to seek dental care. Among the 66 women surveyed 18.2% of physicians reported being advised to dental visit, 21.2% of nurses, 16.7% of community health workers and 34.8% of dental surgeons. It can be concluded that doctors, nurses, health workers and surgeons themselves - dentists have difficulties in guiding pregnant women about oral health care and the future child and demonstrates the lack of guidance from health professionals of the health strategy family to hold practices and oral health practices that encourage women to perform dental visits during the nine months of pregnancy.

Key words: Prenatal , dentistry, pregnant

Introdução

A gestação representa um período de mudanças psicológicas e fisiológicas para a mulher, que podem predispor à situação de risco à saúde bucal¹. É um momento ideal para inserção de informações que promovam o bem-estar, tendo consequências positivas sobre a saúde da mãe e do futuro filho². Deste modo, a gravidez representa uma época oportuna para desmitificar alguns mitos e crenças que giram em torno da assistência odontológica durante essa fase especial da vida da mulher.

É imperiosa a existência da relação entre médico-dentista-paciente, com vista à promoção de saúde, de modo geral³. Por isso, é muito importante que haja esse intercâmbio de informações e conhecimentos entre os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento à gestante. Muitas grávidas preocupam-se muito mais com as consultas dos médicos e também o acompanhamento feito pela enfermeira do que com a consulta odontológica. Uma abordagem multidisciplinar à gestante garante uma gravidez saudável. Porém, há pouca informação sobre comportamento dos profissionais de saúde sobre cuidados com a saúde bucal durante a gravidez⁴. Os médicos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas dentre outros, ajudam a promover o bem-estar da futura mãe e do seu filho⁵. Entretanto, devido a uma série de fatores, há uma tendência desses profissionais de saúde dar pouca importância aos cuidados necessários à saúde oral.

Neste aspecto, todos os profissionais são responsáveis pelo acompanhamento da saúde bucal da gestante, dependendo do grau de formação e da capacidade de orientá-la, bem como pelo estímulo à prática da promoção de saúde e, conseqüentemente, da prática de prevenção de doenças. A assistência odontológica durante a gravidez ainda não é indicada pela maioria dos profissionais, pois muitos apresentam insegurança em relação à consulta odontológica. É importante sensibilizar as gestantes para acompanhamento médico e odontológico além do papel fundamental que assumem na saúde da criança. Muitos profissionais de saúde bucal preferem se esquivar do atendimento odontológico à gestante principalmente no primeiro trimestre, com receio de serem responsabilizados por possíveis fatalidades ocorridas com o feto⁷.

A falta de investimento em programas educativos que ajudem a orientar os profissionais em relação ao atendimento às gestantes é de grande necessidade. Os próprios dentistas, muitas vezes, são os responsáveis pelas barreiras criadas em relação ao atendimento odontológico, associado à crença cultural que desaconselham à assistência odontológica na gravidez⁸.

O acompanhamento odontológico dado à grávida, encaminhada durante o pré-natal pelo médico ou enfermeira e agendado pelo agente comunitário de saúde durante as consultas, diminui os riscos de malefícios à saúde da mãe e do recém-nascido, prevenindo doenças e, inserindo o recém-nascido desde cedo em um programa de promoção de saúde⁹. A equipe de saúde da família deve atuar diretamente na realização do pré-natal com orientações simples e rotineiras, no intuito de incentivar a gestante à prática de autocuidado, prevenindo agravos ocasionados pela falta de um acompanhamento primário. O entrelaçamento entre as múltiplas práticas profissionais torna-se um fator de bastante relevância quando se leva em consideração a saúde de modo geral da gestante durante o pré-natal.

Diante dos programas de acompanhamento às gestantes na estratégia de saúde da família e na importância da promoção de saúde, houve a necessidade de verificar junto às grávidas as medidas e orientações tomadas pelos profissionais de saúde em relação à assistência odontológica na gestação.

Nesse sentido, este estudo se propõe a verificar a existência de práticas e ações em saúde bucal realizadas pelos profissionais de saúde da família durante o pré-natal na concepção de gestante.

Metodologia

Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE 0387.0.043.000) em 06 de janeiro de 2012, iniciou-se um estudo observacional, transversal, descritivo com abordagem quantitativa e exploratória com as gestantes do município de Monsenhor Gil, Piauí, localizado a 56 km da capital Teresina. A população total do município, de acordo com o IBGE, é de 10.330 habitantes. A amostra foi do tipo censitária e composta por gestantes atendidas pela equipe de saúde da família e saúde bucal, totalizando em 66 gestantes submetidas a um questionário, na faixa etária de 18 a 35 anos de idade, que não relatavam doenças sistêmicas, de diferentes classes sociais tanto da zona urbana como da zona rural. De acordo com o critério de distribuição das áreas, a zona urbana possui duas equipes de saúde da família e saúde bucal e a zona rural, três equipes de saúde da família e saúde bucal. O valor mínimo da amostra calculada para a pesquisa foi de 53 gestantes, levando em conta a população total do município. Este valor foi calculado e atestado por um estatístico. Vale ressaltar que nesse período o total de mulheres grávidas no município era em torno de 70, porém não foram encontradas quatro delas para realização da pesquisa. Todas as grávidas leram e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento de coleta de dados (um questionário com perguntas fechadas) foi entregue às gestantes durante as consultas de pré-natal realizadas pela enfermeira da equipe de saúde e também durante o atendimento odontológico realizado pelos cirurgiões-dentistas das referidas equipes nos postos de saúde durante os meses de fevereiro a abril de 2012. As gestantes foram orientadas a responder o questionário sem nenhuma interferência dos pesquisadores.

Após a realização da coleta, os dados foram tabulados e analisados estatisticamente através do programa IBM SPSS Statistics versão 16.0 e do programa estatístico GraphPrism 5.03 para análise e síntese de gráficos. Foi realizado o teste de Dunnett que serve para comparações múltiplas com apenas um servindo de referência.

Resultados e Discussão

De acordo com os dados expostos (Tab. 01), observa-se claramente que a maioria das gestantes não é orientada pelos profissionais de saúde da família sobre a importância do acompanhamento odontológico durante a gravidez. Das 66 gestantes que responderam ao questionário, apenas 21,2 % foram orientadas pelo enfermeiro sobre assistência odontológica na gestação e somente 18,2% foram orientadas pelos médicos.

Tabela 01. Avaliação da orientação dada sobre assistência odontológica na gestação por profissionais da equipe de saúde da família (n = 66). Monsenhor Gil. 2012.

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Profissionais				
Enfermeiros	14	21,2	52	78,8
Médicos	12	18,2	54	81,8
Agente Comunitário de Saúde	11	16,7	55	83,3
Cirurgião-Dentista	23	34,8	43	65,1

Observa-se também o fato de que os próprios cirurgiões-dentistas não incentivam as mulheres ao acompanhamento odontológico durante a gravidez. Dentre as 66 gestantes pesquisadas, apenas 34,8 % afirmaram receber orientações dos cirurgiões-dentistas sobre a

necessidade do acompanhamento odontológico. A tabela 02 abaixo demonstra o perfil da população avaliada.

De acordo com os dados obtidos (Tabela 02), pode-se afirmar que a média de idade das gestantes é de 24 anos, sendo a maioria casada e estando no quinto mês de gestação (segundo trimestre). A maioria mora em zona urbana, possui o ensino médio, com renda de dois a quatro salários mínimos ($p < 0,02$).

Tabela 02. Perfil das gestantes avaliadas em Monsenhor Gil – Piauí. 2012.

PARÂMETROS	RESULTADOS _{n=66}
IDADE ¹	24,77 ($\pm 5,052$)
SEMANAS DE GESTAÇÃO ¹	21 ^a ($\pm 2,05$)
ESTADO CIVIL ²	casada – 57,6 solteira – 40,9
ZONA URBANA ²	68,2
ZONA RURAL ²	31,8
Nº DE FILHOS ²	Sim – 53 Não – 47
ESCOLARIDADE ²	Ensino fundamental – 25 Ensino médio – 74,2
RENDA ²	Até 1 salário mínimo – 21,2 De 2 a 4 salários mínimos – 51,5 Mais de 4 salários – mínimos – 27,3

¹Média $\pm$ Dv.

²Frequencia em %

Atualmente a Odontologia Pública concentra sua atenção na criação de programas de saúde bucal voltados para as gestantes. Baseado nas atuais Políticas Públicas de Saúde, os cirurgiões-dentistas, integrantes da Estratégia de Saúde da Família, visam à promoção de saúde bucal, trabalhando não somente com a doença, mas principalmente com pessoas saudáveis, a fim de orientá-las e educá-las quanto à promoção de saúde e prevenção de doenças¹¹. Santos Neto et al¹²(2012) realizaram um estudo com 1035 puérperas, sendo que, 11,7% afirmaram que receberam assistência odontológica adequada, 40% receberam orientações na gravidez sobre educação voltada para saúde bucal dos profissionais de saúde durante o pré - natal e 20 % foram assistidas na gravidez no nível odontológico preventivo . Com isso, esses autores concluíram que o acesso das mulheres grávidas à assistência odontológica deve ser expandido e estar mais integrado aos serviços públicos, fornecendo respostas adequadas à necessidade de saúde, focando a educação e integração em todos os níveis de assistência pré-natal. Baseado na tabela 01 pode-se verificar que, a realidade de um

município do interior do Piauí, de pequeno porte, não apresenta tanta diferença em relação aos dados de um município da região Sudeste, em relação à falta de orientações recebidas pelas grávidas sobre assistência odontológica na gestação.

Em 19 de julho de 2011, com a portaria nº 1654 GM/MS foi instituído o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), visando à ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade. Um dos indicadores para saúde bucal do PMAQ é a cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante¹³. A implantação deste indicador representa um incentivo aos profissionais da estratégia de saúde família e saúde bucal em disseminar a importância do acompanhamento odontológico, auxiliando na desmistificação de crenças em torno da consulta com o dentista durante a gestação. Com isso há também um incentivo à prática da saúde coletiva de forma interdisciplinar, já que todos os profissionais da equipe de saúde da família deverão não somente fornecer noções de saúde bucal para as gestantes, mas também encaminhá-las à primeira consulta com o cirurgião-dentista da equipe.

A existência de crenças, mitos e medos em torno do tratamento odontológico torna-se um dos principais responsáveis pela evasão das grávidas dos consultórios odontológicos^{1,8,10}. De acordo com Albuquerque e colaboradores⁸(2004), as crenças populares desaconselham gestantes a procurar o atendimento odontológico durante a gravidez, porque, segundo elas, existem riscos ao tomar anestesia dental, hemorragias e perigos para o futuro filho, além do mais o sentimento mais forte em relação à própria saúde bucal expresso pelas gestantes é o medo em relação ao dentista. Muitas grávidas associam, de modo geral, a dor de dente à gravidez e só procuram atendimento odontológico em caso de tratamento curativo. A desmistificação do atendimento odontológico como responsável por trazer riscos à gestante e ao feto é o primeiro passo para melhorar a adesão, a segurança e a motivação para a assistência odontológica durante a gravidez^{1,24,27}. Muitos dos profissionais de saúde, principalmente os próprios dentistas podem contribuir para o aparecimento de medos e mitos relacionados à atenção odontológica durante o período gestacional⁷. Eles são responsáveis por não incentivarem as visitas das gestantes ao consultório odontológico, visto que há uma falta de confiança e preparo para atendimento às grávidas. Esse tipo de insegurança em relação à conduta odontológica em pacientes grávidas acaba por influenciar a prática de outros profissionais da saúde que passam a incorporar e reproduzir esses mitos. A necessidade de investimentos na educação tanto em nível de graduação como de pós-graduação sobre saúde bucal é evidente, pois a presença dessa insegurança entre os próprios dentistas fazem com que eles orientem as gestantes a realizarem o tratamento odontológico para depois que a criança

nascer. Essa conduta pode trazer sérios riscos à saúde da gestante e por consequência do feto, que pode vir a nascer antes do período normal ou com baixo peso devido às patologias gengivais/periodontais da mãe^{1,24,27}.

A maioria dos cirurgiões-dentistas prefere se esquivar do atendimento odontológico à gestante principalmente no primeiro trimestre com receio de serem responsabilizados por alguma fatalidade⁷. O receio de que algo no tratamento odontológico venha a prejudicar o futuro filho, faz com que as futuras mães não procurem assistência odontológica. Esse medo, segundo o estudo realizado por Finkleret al¹⁴(2004), relaciona-se ao receio que as gestantes possuem em relação ao uso de anestésicos durante o procedimento odontológico, pois elas acham que podem ser prejudicial ao feto, descartando assim, a possibilidade de atendimento odontológico com anestesia, caso haja necessidade, e, portanto, a realização do procedimento.

Em uma pesquisa realizada com 599 mulheres grávidas atendidas na universidade da Carolina do Norte, EUA, por Boggess e colaboradores¹⁵ (2010) 64 % relataram não ter recebido atendimento odontológico de rotina na gravidez. Segundo os autores, este fato reafirma a necessidade da inserção de programas odontológicos educativos voltados para as gestantes. É importante que as grávidas sejam ouvidas sobre os problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe de saúde respeitá-la e responde-las de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene bucal e hábitos de vida saudáveis^{16,17}. Esse alto percentual de gestantes sem atendimento odontológico é inesperado, tendo em vista ser os EUA, um país de primeiro mundo, onde a assistência à saúde bucal deveria ser exemplar.

A mídia pode ser efetivamente responsável por incentivar medidas saudáveis durante a gravidez¹⁸. Há uma necessidade de inserção dentre os programas do Ministério da Saúde voltados para a mulher, à criação de campanhas que o incentivem as gestantes a realizarem o acompanhamento odontológico durante a gestação. A importância de campanhas que visem à inserção de consultas odontológicas durante o pré-natal devem enfatizar os cuidados em relação à higiene oral e saúde bucal, importância de amamentação e aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Consequentemente, a mulher grávida será um vetor fundamental na disseminação de medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças no meio familiar.

Em estudo com 220 gestantes entrevistadas, 81,4% não receberam nenhuma orientação de como cuidar da própria saúde oral, bem como da saúde oral do futuro filho e 74,6% relataram não ter procurado tratamento odontológico durante a gestação¹⁹. Isso reflete a realidade da assistência odontológica em relação à população em geral, ficando clara a precariedade o descaso sobre o cuidado com a saúde oral das grávidas por parte dos

profissionais da saúde. Scavuzziet al¹⁹ (1998) relataram que cerca de 90% das gestantes estudadas não procuram o dentista para o acompanhamento durante a gravidez devido a crenças e mitos. Já em 2008, em outro estudo, Scavuzzi e colaboradores²⁰ afirmam que o cirurgião-dentista negligencia sua função de disseminador de aprendizagem em saúde bucal e relata que há a necessidade de um programa de atenção odontológica que priorize as gestantes, pois o período gestacional torna a mulher mais receptiva a novos hábitos. O PMAQ possui como um indicador em saúde bucal a primeira consulta odontológica das gestantes e também solicita dos enfermeiros o encaminhamento para a consulta odontológica das mulheres grávidas atendidas por esses profissionais no pré-natal¹³.

Concordamos com os autores citados^{19, 20} quando afirmam que a equipe responsável pelo pré-natal deveria fornecer informações básicas sobre saúde oral. Porém, observa-se que boa parte dos médicos e dos enfermeiros não é treinada para adquirir conhecimentos sobre orientações odontológicas básicas, portanto podem não esclarecer algumas dúvidas sobre odontologia e nem encaminhar ao cirurgião-dentista, fato observado na Tabela 01. Profissionais envolvidos na atenção pré-natal devem discutir a importância da saúde oral com mulheres grávidas e encaminhar os pacientes para tratamento odontológico, quando necessário. O desenvolvimento do trabalho multiprofissional e interdisciplinar torna-se necessário entre profissionais de saúde e gestores.

Associado às crenças, mitos e medos que giram em torno do tratamento odontológico à gestante, foi observado a falta de motivação da gestante para a prevenção odontológica, consequência da falta de intervenção por parte do cirurgião-dentista e de outros profissionais responsáveis pelo pré-natal^{1, 2, 7, 24}. Vasconcelos et al²¹ (2012) afirmam que o conhecimento do cirurgião-dentista sobre a gravidez é importante para prever e mensurar possíveis problemas tanto para mulher como para o recém-nascido. Com isso há a necessidade de conhecimentos sobre prescrição medicamentosa, exames radiográficos e procedimentos odontológicos para a gestante sem que traga riscos para ela e para seu filho. O atendimento odontológico à gestante tem como requisitos básicos conhecimento sobre anestesia local, técnica e proteção adequada em tomadas radiográficas, manejo correto da paciente e contato como médico responsável acerca das condições de saúde geral da grávida¹⁹. No Brasil, estudantes de odontologia apresentam dificuldades em relação aos procedimentos clínicos invasivos, administração medicamentosa e conhecimentos sobre cuidados com a gestante e com a criança¹². As crenças e os mitos deveriam ser combatidos através de medidas educativas desenvolvida por todos os membros das equipes de saúde da família com a

realização de campanhas permanentes, junto com mídia, a fim de disseminá-las em todo o território nacional com meios que atinjam todas as mulheres em período gestacional.

No país, há vários estudos que mostraram que os dentistas e/ou obstetras divergiram de literatura científica e entre si em várias recomendações relacionadas com a assistência odontológica, por exemplo, anestésicos locais, suplementação de flúor pré-natal, e radiografias dentárias^{1,4,25}.

Poucos são os cursos de Odontologia do país que oferecem a possibilidade do estudante em atender e interagir com pacientes gestantes. As faculdades de Odontologia no Brasil baseiam-se em conteúdos técnicos fortemente atrelados à parte ambulatorial²⁶. A abordagem social de problemas referentes à saúde pública e à formação de saúde ainda são pouco discutidos entre professores e estudantes^{26,27,28}. A falta de formação de muitos profissionais em relação à abordagem multiprofissional e transdisciplinar dos conteúdos resultam em receio de boa parte dos cirurgiões-dentistas em atender gestantes, reforçando os mitos acerca do atendimento^{26,28}. Codato et al²⁷ (2008) concluíram após estudos que os cursos de graduação, especialmente em Odontologia, devem enfatizar a atenção à gestante e capacitar os futuros profissionais, consequentemente, haverá uma diminuição de mitos e crenças em torno dos atendimentos. Há a necessidade de modificação do atual modelo de ensino odontológico centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação para um voltado para promoção de saúde e prevenção de doenças. Evidencia-se também a necessidade de interação do aluno com a população e demais profissionais de saúde a partir do início do processo de formação profissional durante sua graduação.

As grades curriculares dos cursos de Odontologia em todo o país deveriam adotar a disciplina Pacientes Especiais, pois a mulher passa por transformações psicológicas, fisiológicas e principalmente hormonais. Já o feto possui o organismo em formação que pode sofrer interferências ambientais e orgânicas as quais a mãe pode ser submetida.

Hanna et al²² (2007) são unânimes com Vasconcelos et al²¹ (2012) ao relatarem a necessidade de educação em saúde com gestantes como parte do tratamento odontológico para desmistificar crenças populares, possibilitando a inserção de novos hábitos que culminarão na promoção de saúde bucal da mulher e de seu filho.

Alguns autores concordam que parte dos cirurgiões-dentistas exime-se da responsabilidade de educador em saúde bucal, ocasionado também por falta de interesse desses profissionais, além da falta de estímulo social e participação popular^{4, 5,14}. Deve-se ressaltar a importância e necessidade da participação de outros profissionais responsáveis pelo acompanhamento à gestante pelo encaminhamento ao cirurgião-dentista, aspecto que nesse

estudo foi negligenciado pelos profissionais da equipe de saúde, inclusive pelo próprio cirurgião - dentista, como mostra a Tabela 01. Sugere -se mais estudo com os próprios profissionais da estratégia de saúde da família para se esclarecer os reais motivos do baixo percentual de adesão dos profissionais de saúde às medidas de promoção de saúde bucal voltados para gestantes. A ausência da incorporação sistemática da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal não está entre as preocupações prioritárias de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e agentes comunitários de saúde, de acordo com a Tabela 01, pois em alguns municípios não representa motivo de interesse e cobrança por parte dos gestores. Mais programas de estímulos à assistência às gestantes deveriam ser criados pelos órgãos governamentais nas três esferas no sentido de estimular esses profissionais a priorizarem a saúde bucal das gestantes.

Em uma amostra de 17 médicos obstetras que responderam a um questionário, nove demonstraram que costumam orientar suas pacientes para uma consulta odontológica, enquanto cinco o fazem eventualmente, quando a paciente apresenta alguma queixa e três não têm o hábito de fazer o encaminhamento²³. Quando o assunto abordado foi o consumo de sacarose pela gestante, os autores perceberam que a maioria dos obstetras questionados (treze profissionais) orientavam as gestantes em diminuir o consumo de açúcar pelo controle calórico e também pela diminuição do risco de cárie na gestação.

Oliveira e Oliveira²⁴ (1999) observaram também que de 100 gestantes pesquisadas, 38% aumentavam a sua frequência alimentar, demonstrando a necessidade de se intervir precocemente nos hábitos alimentares da grávida, 72% não se sentem motivadas a procurar um acompanhamento odontológico e elas relataram que a frequência da higiene bucal durante a gravidez manteve-se similar ao período anterior à gestação. A assistência pré-natal apresenta-se carente de serviços odontológicos, o mesmo observado em nosso estudo, onde a maioria das gestantes entrevistadas relatou não serem orientadas a procurar tratamento odontológico ao realizarem consultas médicas, de enfermagem e também ao serem visitadas pelos agentes comunitários de saúde (Tabela 01).

No estudo de Montadonet al²⁵ (2001), em um total de 108 gestantes avaliadas, 74 (68,5%) mulheres aumentaram a frequência de consumo de alimentos açucarados durante o período gestacional. Todos os autores citados são unânimes em afirmar que durante a gestação algumas mulheres sofrem da “síndrome da perversão do apetite”, responsável pelo aumento da frequência alimentar e o consumo de açúcar. Concordamos com os autores acima quando mencionam em suas pesquisas sobre a necessidade de uma ação educativo-preventiva para suprir a carência de informações transmitidas pelos médicos às gestantes e melhorar em

relação aos serviços odontológicos, orientações sobre alimentação e hábitos de higiene saudáveis.

Os profissionais das equipes de saúde da família e saúde bucal do mesmo jeito que participam de cursos de capacitação para vacinas, combate às enfermidades, atualizações de sistemas e dados do Ministério da Saúde, deveriam também participar de cursos de capacitação ao atendimento à gestante. Apesar do Ministério da Saúde e de alguns municípios realizarem junto às enfermeiras cursos e atualização de programas para humanizar o atendimento à mulher, incluindo às grávidas. Porém, os demais profissionais, médicos, dentistas e os agentes comunitários de saúde não realizam esses treinamentos e capacitações, ocasionando a falta de integralidade no atendimento à mulher, neste caso, à gestante.

O trabalho multidisciplinar é fundamental e implica no compartilhar do planejamento, na cooperação e na colaboração, que pode acontecer entre profissionais de uma equipe de saúde²⁹. As equipes de saúde da família devem trabalhar juntas durante as reuniões e também consultas de pré-natal, pois é neste ambiente multidisciplinar que as gestantes devem receber orientações diversas sobre as alterações que ocorrem no meio bucal e a importância do autocuidado durante todo esse período. Há a necessidade de adquirir recursos materiais e físicos para melhoria no atendimento, capacitação, conscientização e contratação de profissionais de saúde voltados para promoção de saúde de forma integral.

O encaminhamento da gestante para o cirurgião-dentista deveria fazer parte da rotina do médico. Uma vez bem orientado o médico pediatra e o obstetra poderiam oferecer educação em saúde bucal. O médico poderia colaborar com os cirurgiões-dentistas em relação à orientação de higiene bucal, suplementação de flúor, orientação sobre alimentação de modo geral e explicação do motivo de se evitar alimentos açucarados, além de encaminhar as gestantes para a realização da consulta odontológica. Sem dúvida o ponto fundamental de colaboração do médico pediatra na promoção de saúde bucal é o encaminhamento e orientação aos pais da necessidade de uma primeira consulta odontológica logo nos primeiros anos de vida da criança²⁵.

De acordo com a Tabela 01, apenas 18,2% das gestantes entrevistadas relataram ser orientadas pelo médico a procurar o cirurgião-dentista durante o pré-natal. Mouradian e colaboradores³⁰ (2005) observaram após pesquisa realizada que há uma falta de conhecimento por parte dos acadêmicos de medicina. Os autores identificaram poucos artigos sobre educação e formação em saúde oral para os estudantes de medicina, ou seja, há uma deficiência em conteúdos que abordem a saúde bucal dentro do ensino universitário. A realidade é que os médicos possuem pouco envolvimento em relação à saúde bucal,

consequentemente, ao realizarem as consultas durante o pré-natal não sabem encaminhar as gestantes para acompanhamento odontológico. Alguns estudos chamam a atenção para o desenvolvimento de profissionais da área médica que deveriam possuir conhecimentos acerca da promoção em saúde oral e prevenção de patologias relacionadas à gestação e ao meio bucal. A ausência de tais conhecimentos é um motivo real de preocupação entre os representantes da educação médica, pois a relação entre saúde bucal, fatores globais de risco à saúde e doenças sistêmicas tem sido tema de muitos relatos nos últimos anos³¹.

Concordamos com Alves et al⁴(2012) ao afirmarem que há uma grande desinformação por parte dos médicos acerca da saúde oral. Em estudos realizados por estes autores, de 250 médicos entrevistados, 88% afirmam aconselhar as gestantes a adiar o tratamento odontológico. Entre 219 enfermeiros, 86% declararam encaminhar pacientes para exames de saúde dental, muitos mostraram informação equivocada sobre o trimestre mais favorável pré-natal para iniciar um tratamento dentário, mas admitiu a necessidade de colaborar com profissionais de odontologia para reduzir os riscos durante a gravidez. Segundo os autores, este fato demonstra a insegurança e falta de preparo dos médicos em relação às gestantes serem submetidas a procedimentos odontológicos, consequência da ausência de uma disciplina na universidade que aborde noções básicas de saúde oral.

Apesar de educação em saúde bucal ser das funções básicas de profissionais de odontologia, outros profissionais de saúde, tais como os agentes comunitários de saúde não devem perder a oportunidade de contribuir para a promoção da saúde oral. Profissionais envolvidos na atenção pré-natal devem discutir a importância da saúde oral com mulheres grávidas e encaminhar os pacientes para tratamento odontológico, quando necessário^{4,33}.

A importância do autocuidado para cada membro da equipe de saúde deve ser enfatizada, uma vez que são os disseminadores de conhecimento para aqueles sob seus cuidados, como afirmado anteriormente. Em estudos realizados por Bombarda-Nunes e et al³³ (2008) com 238 agentes comunitários de saúde sobre os cuidados que eles têm com a própria saúde bucal, apenas 46 % relataram que utilizam o serviço público odontológico e 21,2% utilizam serviços de um prático, sendo que o motivo mais frequente para a procura de consulta odontológica é a urgência (36,2%). Ao analisarmos os dados referentes à Tabela 01, podemos verificar que apenas 16,7 % das gestantes afirmaram receber orientação dos agentes de saúde para procurar atendimento odontológico. Baseado nos dados da pesquisa realizada com as mulheres grávidas atendidas pela estratégia de saúde da família(Tab. 01 e 02) e no estudo realizado pelos autores acima podemos observar uma associação entre a falta de encaminhamento de gestantes às consultas odontológicas e a procura de atendimento junto ao

cirurgião-dentista por parte dos próprios agentes de saúde. De acordo com a pesquisa realizada junto às gestantes, o baixo incentivo por parte dos agentes comunitários de saúde para que elas deem importância ao acompanhamento odontológico preventivo na gestação é reflexo da não procura dos próprios agentes pelo autocuidado preventivo da saúde bucal. Como os agentes comunitários de saúde podem promover e incentivar a promoção de saúde, se eles apresentam descuido com a própria saúde oral? O descaso e a negligência com a própria saúde bucal por parte dos agentes comunitários representa um fator que reflete na saúde da comunidade, neste caso, de gestantes, pois eles são responsáveis pela promoção de saúde no meio em que habitam e muitas vezes são vistos como referência quando se trata de credibilidade em relação ao atendimento público e as ações de saúde e prevenção de doenças.

Há uma evidente necessidade de inserção nas grades curriculares dos cursos de medicina e enfermagem de uma disciplina que forneça noções básicas sobre saúde bucal, assim como essas noções devam ser aprofundadas em cursos de especialização em áreas que lidam diretamente com a saúde das gestantes e da criança, tais como ginecologia e obstetrícia, pediatria e suas respectivas áreas no campo da enfermagem. Essas noções e treinamentos no campo da saúde bucal devem ser abordados também nas especializações em saúde da família e nos cursos de capacitação das equipes de saúde da família fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Conclusão

Conclui-se que, na concepção de gestantes, as ações e práticas em saúde bucal realizadas pelos profissionais das equipes de saúde da família durante o pré-natal ainda são bastante escassas devido à falta de conhecimento e preparo por parte dos médicos, enfermeiros, agentes de saúde e também dos próprios cirurgiões-dentistas, associado aos mitos e crenças que norteiam a assistência odontológica durante a gestação.

Referências

1. Feldens EG, Feldens CA, Kramer PF, Marcon CC. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. *Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*. João Pessoa 2005; 5(1): 41-46.
2. Bastiani C, Costa ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odonto. Clin – Cient* 2010 Recife. 9 (2): 155-160.
3. Moreira PV, Chaves AMB, Nóbrega MSG. Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno – infantil. *Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada* 2004. 4(3): 259-264.
4. Alves RT, Ribeiro RA, Costa LR, Leles CR, Freire MCMF, Paiva SM. Care during pregnancy: attitudes of brazilian public health professional. *J Environ Res SaúdePublica* 2012; 9 (10): 3454- 3464.
5. Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *RevSaúde Pública* 2005; 39 (5): 768-74.
6. Moimaz SAS, Saliba NA, Bino LS, Rocha NB. A ótica do usuário na avaliação da qualidade do programa de atenção odontológica à gestante. *PesqBrasOdontopedClinIntegr* João Pessoa maio/ ago 2009; 9 (2):147-153.
7. Codato LAB, Nakama L, Cordoni Jr L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Cien Saúde Colet* 2011; 16(4): 2297-2301.
8. Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes de Programa da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *CadSaude Publica*. Rio de Janeiro 2004; 20 (3): 789-796.

9. Vidal AS, Samico IC, Frias PG, Hartz ZMA. Estudo exploratório de custos e consequências do pré – natal no Programa Saúde da Família. *Rev SaúdePública* 2011; 45 (3): 467 – 74.
10. Oliveira JFM, Gonçalves PE. Verdades e mitos sobre o atendimento odontológico da paciente gestante. *RevPortEstomatolCirMaxilofacial*2009;50: 165-171.
11. Silva MV, Martelli PJJ. Promoção em saúde bucal para gestantes: revisão de literatura. *Odontologia Clín. Cientif.* Recife 2009; 8(2): 219- 224.
12. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré – natal. *CienSaudeColet* 2012; 17 (11): 3057 – 3068.
13. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Manual do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília: MS; 2011.
14. Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno – infantil: um estudo de representações sociais em gestantes. *Texto contexto-enferm* 2004; 13(3): 360-368.
15. Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos MK, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc* 2010; 141(5): 553-561.
16. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica: Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2008 (17): 64-67.
17. Russell SL, Mayberry LJ. Pregnancy and oral health: a review and recommendations to reduce gaps in practice and research. *J MaternNursChild*. 2008; 33(1): 32 (7).
18. Bates SB, Riedy CA. Changing knowledge and beliefs through an oral health pregnancy message. *J Dental SaúdePublica*2012 ;72(2):104-111.

19. Scavuzzi AIF, Rocha MCBS, Vianna MIP. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. *J BrasOdontopedOdonto Bebê* 1998; 1 (4): 43-50.
20. Scavuzzi AIF, Nogueira PM, Laporte ME, Alves AC. Avaliação dos conhecimentos e práticas em saúde bucal de gestantes atendidas no setor público e privado, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *PesqBrasOdontopedClinIntegr*, João Pessoa 2008;8(1): 39- 45.
21. Vasconcelos RG, Vasconcelos RP, Alves Jr. LC, Queiroz LMG, Mafra RP, Barboza CAG. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. *RevBrasOdontol*, Rio de Janeiro 2012; 69(1):120 – 124.
22. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *RGO* 2007; 55(3): 271-274.
23. Feldens EG, Feldens CA, Kramer PF, Claas BM, Marcon CC. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. *PesqBrasOdontopedClinIntegr* João Pessoa 2005; 5 (1).
24. Oliveira ACAP, Oliveira AFB. Saúde bucal em gestantes: um enfoque educativo – preventivo. *J BrasOdontopedOdonto Bebê* Curitiba 1999; 1(4): 182- 185.
25. Schalka MMS, Rodrigues CRMD. O perfil do médico pediatra da cidade de São Paulo em função de seu conhecimento em promoção de saúde bucal. *J BrasOdontopedOdonto Bebê* Curitiba 2000; 3(11): 62- 71.
26. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Revista de Odontologia da USP* 2007 jan- abri;p.39-45.
27. Codato LAB, Nakan L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro 2008;13(3): p. 219 – 223.
28. Soares MRPS, Rocha AM, Machado WC, Chaves MGAM, Chaves Filho HDM. Pré – Natal Odontológico: a inclusão do cirurgião – dentista nas equipes de pré – natal. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais* 2009; 1(2): p. 53-57.

29. Otenio CCM, N Luiza, Lefèvre AMC, Lefèvre F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público da saúde municipal. *Saude Soc.* São Paulo 2008; 17(4): 135-150.
30. Mouradian WE, Reeves A, Kim S, Evans R, Schaad D, Marshal SG et al. An oral health curriculum for medical students at the university of Washington. *Academic Medicine* 2005; 80(5): 434-442.
31. Eskenazi ES, Martins MA, Ferreira Jr M. Oral health promotion through an online training program for medical students. *Journal of Dental Education* 2011; 75(5): 672-678.
32. Clifford H, Johnson NW, Brown C, Battistutta D. When can oral health education begin? Relative effectiveness of these oral health education strategies starting pre – partum. *Community Dent Health* 2012; 29(2): 162- 167
33. Bombarda – Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Auto percepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. *PesBrasOdontopedClinInterg* João Pessoa 2008; 8(1): 7-14.

4.3 PRODUTO FINAL

4.3.1 BANNER EDUCATIVO PARA PALESTRAS COM GESTANTES

ODONTOLOGIA PARA GESTANTES

“A PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL COMEÇA NA VIDA INTRAUTERINA.”

VERDADES E MITOS

VERDADES	MITOS
Vômito causa acidez na boca	Gravidez causa cárie
Implantação de programas de promoção de saúde	Cada gravidez é um dente perdido
Gengiva pode sangrar mais na gravidez	Gestante tem que comer por duas pessoas
Gestante pode realizar tratamento odontológico	Consulta ao dentista prejudica o bebê

COMO HIGIENIZAR A BOCA DO BEBÊ

- Antes da erupção dos dentes: **fralda + água** ;
- Dentes anteriores: **fralda + creme dental**;
- Erupção dos primeiros molares: **escova dental + creme dental**.

IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO

- **Desenvolvimento da face;**
- **Estabelecimento da respiração nasal;**
- **Não precisa adicionar açúcar;**
- **Temperatura ideal para ingestão;**
- **Vacina natural;**
- **Fonte de vitaminas e nutrientes;**
- **Maior proteção contra o câncer de mama.**

CÁRIE DENTÁRIA

Doença infecto- contagiosa causada por bactéria, associada à falta de higienização, alimentação rica em açúcar e presença de placa .



DÚVIDAS MAIS FREQUENTES

- **Importância dos dentes de leite;**
- **Flúor para grávida e para o futuro bebê;**
- **Uso do açúcar;**
- **Cárie no bebê;**



4.3.2 CARTILHA PARA GESTANTES





APRESENTAÇÃO

Esta cartilha tem o objetivo demonstrar a importância do acompanhamento odontológico das mulheres durante os nove meses de gestação e após o nascimento do bebê. Consiste na conscientização das gestantes sobre os cuidados que se deve ter com a própria saúde bucal e de seu futuro filho.

A gestação é o momento ideal para inserção de medidas de promoção de saúde e prevenção de doenças.



ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

Toda gestante deve ser orientada sobre a possibilidade de receber atenção em saúde bucal. Para tanto é fundamental a interação da equipe de saúde com a equipe multiprofissional da unidade de saúde principal, com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, recepção da unidade e agentes comunitários de saúde. Os agentes comunitários de saúde deverão ser fonte de captação das gestantes.

Gestante no Consultório Odontológico

Agendamento para as consultas odontológicas deverá ser realizado preferencialmente nos mesmos dias da consulta de pré-natal. Na mesma forma, a primeira consulta do bebê poderá ser agendada no mesmo dia da consulta de puerpério. As consultas odontológicas devem ser realizadas para avaliar as condições gerais;



Gestante no Consultório Odontológico

evemos evitar o tratamento
odontológico no 1º e no 3º
trimestre, exceto em caso de
emergência ou uma profilaxia.



Gestante no Consultório Odontológico

Procedimentos que podem ser realizados:

- Exatificação;
- Aplicação tópica de flúor;
- Restaurações;
- Radiografias;
- Anestesia local;
- Caso de urgência: extração (odontia), canal (endodontia).



CÁRIE, GENGIVITE E PERIODONTITE

Cárie: doença causada por bactérias e associada a má higiene bucal, ingestão de açúcar dentre outros fatores.

Gengivite: inflamação gengival causada por alterações hormonais e má higienização.

Periodontite: formação de bolsas entre os dentes e a gengiva, que afeta os ossos além da gengiva.



FATORES DE RISCO

Hipertensão arterial;
Diabetes melitos;
Cardiopatias;
Anemia;
Infecção urinária;
Gestantes com
menos de 15 anos e
mais de 35 anos de
idade;
Sobrepeso ou
obesidade;
Tabagismo ou álcool.



RECOMENDAÇÕES

Evitar o uso de drogas e cigarro;

Ter uma alimentação equilibrada;

Escovar os dentes adequadamente;

Usar fio dental;

Consultas periódicas ao dentista;

Utilizar medicação somente com prescrição médica ou do dentista (mais recomendados: paracetamol e dipirona)



GESTANTE, VOCÊ PRECISA SABER:

- A gestante não precisa ingerir flúor;
- Para dor o paracetamol e a dipirona são os mais prescritos;
- Radiografias podem ser feitas no período gestacional, mas exposições desnecessárias devem ser evitadas;
- A saúde da boca da mãe pode afetar o bebê



AMAMENTAÇÃO

to de carinho e de amor;
melhor e mais completo alimento
ajuda no crescimento e
desenvolvimento;
favorece a respiração nasal;
previne problemas nos dentes;
diminui o risco de infecções e
ergias;
previne hemorragias no pós -
parto;
reduz o risco de câncer de mama
e ovário





COMO LIMPAR A BOCA DO SEU BEBÊ:

1. Fralda + Água:

- **comece antes dos dentes nascerem;**
- **boca e gengiva deve ser limpas com a ponta de uma gaze úmida e fralda.**
- **o bebê deve realizar a próxima visita ao dentista quando nascer os primeiros dentin**

COMO LIMPAR A BOCA **DO SEU BEBÊ:**

2. Fralda + Creme dental

- com o nascimento dos dentes anteriores, o bebê já pode fazer a higienização com o creme dental;
- também recomenda-se a aplicação tópica de flúor



COMO LIMPAR A BOCA DO SEU BEBÊ:



- 3. Escova + Creme dental**
- **com o nascimento dos dentes posteriores, bebê já pode fazer a higienização com o creme dental e a escova;**
 - **recomenda-se escovar com cerdas macias e cabeça pequena;**
 - **também recomenda-se a aplicação tópica de flúor**

***“A promoção de saúde bucal
começa na vida intrauterina”***



4.3.3 CARTÃO ODONTOLÓGICO

Nº CARTÃO SUS: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TEL: _____

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____

DATA NASC: __/__/__

ESCOLARIDADE: () NENHUMA () FUNDAMENTAL

() MÉDIO () SUPERIOR

ESTADO CIVIL: () CASADA () SOLTEIRA () OUTROS

AGENDAMENTO

DATA	HORA	ASS. CD

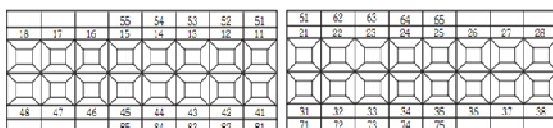
PERÍODO GESTACIONAL DA 1ª CONSULTA(TRIMESTRE):

() 1º () 2º () 3º

USO DE PRÓTESE: () NÃO

() PT () PPR

ODONTOGRAMA



HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

1. DATA DA 1ª CONSULTA: __/__/__
2. REAÇÃO À ANESTESIA LOCAL () S () N
3. RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO: () S () N
4. QUEIXA ODONTOLÓGICA: _____

HIGIENE BUCAL

5. FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO DIÁRIA: _____ VEZES/ DIA
6. USO DE FIO DENTAL: () S () N

EXAME CLÍNICO

7. SANGRAMENTO GENGIVAL: () S () N
8. ATIVIDADE DE CÁRIE: () S () N

9. HIGIENE ORAL: () EXCELENTE () BOA () RAZOÁVEL () NENHUMA
10. ATIVIDADE PERIODONTAL: () GENGIVITE () PERIODONTITE () NENHUMA
11. PRESENÇA DE TÁRTARO: () S () N

TRATAMENTO REALIZADO

[illegible]

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria das gestantes acompanhadas pelas equipes de saúde da família acredita em mitos e crenças que representam barreiras ao atendimento odontológico e os profissionais de saúde da família ainda não estão preparados para orientar as gestantes sobre a importância do tratamento odontológico durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

ALVES, Renata Toledo; RIBEIRO, Rosangela Almeida; COSTA, Luciane Rezende; LELES, Claudio Rodrigues; FREIRE, Maria do Carmo Matias; PAIVA, Saul Martins. Oral Care During Pregnancy: Attitudes of Brazilian Public Health Professional. **Res Saúde Pública**, v 9, n 10. p 3454- 3464. 2012

ALBUQUERQUE, Olga Maria Ramalho; ABEGG, Cláides; RODRIGUES, Cecile Soriano. Percepção de Gestantes do Programa de Saúde da Família em Relação a Barreiras no atendimento Odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 20 (3): 789 – 796. Mai – junho, 2004.

BASKADOS, JaganKumar; GEEVARGHESE, Amrita; DOSARI, Abdullah Al Farraj Al. Causes of Adverse Pregnancy Outcomes and the Role of Maternal Periodontal Status – A Review of Literature. **The Open Dentistry Journal**. v 6 . p 75 – 84, 2012.

BRAZ, Gionava; MACHADO, Fernanda Campos; OLIVEIRA, Aline da Silva; OTENIO, Cristiane Corsini Medeiros; ALVES, Renata Tolêdo; RIBEIRO, Rosângela Almeida. A experiência de um programa de atenção à saúde bucal no atendimento às gestantes. **HU Revista**. v 36, n 4. P 324- 332. Out / Dez. Juiz de Fora, 2010.

CODATO, Lucimar Aparecida Britto et al . Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abr. 2011 .

CODATO, Lucimar Aparecida Britto; NAKAMA, Luiza; MELCHIOR, Regina. The beliefs of pregnant women about dental care during gestation. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, June 2008 .

COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce; WALTER, Maria Inêz Machado Telles. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, Oct. 2005.

CRUZ, Ana Amélia Gomes et al . Percepção Materna Sobre Higiene Bucal de Bebês : Um Estudo no Hospital Carneiro, Campina Grande – PB. **Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa. V 4 n 3, p.185 - 189. set /dez. 2004.

CRUZ, Simone S. et al. Contribution of Periodontal Disease in Pregnant Women as a Risk Factor for Low Birth Weight. **Community Dental Oral Epidemiology**. v37. p.527-533. 2009.

DELFINO, Maria Regina Rufino; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVÉRIO, Maria Regina. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual – coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, pg 1057 - 1066. 2004.

FRACASSO, Maria de Lourdes Calvo; RIOS, Daniela; PROVENZANO, Maria Gisette Arias; GOYA, Suzana. Efficacy of na Oral Health Promotion Program for Infants in the PublSetor. **J Apple Oral Sci.** v 13, n 4.p 372- 376, 2005.

FELDENS, ElianeGerson. et al. A Percepção dos Médicos Obstetras a Respeito da Saúde Bucal da Gestante. **Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e ClínicaIntegrada.** João Pessoa. V 5 n 1, p.41- 46. jan / abril. 2005.

FINKLER, Mirelle; OLEINISKI, Denise Maria Belliard; RAMOS, Flávia Regina Souza. **Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 13, n. 3, set. 2004 .

GAVA- SIMIONI, Luciane R., et al. Amamentação e Odontologia. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê.** Vol4. nº 17.Jan /Fev. São Paulo.2001.

HOM, Jacqueline M.; LEE, Jessica Y.; DIVARIS, Kimon; BAKER, A. Diane; VANN JR. William F. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. **JADA.** v143,n 9. p 972-980.2012.

MEDEIROS, Carmen Lucia Soares Gomes de. Saúde Bucal: Conhecimentos e Práticas Adotadas pelas Gestantes que Frequentam os serviços de Assistência ao Pré- Natal. Resumo de Dissertação. **Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e ClínicaIntegrada.** João Pessoa. V 4, n 2,p 157, maio / ago 2004.

MOIMAZ, Suzely Adas Salibaet al. A ótica do usuário na avaliação da qualidade do programa de atenção odontológica à gestante. **PesqBrasOdontopedClínIntegr.**João Pessoa, 9 (2): 147 – 153, maio/ago. 2009.

MONTANDON, E. M. et al. Hábitos Dietéticos e de Higiene Bucal em Mães no Período Gestacional. . **J Brás OdontopedOdonto Bebê.** Curitiba. V 4, n 18, p. 170- 1873, mar /abr.2001.

MOORE, S et al. A Prospective Study to Investigate the relationship Between Periodontal Disease and Adverse Pregnancy Outcome. **British Dental Journal.**v197.n5.setembr,2004.

MOREIRA, Patrícia Vasconcelos Leitão. Uma Atuação Multidisciplinar Relacionada à Promoção de Saúde Oral Materno – Infantil. **Revista Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**. João Pessoa. V4 , n 3, p 259- 264. set / dez 2004.

MOURA, Lúcia de Fátima Almeida de Deus; MOURA, Marcoeli Silva de; TOLEDO, Orlando Ayrton de. Dental caries in children that participated in a program provinding mother and child care. **J AppliedSci** .2006; 14(1):53-60.

MOURA, Lúcia de Fátima Almeida de Deus; MOURA, Marcoeli Silva de; TOLEDO, Orlando Ayrton de. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno – infantil. **Revista Ciência e Saúde**. v 12, n 4. p:1079-1086.Bauru, 2007.

NASCIMENTO, Érica Pereira; ANDRADE, Fernanda Silva; COSTA,Ana Maria Duarte Dias; TERRA, Fábio de Souza. Gestantes frente ao tratamento odontológico. **RevBras. Odontol**. v 69,n 1.p:125- 130.Rio de Janeiro, 2012. jan – jun.

OLIVEIRA, Juliana Fernandes Mendonça; GONÇALVES, Patrícia Elaine. Verdades e mitos sobre o atendimento odontológico da paciente gestante. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. v 05, n 03. p 165 – 171.2009.

PEREIRA, Marina Batista Borges; FREIRE, Maria do CarmoMatias.An Infant Oral Health Programme in Goiania – GO. Brazil : results after 3 years of Establishment. **Braz Oral Res**. vol 18.n 1.Pg 12 – 17. 2004.

PITIPHAT, Waranuch; JOSHIPURA, Kaumudi J.;GILMAN, Matthew W.; WILLIAMS , Paige L.; DOUGLASS, Chester W. Maternal Periodontitis and Adverse Pregnancy Outcomes. **Community Dent Oral Epidemiology**.v36.p3-11.2008.

RAI,Balwant; KAUR, Jadeesp. Clinical Periodontal Profile in Pre-Clampsia. **Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clinica Integrada**.v9.n3.João Pessoa,2009.

SANTANA, Fernanda Cristina Mendes de. et al. Risco em Gestantes com Bebês Prematuros de Baixo Peso ao Nascer. **Revista Pesquisa Brasileira de OdontopediatriaeClínica Integrada**. João Pessoa. v 5, n 3, 247- 252. set / dez 2005.

SANTOS NETO, Edson Theodoro; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; ZANDONADE, Eliane; LEAL, Maria do Carmo. Acesso à assistência odontológica no acampamento pré- natal. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v 17,n11.p:3057-3068. Rio de Janeiro, 2012.

SANTOS- PINTO, Lourdes do, et al. O que as Gestantes Conhecem sobre Saúde Bucal? **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**. Vol4. nº 21.Set / Out. São Paulo.2001.

SCAVUZZI, A.I.F; ROCHA, M.C.B.S; VIANNA,M.I.P. Percepção sobre Atenção Odontológica na Gravidez. **J Brás OdontopedOdonto Bebê**, , v1, n.4, p. 43- 50, out/ dez. Curitiba ,1998.

SHARNA, Ramakant; MAIMANUKU, Leen R.; SUVA, Zac Morse; NELSON, Angela R. Pack. Preterm Low Birth Weights Associated with Periodontal Disease in the Fiji Island. **International Dental Journal**. v57.n 4.p 257-260.2007.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, June 2009.

SILVA, Mônica Vasconcelos; MARTELLI, Petrónio J. L. Promoção em saúde bucal para gestantes: uma revisão de literatura / Oral healthpromotion for pregnantwomen: a reviewofliterature :**Odontol. clín.-cient**;8(3):219-224, jul.-set. 2009.

SOARES, Mônica Regina Pereira Senra; DIAS, Alexa Magalhães; MACHADO, Williana, Cadete; CHAVES, Maria das Graças Afonso Miranda; CHAVES FILHO, Henrique Duque de Miranda. Pré – natal odontológico: a inclusão do cirurgião – dentista nas equipes de pré – natal. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**. v 1,n 2. p 53-57.2009.

ZANATA, Régia Luzia; NAVARRO, Maria Fidela de Lima; PEREIRA, José Carlos; FRANCO, Eduardo Batista; LAURIS, José Roberto P.; BARBOSA, Silvia Helena. Effect os caries preventive measures direct to expectante mother on caries experience in their children.**Braz Dent J**. v 12.n 2. P 75 – 81, 2003.

ZUANON, Ângela Cristina Cilense;BERNDETTI,Kátia Cristina de;GUIMARÃES, Murilo de Sousa. Conhecimento das Gestantes e Puérperas quanto à Importância do Atendimento Odontológico Precoces. **Odontologia Clínica e Científica**. jan/mar. Recife – PE. 2008

VASCONCELOS, Rodrigo Gadelha; VASCONCELOS, Marcelo Gadelha; MAFRA, Rodrigo Porpino; ALVES JÚNIOR, Luiz Carlos; QUEIROZ, Zélia Maria Guedez; BARBOZA, Carlos Augusto Galvão. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança.**RevBras. Odontol**. v 69,n 1.p 120- 124.Rio de Janeiro, 2012. jan – jun.

VOLPATO, Flavia Cristina; JEREMIAS, Fabiano; SPOLIDÓRIO, Denise Madalena Palomari; SILVA, Silvio Rocha Palomari; SILVA, Silvio Rocha Corrêa da; VALSECKI JR.,Aylton; ROSSEL, Fernanda Lopez. Effects of Oral Environment Stabilization Procedures on *Streptococcus mutans* counts in PregnatWomen.**Braz Dent J**. Vol 22. n 4. Pg 280 – 284.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

IDADE:

Nº:

ESTADO CIVIL:

1. ☐ zona rural ☐ zona urbana
2. Qual mês da gravidez você se encontra? ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º ☐ 6º ☐ 7º ☐ 8º ☐ 9º
3. Antes da gravidez, você escovava seus dentes quantas vezes por dia? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ mais de 3
4. Na gravidez, você escova seus dentes quantas vezes por dia? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ mais de 3
5. Você usa o fio – dental? ☐ sim ☐ não
6. Tem outros filhos? ☐ sim ☐ não
7. Se sim, eles chuparam chupeta? ☐ sim ☐ não
8. Você pretende oferecer chupeta ao seu filho (a)? ☐ sim ☐ não
9. Você sabe os prejuízos que a chupeta pode causar nos dentes de seu filho (a)? ☐ sim ☐ não
10. Você sabe a importância da amamentação para o seu filho? ☐ sim ☐ não
11. Se sim, qual tipo de amamentação até os 06 (seis) meses? ☐ peito ☐ mamadeira ☐ peito e mamadeira ☐ nenhum dos dois
12. Você pretende amamentar seu filho (a)? ☐ sim ☐ não
13. Você já ouviu falar sobre a cárie dentária? ☐ sim ☐ não
14. Você acha que a cárie dentária pode ser transmitida de mãe para o filho? ☐ sim ☐ não
15. Você sabe da importância do acompanhamento do dentista durante a sua gravidez? ☐ sim ☐ não
16. Durante a gravidez você já foi ao dentista? ☐ sim ☐ não
17. Você acha que a ida ao dentista pode prejudicar de alguma forma a sua gravidez? ☐ sim ☐ não
18. Você acredita que a gravidez prejudica os dentes? ☐ sim ☐ não
19. Na gravidez, você já recebeu alguma orientação sobre os cuidados com a higienização da sua boca e de seu bebê? ☐ sim ☐ não

20. Quando deve ser levado o seu filho (a) pela primeira vez ao dentista? () até os 3 meses () quando nascer os primeiros dentes de “ leite” () aos 2 anos () aos 6 anos () somente quando aparecer algum dente cariado
21. Você pretende adoçar a alimentação do seu filho com: () mel () açúcar () adoçante () não vou adoçar
22. Alguma profissional da equipe enfermagem do PSF já lhe falou sobre pre-natal odontológico?() sim () não
23. Alguma profissional da equipe médica do PSF já lhe falou sobre pre-natal odontológico?() sim () não
24. Alguma profissional da equipe de agentes comunitários de saúde do PSF já lhe falou sobre pre-natal odontológico?() sim () não
25. Alguma profissional da equipe de dentistas do PSF já lhe falou sobre pre-natal odontológico?() sim () não
26. Renda Familiar
() até 1 salário – mínimo () 2 a 4 salários – mínimo () mais de 4 salários - mínimo
27. Escolaridade
() Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, CPF nº _____, RG nº _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada e participar da pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado (a) “ Conhecimento das Gestantes sobrePré – Natal Odontológico” desenvolvida pela aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família Tereza Maria Alcântara Neves. Fui informada, ainda de que a pesquisa é orientada pelo Prof. Dr. . Fabrício Ibiapina Tapety, a que poderei contatar/ consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº 9924 – 1401 ou do email: ftapety@novafapi.com.

Afirmo que aceitarei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo que, em linhas gerais é avaliar o conhecimento das gestantes acompanhadas por equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de um questionário a ser respondido a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora seu orientador.

Fui informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para minha pessoa ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Teresina, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
(CONEP)



Faculdade de Saúde Ciências Humanas
e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
REGISTRO CONEP: 043

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS, analisou o protocolo de pesquisa:

Título: CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE PRÉ – NATAL ODONTOLÓGICO.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0387.0.043.000-11

Pesquisador Responsável: Fabrício Ibiapina Tapety

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deverá apresentar ao CEP/NOVAFAPI:

RELATÓRIO FINAL EM NOVEMBRO/2012

Os membros do CEP/NOVAFAPI não participam do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 06/01/2012

Teresina, 09 de janeiro de 2012.

Francisca Tereza Coelho Matos
Comitê de Ética em Pesquisa – NOVAFAPI
Coordenadora