

CLÁUDIA RODRIGUES GUIMARÃES

SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

CLÁUDIA RODRIGUES GUIMARÃES

SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

UBERABA/MINAS GERAIS

2010

CLÁUDIA RODRIGUES GUIMARÃES

SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Borges de Oliveira

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte, ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico à minha filha Luísa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a meus pais, ao meu marido Anísio e a minha filha Luísa.

Aos meus colegas de trabalho que me incentivaram a fazer este curso de especialização e às pessoas que me ajudaram em meu trabalho de conclusão de curso a minha imensa gratidão.

Pela experiência e conhecimentos que me foram generosamente transmitidos por meus tutores e de forma especial à minha orientadora Ana Cristina.

Agradeço ainda aos meus companheiros da Equipe Luz de Saúde da Família de Patos de Minas.

EPIGRAFE

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

Paulo Freire

RESUMO

A gravidez é um período especial da vida da mulher. Nesse período, em que prepara para gerar uma nova vida, ocorrem várias transformações no corpo e na mente da futura mãe e de sua família. Existem mitos, crenças e desconhecimento relacionando a saúde bucal e a gestação, que também interferem no aparecimento de doenças e dificultam o acesso das gestantes aos serviços de saúde bucal. Além disso, a gestante tem, ainda, um importante papel na transmissibilidade da cárie dental, sendo a principal responsável pela transmissão de bactérias cariogênicas para o bebê. Sendo a gravidez um período propício para a incorporação de novos hábitos pela gestante e a importância do papel da mãe/mulher no cuidado com a família, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças devem ser realizadas e enfatizadas. Desse modo, este estudo realizou uma revisão de literatura que teve por objetivo investigar aspectos relacionados à saúde bucal de mulheres gestantes, bem como discutir sobre as ações oferecidas pelos serviços de saúde, em especial pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na mulher grávida, algumas alterações biológicas podem propiciar o aparecimento de doenças bucais que muitas vezes resultam em problemas durante a gravidez. A equipe multiprofissional da ESF, em especial a equipe de saúde bucal (ESB) inserida neste grupo de profissionais deve atuar no intuito de prevenir intercorrências durante o período gestacional. Além da abordagem clínica da gestante, a equipe multiprofissional tem a oportunidade de criação de vínculo, responsabilidade e confiança. São atitudes necessárias para a assimilação e troca de saberes, que possibilitam uma melhora na qualidade de vida dessas mulheres e familiares, inclusive em relação à saúde bucal. Suas ações de intervenção precisam acontecer durante as consultas, visitas domiciliares e grupos operativos.

Palavras-chave: Gestantes. Saúde Bucal. Saúde pública.

ABSTRACT

The pregnancy is a special period of the woman's life. In that period, in that she prepares to generate a new life happens several transformations in the body and in the future mother's mind and of her family. Myths, faiths and ignorance exist relating the oral health and the gestation, that also interfere in the emergence of diseases and they hinder the access of the pregnant women to the services of oral health. Besides, the pregnant woman has, still, an important paper in the transmissibility of the dental caries, being the main responsible for the transmission of this health for the baby. Being the pregnancy a favorable period for the incorporation of new habits for the pregnant woman and the importance of the paper of the mother in the care with the family, the actions of promotion of the health and prevention of diseases should be accomplished and emphasized. This way, this study accomplished a literature revision that had for objective to investigate aspects related to the pregnant women's oral health, as well as to discuss about the actions offered by the services of health, especially for the Strategy of Health of the Family. In the pregnant woman, some biological alterations can propitiate the emergence of buccal diseases that a lot of times result in problems during the pregnancy. The team of the professionals, especially the team of oral health inserted in this group of professionals should act in the intention of preventing problems during the period gestacional. Besides the pregnant woman's clinical approach, the team of the professionals has the opportunity of bond creation, responsibility and trust. They are necessary attitudes for the assimilation and change of you know, that they make possible an improvement in those women's quality of life and family, besides in relation to the buccal health. Their intervention actions need to happen during the consultations, home visits and operative groups.

Key-words: Pregnant Women. Oral health. Public health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
OBJETIVO.....	11
METODOLOGIA.....	12
REVISÃO DE LITERATURA.....	13
SEÇÃO 1-Aspectos Biológicos relacionados ao período gestacional.....	13
SEÇÃO 2-Atenção odontológica durante o período gestacional.....	15
SEÇÃO 3- Barreiras ao atendimento odontológico durante o período gestacional.....	17
SEÇÃO 4- Assistência à saúde da mulher durante o período gestacional.....	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período especial na vida da mulher, onde uma vida depende da saúde e do bem-estar de outra vida. Nesse período ocorrem intensas transformações no corpo e na mente da mulher (OTOMO-CORGEL, 2004).

Alterações fisiológicas ocorridas durante o período gestacional podem ter efeitos adversos na saúde bucal quando associadas a outros fatores decorrentes de aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade (SILVA e MARTELLI, 2009). Situações como essa interferem, muitas vezes, de forma significativa na qualidade de vida de mulheres grávidas (VIEIRA e ZOCCATO, 2007).

Alterações hormonais fisiológicas e diminuição da resposta imunológica podem predispor ou agravar quadros de inflamação gengival, levando ao aparecimento ou agravamento da doença periodontal (DP). Existem evidências de que a DP em mulheres grávidas pode desencadear parto prematuro (<37 semanas) e nascimento de bebês de baixo peso (< 2.500 gramas) (OTOMO-CORGEL, 2004). Eventos frequentes de enjôos e vômitos, comuns no primeiro trimestre de gestação, resultam na exposição intermitente do esmalte dental ao suco gástrico, levando a uma possível descalcificação da superfície dental. No terceiro trimestre, há um aumento na frequência de ingestão de alimentos em razão de um decréscimo na capacidade volumétrica do estômago (por compressão das vísceras e crescimento do feto), dificultando a manutenção da higiene bucal e favorecendo o aparecimento de cárie dental (VIEIRA e ZOCCATO, 2007).

Esses fatos demonstram que a gravidez, por si só, não causa, mas pode predispor o desenvolvimento de cárie dental e DP. De forma geral, as gestantes apresentam carência de informações sobre etiologia dos problemas bucais e, conseqüentemente, de métodos preventivos e possibilidades de tratamento odontológico durante a gravidez (SILVA e

MARTELLI, 2009). Existem barreiras como, medo, ansiedade, custos financeiros e dificuldade de acesso associadas ao atendimento odontológico (ALBUQUERQUE *et al*, 2004). Também estão presentes crenças e tabus fortemente arraigados dentro da sociedade de que gravidez causa cárie e que as gestantes não podem receber tratamento odontológico.

Tudo isso gera um ciclo vicioso, onde o desconhecimento leva ao descuido com a saúde bucal e, conseqüentemente, ao aumento de necessidades odontológicas. Situações como essa são observadas freqüentemente na prática odontológica privada e pública (VIEIRA e ZOCRATO, 2007). Desse modo, torna-se essencial que aconteçam intervenções a nível primário de atenção a saúde, com enfoque nas atividades de educação em saúde bucal direcionadas às gestantes. Portanto, justifica-se o desenvolvimento de um estudo de revisão bibliográfica voltado para a busca de informações sobre ações que possam orientar os trabalhos das equipes de saúde bucal e de toda a equipe de saúde, em especial, de saúde da família, buscando mudança de hábitos e transformação no quadro de saúde apresentado por esse grupo especial composto por mulheres grávidas.

OBJETIVO

Investigar aspectos relacionados à saúde bucal de mulheres gestantes, bem como discutir sobre as ações oferecidas pelos serviços de saúde, em especial pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado através de pesquisas em artigos acadêmicos e livros que tratavam das situações que envolvem a saúde bucal da gestante e a sua percepção quanto à importância da mesma em uma gravidez saudável.

REVISÃO DE LITERATURA

SEÇÃO 1-Aspectos Biológicos relacionados ao período gestacional

A gravidez é um período de grandes transformações no corpo e na mente da mulher. Nesse período, há um grande aumento dos hormônios sexuais progesterona e estrógeno. O estrógeno (ou estrogênio) pode regular a proliferação celular, a diferenciação e a queratinização, enquanto a progesterona influencia a permeabilidade da microcirculação, altera o volume e o padrão da produção de colágeno, e aumenta a quebra metabólica do folato (necessário para a manutenção tecidual). Uma alta concentração de hormônios no tecido gengival, saliva, soro e fluido gengival podem exagerar a resposta celular (OTOMO-CORGEL, 2004; NERY, 2008).

Durante o período gestacional é comum identificar-se, nas grávidas, um aumento de microrganismos anaeróbios, um aumento da profundidade de bolsa periodontal (quando presente) e aumento de sítios gengivais com sangramento. Assim, a ocorrência de gengivite em mulheres grávidas é extremamente comum, ocorrendo em aproximadamente 30 a 100% de todas as gestantes (OTOMO-CORGEL, 2004; NERY, 2008).

A associação entre a gravidez e a presença de inflamação gengival é conhecida há muitos anos. Vários autores acreditam que a DP altera a saúde sistêmica de pacientes grávidas, afetando negativamente o bem-estar do feto por elevar o risco de parto prematuro (<37 semanas de gestação) e por provocar o nascimento de bebês de baixo peso (<2.500 gramas) (OTOMO-CORGEL, 2004; NERY, 2008). O nascimento de bebês prematuros de baixo peso representa aproximadamente 10% dos nascimentos anuais e é responsável por dois terços do total de mortalidade infantil. Bebês prematuros que nascem com baixo peso constituem um problema de saúde pública, econômico e social importante (LINDHE *et al*, 2005).

A relação existente entre infecções do trato urinário, parto prematuro e bebês de baixo peso ao nascer é bem documentada em estudos realizados em humanos e animais. Pesquisadores que suspeitam da DP como outra origem de infecção descobriram que mães de bebês prematuros e com baixo peso ao nascer, tinham maior perda de inserção gengival quando comparadas às mães de bebês com peso normal ao nascimento (OTOMO-CORGEL, 2004). A opinião atual sobre esse assunto é que a correlação da DP e nascimentos de bebês prematuros e de baixo peso são decorrentes do resultado de infecção e é mediada indiretamente pela translocação de produtos bacterianos como as endotoxinas, e a ação de mediadores inflamatórios produzidos pela mãe. Moléculas biologicamente ativas como a prostaglandina E2 e fator alfa de necrose tumoral, que normalmente estão envolvidos com o parto normal, estão com seus gradientes artificialmente aumentados pelo processo de infecção, que pode resultar em parto prematuro (OTOMO-CORGEL, 2004). Entretanto, em um estudo com 42 gestantes, não foi observada a interferência negativa da DP no período gestacional e nem no peso dos recém nascidos (TOUMA *et al.*, 2008). Os autores sugerem, então, serem necessários mais estudos para que se comprove ou não a relação entre DP e nascimento de bebês prematuros e com baixo peso.

De acordo com OTOMO-CORGEL (2004), a gravidez, por si só, não provoca gengivite. No entanto pode acentuar a resposta tecidual à placa bacteriana. O estado periodontal antes da gravidez pode influenciar a progressão e a severidade com a flutuação dos hormônios circulantes.

Algumas mulheres, durante a gestação, sofrem a denominada “síndrome da perversão do apetite”, a qual determina um aumento do apetite por alimentos açucarados, o que pode favorecer, ainda mais, o crescimento de microrganismos acidogênicos na

cavidade bucal, aumentando o risco de aparecimento de lesões de cárie dental (VIEIRA e ZOCRATTO, 2007).

A gestação, portanto, é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais de saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. A técnica de adequação do meio bucal e o controle de placa são boas condutas odontológicas preventivas que podem ser indicadas, garantindo conforto às gestantes. Alguns procedimentos como exodontias e cirurgias devem ser avaliadas e, se possível, realizadas após a gravidez (BRASIL, 2006).

SEÇÃO 2-Atenção odontológica durante o período gestacional

O tratamento odontológico pode ser realizado durante a gravidez. Porém, alguns aspectos devem ser observados (BRASIL, 2006; COELHO e PORTO, 2009):

- 1º Trimestre: período menos adequado ao tratamento odontológico, devido às principais transformações embrionárias. Neste período, deve-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas.
- 2º Trimestre: período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.
- 3º Trimestre: é o momento em que há o maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É freqüente o desconforto na cadeira odontológica, podendo haver hipotensão postural. É prudente evitar tratamento odontológico nesse período.

As urgências devem ser atendidas em qualquer período, observando os cuidados acima indicados. Ao planejar o tratamento odontológico, se necessário o uso de medicamentos e anestésico local, deve-se consultar o médico. Quando da necessidade de realização de tomadas radiográficas, a gestante deve ser protegida com avental de chumbo

e protetor de tireóide, e, se possível, utilizados filmes ultra-rápidos (BRASIL, 2006; COELHO e PORTO, 2009).

Segundo WEINE e HARARI (2001), é extremamente importante que medidas preventivas e tratamento odontológico sejam direcionados à população de mulheres gestantes. A implantação de programas de fluoroterapia tem o potencial de reduzir o risco de lesões cáries. Para KOSLOWSKI e PEREIRA (2003), os efeitos benéficos do flúor se dão no período pós-eruptivo, contra-indicando a utilização de suplementos de flúor pré-natal. Não há nenhuma organização mundial que recomende o uso de suplementos de flúor pré-natal, mesmo porque esse elemento já está presente em complexos associados a vitaminas e sais minerais. Entretanto, de acordo com FELDENS *et al.* (2005), alguns médicos obstetras ainda indicam suplementação de flúor pré-natal, sempre ou eventualmente, dependendo de fatores como a ausência de flúor na água de abastecimento

A cárie dental é uma doença multifatorial e transmissível. Em um estudo desenvolvido por WEINE e HARARI (2001), os autores observaram que cepas de estreptococos do grupo “*mutans*” (EGM) isoladas das crianças, eram idênticas às aquelas encontradas na saliva de suas mães, indicando, então a “transmissibilidade da cárie”. Demonstraram também que, quanto maior o número de unidades formadoras de colônias na saliva da mãe, maior a frequência de colonização das crianças. Os autores identificaram que, geralmente, a redução de EGM no nível salivar das mães, seja através do emprego de técnicas convencionais preventivas e tratamento odontológico para eliminação das cavidades, evitou a implantação precoce dessas bactérias nas crianças na maioria das vezes.

O tratamento odontológico durante a gravidez pode, e deve ser realizado. A atuação do cirurgião-dentista no pré-natal se faz, então, de grande importância para efetuar o

tratamento odontológico quando necessário e orientar as gestantes quanto à prevenção de doenças e promoção de saúde, sua e de sua família. Orientações estas que podem e devem ser passadas a todos os profissionais da equipe de saúde e repassadas por esses às gestantes (ROMERO *et al.*, 2001; MELO *et al.*, 2007; VIEIRA e ZOCRATO, 2007; CODATO *et al.*, 2008; SILVA e MARTELLI, 2009).

SEÇÃO 3- Barreiras ao atendimento odontológico durante o período gestacional

Atualmente sabe-se que a problemática das doenças que afetam os indivíduos já não pode mais ser explicada unicamente pelos fatores biológicos que as caracterizam, uma vez que a qualidade de vida decorrente dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade é determinante essencial (VIEIRA e ZOCRATO, 2007).

Questões relacionadas à saúde bucal das gestantes constituem exemplos de abordagens envoltas em cultura popular. Durante anos, mitos foram criados relacionando a gravidez à perda de dentes. Esses mitos eram baseados em crenças antigas e em argumentos sem qualquer fundamentação científica. Sabe-se que as condições biológicas, psicossociais e os limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal pelas gestantes são os responsáveis pelas doenças bucais na gravidez: a cárie dental e a doença periodontal (VIEIRA e ZOCRATO, 2007).

Dentre as barreiras relacionadas ao atendimento odontológico de gestantes podem ser citadas: falta de interesse, preguiça, comodismo, esquecimento, indiferença e o fato da grávida não gostar de dentista ou de nem pensar em ir ao dentista durante a gravidez. Além desses, também são mencionados: a baixa valorização da saúde bucal, a pouca importância atribuída aos dentes, a baixa apreciação dos resultados do tratamento e as crenças populares que desaconselham ir ao dentista no período gestacional. Fontes de ansiedade e

medo também foram percebidas pelas gestantes: possibilidade de sentir dor e desconforto, reprimenda por parte do dentista, o barulho da turbina da caneta de alta rotação, a anestesia, os instrumentos utilizados, o embaraço e o desconforto com aspectos sensitivos como cheiro, sabor, visão dos instrumentos, refletor, uniformes, máscara, posição da cadeira na horizontal. Os altos custos financeiros do tratamento odontológico privado, não dispor de plano de saúde e a reduzida oferta de serviços e de procedimentos oferecidos pelas unidades de saúde também foram citados como barreiras ao tratamento odontológico.

A existência de dificuldades de acesso em todos os níveis também é apontada como uma grande barreira ao tratamento odontológico durante a gravidez (agendamento, riscos de sair de casa para marcar consulta, transporte e dinheiro, falta de tempo, tempo tomado ao trabalho remunerado, pouca credibilidade nos procedimentos efetuados e no diagnóstico do dentista, localização do consultório, absenteísmo do dentista, desconhecimento por parte das gestantes da existência do serviço gratuito e falta de informação). A mudança na rotina diária e o fato de não ter com quem deixar os filhos menores são barreiras que, somadas às outras, agravam ainda mais a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos durante a gestação (ROMERO *et al.*, 2001; ALBUQUERQUE *et al.*, 2004; VIEIRA e ZOCRATO, 2007).

Um estudo desenvolvido com médicos obstetras sobre a percepção dos mesmos com a saúde bucal das gestantes demonstrou que, entre 17 médicos participantes, nove relataram orientar suas pacientes para avaliação odontológica, cinco disseram fazer isso apenas eventualmente, quando a paciente apresentava queixas de dor ou sangramento gengival. Três afirmaram que não tinham o hábito de fazer o encaminhamento para o cirurgião-dentista (FELDENS *et al.*, 2005).

Educação em saúde

Na gestação, a mulher se mostra mais receptiva para novos conhecimentos, processamento de informações e à adoção de novas e melhores práticas de saúde que possam ser revertidas em benefício do bebê. Assim, as atitudes e escolhas maternas certamente se refletirão no desenvolvimento e nascimento de um bebê saudável. A aquisição de hábitos saudáveis implica diretamente na mudança de comportamento, levando à promoção e manutenção da saúde do indivíduo. E, os benefícios se estenderão aos demais membros da família em decorrência do papel-chave da mãe no cuidado da família (CODATO *et al.*, 2008; REIS *et al.*, 2010).

A educação em saúde é analisada de modo que o seu significado possa atender aos princípios e valores inovadores do sistema de saúde, dentre outros, o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção com vistas a possibilitar a atenção integral e humanizada à população brasileira. É definida como “quaisquer combinação de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (REIS *et al.*, 2010).

É um processo que apóia o usuário na conquista de sua autonomia, constituindo-se de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e proteção à saúde. A educação em saúde bucal deve ser, portanto, o método a ser utilizado como estratégia de promoção da saúde bucal em gestantes. É importante salientar que a promoção da saúde é listada como atribuição específica do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família (BRASIL, 2006; REIS *et al.*, 2010).

Projetos de educação em saúde bucal de gestantes devem ser iniciados com a desmistificação dos tabus pelos profissionais envolvidos no cuidado à gestante, onde a

transferência de conhecimentos básicos em saúde bucal para toda a equipe de pré-natal é de extrema importância, melhorando, desta forma a adesão, a segurança e a motivação ao pré-natal odontológico.

A educação e a promoção da saúde bucal na gravidez visam, não só a busca e manutenção da saúde bucal da gestante, mas também a saúde bucal do bebê. A mãe tem papel-chave na família, especialmente em relação às questões de saúde. Orientações sobre higiene bucal, hábitos alimentares, transmissibilidade de cárie visam a mudança de atitudes que interferirão positivamente na saúde bucal do bebê e de toda a família (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

Algumas informações devem ser passadas às gestantes (ZAVANELLI *et al.*, 2000; POLITANO *et al.*, 2004; HANNA *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2008; VASCONCELOS *et al.*, 2009):

- Importância do aleitamento materno: O leite materno é o melhor e mais completo alimento para o bebê, especialmente nos primeiros seis meses de vida. Em relação à saúde bucal, o aleitamento favorece o desenvolvimento dentofacial, prevenindo hábitos deletérios como deglutição atípica, respiração bucal, sucção não nutritiva (chupeta e sucção digital). A mãe se beneficia com o aleitamento materno devido a uma melhor recuperação dos abalos do parto, redução do peso excedente da gestação, anticoncepção e proteção contra o câncer de mama. Ainda, a sucção do mamilo pelo recém-nascido provoca a liberação de ocitocina promovendo uma rápida involução uterina, diminuindo as perdas sanguíneas e evitando, assim, a anemia e as hemorragias no pós-parto. Dificuldades e interferências durante a amamentação podem levar ao desmame precoce, o que é um dos principais fatores de risco para a mortalidade infantil.

- Importância da participação familiar na prevenção da cárie: Com a orientação da gestante/mãe e do núcleo familiar, dá-se início à prevenção, que é sempre preferível ao tratamento curativo, e proporciona uma melhor qualidade de vida.
- Cuidados bucais com os bebês: Muitas mães são desinformadas quanto aos cuidados bucais com os bebês. Por isso, orientações quanto à higiene bucal dos pequeninos e uso consciente do flúor devem ser feitas por todos os profissionais de saúde em contato com a gestante (interdisciplinaridade).

Em um estudo em que foram entrevistadas gestantes que realizavam o pré-natal nos serviços públicos e privados do município de Londrina-PR, observou-se que a busca por atenção rotineira e sistemática durante a gestação foi percebida apenas entre as usuárias do SUS. No serviço privado foi verificada a tendência a postergar o atendimento para o pós-parto, sempre muito atrelada à opinião do médico e voltada, quando necessária, para o atendimento emergencial (CODATO *et al.*, 2008).

SEÇÃO 4- Assistência à saúde da mulher durante o período gestacional

Os protocolos de procedimentos técnicos para o pré-natal, parto e puerpério orientam as ações das equipes de saúde quanto à captação precoce das gestantes, diagnóstico de gravidez, consultas de pré-natal, classificação de risco gestacional, solicitação de exames laboratoriais, prescrição de medicamentos, indicação de vacinação quando necessário, informação e orientação em saúde, consultas puerperais. Além disso, ações de prevenção de câncer do colo uterino, prevenção do câncer de mama, planejamento familiar e atendimento em saúde bucal devem ser executados pelas equipes de saúde, sendo a unidade de saúde a porta de entrada para a gestante dentro do sistema de saúde (MINAS GERAIS, 2006).

A atenção à saúde da mulher tem sido alvo de programas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que oferece assistência ao ciclo gravídico puerperal: pré-natal de baixo e alto risco, parto e puerpério, assistência ao abortamento, assistência à concepção e anticoncepção, prevenção do câncer de colo uterino e detecção do câncer de mama, assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento das DST/AIDS, assistência à mulher vítima de violência, promovendo assistência clínico-ginecológica e educativa (SILVA e MARTELLI, 2009).

A instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) anuncia o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher, tendo sua base na integralidade da assistência obstétrica e na afirmação dos direitos da mulher. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal com objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos, promovendo ampliação do acesso às ações de saúde, incrementando a qualidade e organização da assistência obstétrica e neonatal, e sua regulação no âmbito do SUS (SILVA e MARTELLI, 2009).

A unidade de saúde é, portanto, o ponto estratégico e tem como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das gestantes do seu território e o monitoramento dos mesmos (MINAS GERAIS, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada em 1994, como elemento fundamental para a organização do modelo de atenção do SUS. É uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica

delimitada. As equipes atuam com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (FARIA *et al.*, 2008b). A ESF é prioritária para reorganização da atenção básica em saúde no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional (BRASIL, 2006).

Por meio de ações inter e multiprofissionais, a ESF busca a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população. Tem como objetivos específicos, reconhecimento da saúde como direito de cidadania e resultante das condições de vida; estímulo à participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre a equipe e usuários (BRASIL, 2006).

Assistência odontológica

A consulta ao médico, enfermeiro ou cirurgião-dentista, deve ser considerada como momento privilegiado de acolhimento, de escuta qualificada do usuário em sua singularidade; um encontro no qual o vínculo pode ser estabelecido na perspectiva de soluções conjuntas para a necessidade premente que gerou a consulta e outras necessidades subjacentes e futuras (VASCONCELOS *et al.*, 2009). Para as gestantes, além do momento de avaliação e/ou tratamento médico, de enfermagem ou odontológico, a proximidade com o profissional e a manutenção do vínculo podem resultar em ganhos em relação à saúde bucal, na perda do medo e da ansiedade relativos ao atendimento odontológico, na mudança de hábitos e na melhoria de sua saúde (FARIA *et al.*, 2008b).

No ano de 2000, pela portaria número 1.444 do Ministério da Saúde, foi inserida a saúde bucal nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2000). Tem sido incentivada e fomentada principalmente pelo Brasil Sorridente, seguindo todos os seus princípios e objetivos. Pressupõe uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo. A produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. Para organização do modelo foram pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso) que implica um redirecionamento do processo de trabalho. Ser realizado em equipe representa um de seus principais fundamentos, implicando em ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (a outros níveis de complexidade, no sistema de referência e contra-referência). Nesse sentido, ações de saúde bucal também estarão incluídas nos documentos específicos definindo as políticas para a intervenção governamental segundo as linhas do cuidado ou condição de vida (BRASIL, 2004; 2006).

A ESF tem, em relação à saúde bucal da gestante, a possibilidade de abordagem do tema por todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem), e não somente pela equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal). Tem também o vínculo necessário para que se superem barreiras encontradas ao atendimento odontológico como medo, ansiedade e quebra de tabus relacionados à saúde bucal nesta fase da vida da mulher. Em qualquer que seja a forma de contato da gestante com a unidade de saúde ou com os profissionais da equipe de saúde, tem-se a oportunidade de abordar temas relacionados à promoção de saúde, seja na consulta, na visita domiciliar ou em grupos operativos (FARIA *et al.*, 2008b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção em saúde bucal tem um grande potencial no controle e na redução das doenças bucais. A manutenção de hábitos saudáveis leva à promoção da saúde na população.

Em relação à saúde bucal das gestantes, ainda observa-se um desconhecimento, tanto por parte dos profissionais de saúde diretamente envolvidos quanto pelas mulheres grávidas. Crenças e tabus arraigados em nossa cultura relacionados à saúde bucal e gravidez, dificultam a atenção odontológica e afastam as gestantes dos serviços de saúde bucal. Esse desconhecimento abrange aspectos relacionados à etiologia, a prevenção das doenças bucais e aos danos provenientes de doenças bucais durante o período gestacional. Por isso, torna-se fundamental o acompanhamento odontológico durante o pré-natal. Desse modo, pode-se evitar o aparecimento de intercorrências relacionadas a doenças bucais na gravidez e parto.

Ações de educação em saúde devem ser incluídas na atenção às gestantes, que, por estarem em um momento de maior receptividade a novos conhecimentos que possam resultar em benefício para o bebê, tornam as atividades educativas bem válidas.

As atividades de promoção da saúde, incluindo aquelas relacionadas à saúde bucal, devem ser feitas por todos os profissionais da equipe de saúde e em qualquer momento em que for oportuna a troca de experiências e informações com os usuários do serviço, seja na consulta, visita domiciliar, grupos operativos. O cirurgião-dentista deve procurar levar conhecimentos sobre saúde bucal aos outros profissionais da equipe de saúde para que todos sejam capazes de divulgar as orientações necessárias à prevenção de doenças e promoção da saúde bucal da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, O.M.R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação às barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3):789-796, mai/jun 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Publicada no DOU de 29/12/2000, seção 1, pg.85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica número 17 – Saúde Bucal. Brasília, 2006, 89p.

CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de Gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3): 1075-1080, 2008.

COELHO, S.; PORTO, Y.F. Saúde da Mulher. In: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Unidade Didática II – Tópicos Especiais em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Editora Coopmed, 2009, 115p.

FARIA, H.P. *et al.* Modelo assistencial e atenção básica à saúde – Módulo 2. In: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Unidade Didática I – Organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte, Editora UFMG-Nescon UFMG, 2008, 62p.

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

HANNA, L.M.O.; NOGUEIRA, A.J.S.; HONDA, V.Y.S. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. RGO, Porto Alegre, v.55, n.3, p.271-274, jul/set 2007.

KOSLOWSKI, F.C.; PEREIRA, A.C. Métodos de utilização de flúor sistêmico. In: PEREIRA, A.C. e cols. Odontologia em saúde coletiva – Planejando e promovendo saúde, Editora Artmed, 2003.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N.P. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral – 4ª edição – Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2005, 720p.

MAGALHÃES, A.C. *et al.* Estratégias educativas-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. Odontologia. Clín.Cintif., Recife, 8(3): 245-249, jul/set 2009.

MELO, N.S.F.O. *et al.* Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. Cogitare Enferm., 12(2): 189-97, abr/jun 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: Protocolo Viva Vida. 2ª edição. Belo Horizonte SAS/SES, 2006, 84p.

NERY, C.F. Doenças periodontais aumentam o risco de parto prematuro. In: PERIONEWS, v.02, n.02, p.147-152, São Paulo, VM Comunicações, 2008.

OTOMO-CORGEL, J. Terapia Periodontal em Pacientes do Sexo Feminino (Puberdade, Menstruação, Gravidez e Menopausa). In: CARRANZA, F.A. *et al.* Periodontia Clínica, 9ª edição, Editora Guanabara Koogan, 2004, 899p.

POLITANO, G.T. *et al.* Avaliação da Informação das Mães sobre cuidados Bucais com o Bebê. JBP – Revista Ibero-americana de Odontopediatria e Odontologia do Bebê, v.7, n.36, p.138-148, mar/abr 2004.

REIS, D.M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 15(1): 269-276, 2010.

ROMERO, R.M.D. *et al.* Actitudes que influyen em La demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Revista ADM, v.LVIII, n.2, p.68-73, marzo/abril 2001.

SILVA, D.D.F. *et al.* Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno- um estudo qualitativo. RFO, v.13, n.2, p.7-11, maio/agosto 2008.

SILVA, M.V.; MARTELLI, P.J.L. Promoção em Saúde Bucal para Gestantes: revisão de literatura. Odontologia. Clín.-Cientific., Recife, 8(3): 219-224, jul/set 2009.

TOUMA, L.; DUARTE, D.A.; MOREIRA, L.A. Relação entre a doença periodontal e trabalhos de parto prematuros e/ou recém-nascidos de baixo peso. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. ; 62(5): 360-8, set/dez 2008.

VASCONCELOS, M. *et al.* Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade – Módulo 4. In: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Unidade Didática I – Organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte, Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009, 70 p.

VIEIRA, G.F.; ZOCCRATTO, K.B.F. Percepção das Gestantes quanto à sua saúde bucal. RFO, v.12, n.2, p. 27-31, maio/agosto 2007.

WEYNE, S.C.; HARARI, S.G. Cariologia: Implicações e aplicações clínicas. In: BARATIERI, L.N. *et al.* Odontologia Restauradora – Fundamentos e Possibilidades – 1ª edição -2001 – 6ª reimpressão – 2007, Livraria Editora Santos.

ZAVANELLI, A.C.; CARDIA, D.R.O.; SILVA, E.M.M. A Participação familiar na prevenção da cárie. Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP – v.12, n.1, p.7-11, jan/dez 2000.

-----//-----