

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Odontologia

**SAÚDE BUCAL EM GESTANTES:
PERCEPÇÃO E ASPECTOS CLÍNICOS SUBSIDIANDO AÇÕES
NO SERVIÇO**

Angélica Maria Cupertino Lopes Marinho

Belo Horizonte

Agosto/2015

Angélica Maria Cupertino Lopes Marinho

SAÚDE BUCAL EM GESTANTES:
PERCEPÇÃO E ASPECTOS CLÍNICOS SUBSIDIANDO AÇÕES
NO SERVIÇO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial ao mestrado de Odontologia em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu.

Co-Orientadora: Profa. Dra. Simone Dutra Lucas.

Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

Agosto/2015

FICHA CATALOGRÁFICA

M338s 2015 T	<p>Marinho, Angélica Maria Cupertino Lopes. Saúde bucal em gestantes: percepção e aspectos clínicos subsidiando ações no serviço / Angélica Maria Cupertino Lopes Marinho. – 2015.</p> <p>101 f. : il.</p> <p>Orientador: Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu. Co-orientadora: Simone Dutra Lucas.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Gerais, Faculdade de Odontologia.</p> <p>1. Alfabetização em saúde. 2. Saúde bucal. I. Abreu, Mauro Henrique Nogueira Guimarães. II. Lucas, Simone Dutra. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.</p> <p>BLACK – D047</p>
--------------------	---

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia - UFMG

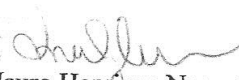
ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA ANGÉLICA MARIA CUPERTINO LOPES MARINHO.

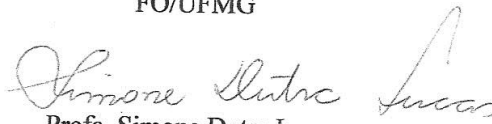
Aos 13 dias de agosto de 2015, às 08:00 horas, na sala 3403 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu (Orientador) – FO/UFMG, Profa. Dra. Simone Dutra Lucas - FO/UFMG, Profa. Dra. Mara Vasconcelos - FO/UFMG e Prof. Dr. Edson José Carpintero Rezende – UEMG para julgamento da dissertação intitulada **Saúde bucal em gestantes: percepção e aspectos clínicos subsidiando ações no serviço**. A Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Profa. Isabela Almeida Pordeus, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pelo aluno e arguição pelos membros da banca, a Comissão Examinadora considerou a dissertação:

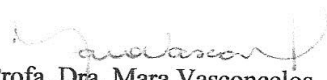
Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 13 de agosto de 2015.


Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu
FO/UFMG


Profa. Simone Dutra Lucas
FO/UFMG


Profa. Dra. Mara Vasconcelos
FO/UFMG


Prof. Dr. Edson José Carpintero Rezende
UEMG

Dedicatória

Dedico esta a todas as mulheres as quais, na ocasião do estudo, carregavam dentro de si sonhos os quais, hoje, vivem.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente ao Criador O Qual, embora não tenha eu capacidades suficientes para Sua definição, tem concedido a mim constantes inspirações, desde tênues momentos de minha vida.

Aos meus pais Darcy Cupertino e José Lopes (*in memorian*) por terem dado a mim a vida e provido, ao longo dela, amor, carinho e condições para que pudesse seguir sempre com meus sonhos e conquistas.

Aos meus filhos Maria Paula e Tales: fontes eternas de inspiração.

Ao meu esposo Paulo pelo companheirismo, incentivo e por ter possibilitado minha caminhada.

Aos meus irmãos Tom, Vevé e Pim (*in memorian*), cunhadas e sobrinhos; em especial ao Elivelton com quem tive a grata alegria e orgulho de estudar durante esse mestrado.

Aos meus sogros Milton Marinho e Conceição Marinho por terem sido também pais de meus filhos em minha ausência.

Aos meus orientadores Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu e Profa. Dra. Simone Dutra Lucas, pela generosidade em seus ensinamentos e, sobretudo, pelo visível respeito, alegria e amizade presentes no ambiente de trabalho.

Ao Conselho Municipal de Saúde Matozinhos e Administrações Municipais (gestões 2005-2008, 2009-2012 e atual) cujas concessões foram fundamentais para a realização das atividades em campo.

Aos Secretários municipais de Saúde de Matozinhos, ao longo deste período de trabalho, José Raimundo Brandão, Rosemarie Alice Batista, Cléria Maria e Marsileidy Siqueira Leandro da Silva as quais nunca mediram esforços em apoiar e acreditar em meus ideais.

À Flávia Torquato Dutra e Eliete Rosa Barbosa, iluminadas, pelo companheirismo e apoio nas atividades com as gestantes. À Elzimar Gonçalves Ferreira e Maria Aparecida de Almeida (Cidoca), bravas guerreiras, pelo apoio incondicional no serviço.

Aos colegas de mestrado os quais muito ampliaram meus conhecimentos com suas práticas em saúde pública.

Colegas do Centro de Saúde Bucal, enfermeiras, médicos e Agentes Comunitárias de Saúde das 10 Unidades de Saúde de Matozinhos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 Condições de Saúde Bucal em gestantes e a qualidade de vida.....	18
2.2 As condições de saúde bucal em gestantes e fatores associados.....	20
2.3 Conhecimento e percepções das gestantes sobre condições de saúde bucal.....	22
2.4 A atuação governamental sobre a atenção à saúde de gestantes.....	25
2.5 A Educação em saúde bucal e materiais educativos.....	28
2.5.1 Educação em saúde.....	28
2.5.2 A criação e validação de materiais educativos em saúde.....	29
2.5.3 O formato da cartilha.....	30
3 OBJETIVOS.....	37
4 MÉTODOS.....	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
7 REFERÊNCIAS.....	75

ANEXOS

APÊNDICES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Evolução dos valores do SMOG e estruturas morfológicas de trinta frases das versões de diálogos utilizadas na criação da cartilha.	69
Quadro 2	Comparação entre os valores de SMOG obtidos pelo programa online e pela técnica manual para as versões dos diálogos na cartilha.	70

LISTA DE ABREVIATURAS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CPI	Community Periodontal Index
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DMFT	Decayed, missing and filled teeth
GOHAI	General Oral Assessment Index
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
OHIP14	Oral Health Impact Profile-14
OHIP49	Oral Health Impact Profile-49
OHRQoL	Oral Health Related Quality of Life
OIDP	Oral Impact on Daily Performances
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIP	Perda de Inserção Periodontal
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SAM	Suitability Assessment of Materials
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMOG	Simple Measure of Gobbledygook
TSB	Técnico em Saúde Bucal

MARINHO, Angélica Maria Cupertino Lopes. Saúde bucal em gestantes: percepção e aspectos clínicos subsidiando ações no serviço. Dissertação (Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

RESUMO

O atendimento odontológico a gestantes parece, ainda, ser realizado de maneira incipiente, sendo importante que esse tipo de assistência ocorra segundo protocolos. O presente estudo buscou, inicialmente, realizar a análise de dados previamente coletados no município de Matozinhos/MG para que os mesmos fossem convertidos em instrumentos para a melhoria das condições de saúde bucal das gestantes. Avaliaram-se doenças cárie e periodontal, por única examinadora calibrada (Coeficientes Cohen Kappa iguais a 0,94, 0,75 e 0,65 para cárie, Índice Periodontal Comunitário - CPI e Índice de Perda de Inserção Periodontal - PIP, respectivamente) características sociodemográficas, autopercepção e de acesso ao serviço utilizando-se os critérios do Programa SB Brasil. As percepções foram avaliadas antes e após grupos operativos. Além de análise estatística descritiva, associou-se o índice CPOD, dicotomizado pelo valor mediano, à renda familiar, às percepções de necessidade de tratamento e de saúde, pelos testes de Qui-quadrado de Pearson e tendência linear. O teste qui-quadrado de McNemar foi utilizado para comparação das percepções antes e após intervenções educativas. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. O CPOD foi igual a 12,00 ($\pm 6,33$), sendo que dentes cariados representaram 52,2%. Apresentou algum nível de doença periodontal ou cálculo 70% das gestantes. A cárie não esteve associada com renda familiar ($p = 0,469$), necessidade de tratamento odontológico ($p = 0,161$), nem com percepção de saúde ($p = 0,506$). O público de gestantes abordado no estudo apresentou necessidades de assistência em saúde bucal relevantes e, simultaneamente, desconhecimento e medos em relação à abordagem odontológica pré-natal, mas após as ações educativas, houve melhora nessas percepções ($p < 0,01$). Destas informações, construiu-se um artigo submetido à revista especializada e versão preliminar de cartilha educativa em saúde bucal. A versão da cartilha, validada internamente pelo *Simple Measure of*

Gobbledygook (SMOG), é um recurso importante para a democratização da informação em saúde, devendo, ainda ser validada, externamente, por métodos quantitativos e qualitativos. Pôde-se evidenciar, diante do quadro de desconhecimento e índices de saúde bucal elevados entre gestantes, a necessidade de se ampliar a participação do dentista entre profissionais da equipe pré-natal.

Descritores: alfabetização em saúde, cartilha, gestantes, saúde bucal.

MARINHO, Angélica Maria Cupertino Lopes. Oral health in the pregnant: perception and clinical conditions subsidizing actions in the health service. Dissertation (Master of Science in Dental Public Health) – Graduate Program in Dentistry - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

ABSTRACT

The pregnant dentistry assistance, seems still be realized at a incipient way and it's important that this kind of assistance occurs according to protocols. This study aimed to perform data analysis once collected in the city of Matozinhos/MG so that they were converted into instruments to improve the oral health status of pregnant women. They evaluated caries and periodontal, by only calibrated professional (Cohen Kappa coefficients equal to 0.94, 0.75 and 0.65 for decay, Community Periodontal Index - CPI and Attachment Loss Index Periodontal – PIP, respectively) features sociodemographic, autoperception and access to the service using the criteria of the SB Brazil program. Pregnant women's perceptions were evaluated before and after operative groups. Besides analyzing statistically, the DMFT index dichotomized by the median value was associated to the family incomes, the perception of treatment necessity and the perception of health provided by the Pearson's Chi-Square and linear trend Chi-square. McNemar's Chi-Square tests were used for comparisons before and after educational intervention. The significance level adopted was $p < 0.05$. The DMFT was 12.00 (± 6.33), being teeth cavities representing 52.2%. Most of the pregnant women presented some level of periodontal disease or calculus. Dental caries has not been associated with family incomes ($p = 0.469$), need for dental treatment ($p = 0.161$), nor with health perception ($p = 0.506$). The pregnant women in public covered in the study had care needs in relevant oral health and simultaneously ignorance and fears about prenatal dental approach, but after the educational activities, there was improvement in these perceptions ($p < 0.01$). This information, built up an article submitted to the journal and draft of educational brochure on oral health. The version of the brochure, is an important resource for the democratization of

health information and must still be validated externally by quantitative and qualitative methods. It could be noted, given the lack of context and high oral health rates among pregnant women, the need to increase the participation of the dentist in the team of prenatal professionals.

Keywords: health literacy, brochure, pregnant women, oral health.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O atendimento odontológico a gestantes, embora sabidamente necessário, parece, ainda ser realizado de maneira incipiente. Tal desassistência é acentuada em municípios de pequeno porte onde há a persistência de crenças e tabus populares dentre outros fatores de ordem cultural. As barreiras ao atendimento odontológico na gravidez envolvem as crenças populares avessas ao tratamento, a baixa percepção de necessidade, o medo de sentir dor, a falta de acesso à informação de qualidade, o uso de termos técnicos pelos profissionais, as dificuldades de deslocamento até as unidades de saúde e a baixa oferta de serviço¹. Diante dessa situação, torna-se importante que esse tipo de assistência ocorra segundo protocolos.

Essa busca pelas mais adequadas terapêuticas pré-natais, obviamente, não está limitada ao contexto odontológico e condutas tomadas no atendimento deste público ainda geram a necessidade de consenso em todo o mundo. A regional europeia da Organização Mundial de Saúde, por exemplo, através da análise de revisões sistemáticas sobre as intervenções pré-natais existentes para o público de gestantes de baixo risco, traçou e classificou as mesmas em três grupos: grupo de intervenções pré-natais seguras e efetivas, grupo de intervenções ineficazes e grupo de intervenções de efetividade desconhecida. O documento ainda aponta a necessidade de fortalecimento e sustentabilidade local de grupos comunitários de gestantes os quais possam consolidar seus direitos em saúde².

A assistência à saúde bucal da gestante envolve níveis de cuidados que vão desde a promoção, acolhimento, prevenção até intervenções clínicas padronizadas. As ações de promoção são pautadas no consenso atual de que as boas condições de saúde bucal sejam requisitos para a melhoria da qualidade de vida em diversos grupos populacionais; no caso da gestante, o benefício transcende a mesma e pode ser levado ao seu filho^{3-7,24,32-35}, independente da discussão sobre se a condição periodontal pode ou não levar a nascimentos de crianças pré-maturas^{8-14,17,37}. O acolhimento deve ter a sensibilidade de captar dessas mulheres, também, seus anseios. As atividades

preventivas também precisam possibilitar ao público, não apenas o acesso às informações e técnicas, mas devem ter a capacidade de incorporar as demandas subjetivas de modo que sejam as mais personalizadas possíveis. O atendimento clínico tem se estabelecido e é possível encontrar consensos diversos na literatura sobre indicações seguras para as mães, de acordo com as condições gerais da gestante^{15,16}. No atual contexto, em que as já referidas discussões estão em plena atividade, há de se considerar a importância do estabelecimento de meios que favoreçam uma comunicação viável para os profissionais entre si e entre profissionais e gestantes, como forma de potencializar as ações clínicas consideradas benéficas em todos os níveis do cuidado¹⁷.

A compreensão do perfil das doenças bucais e os sentidos que as mesmas representam para os pacientes é o primeiro passo para qualquer planejamento. As prevalências de doenças cárie e periodontal em gestantes têm sido analisadas e seus resultados apontam uma variabilidade ao longo das diversas classes sociais sendo, porém, maiores nas populações com menores taxas de alfabetização¹⁸. Acrescidos aos estudos descritivos e analíticos dessas doenças entre gestantes, até mesmo devido à fase peculiar a qual essas mulheres vivem, tem sido comum o estudo, concomitante ou não, de suas percepções. As percepções sinalizam o valor que essas mulheres dão para sua própria saúde e podem fornecer meios eficazes de estímulo à coparticipação na terapêutica proposta havendo, inclusive, instrumentos diversos para a compreensão do comportamento em saúde¹⁹. Porém, tem-se observado uma divergência entre aquilo que tecnicamente é detectado e aquilo que é sentido para gestante. Dessa forma, o diagnóstico precisa basear-se na associação de dados normativos e sentidos como forma de se mapear um planejamento mais adequado. Destaca-se, aqui, a complementariedade que a educação em saúde oferece aos tradicionais métodos terapêuticos, sendo necessária a qualidade dos materiais educativos como forma de se alcançar o objetivo da transmissão da informação ao público alvo de maneira confiável²⁰⁻²³. O simples fato de se disponibilizar tais materiais não significa lograr sucesso. Os mesmos devem ser desenvolvidos de acordo com critérios

estabelecidos e experimentados não se esquecendo de adequá-los às diversas demandas populacionais e epidemiológicas.

Frente a tudo isso, políticas têm sido criadas no ímpeto de se melhorar a assistência das mulheres durante esse período ímpar de suas vidas, qualificando o cuidado e, inclusive, propondo a inclusão das ações em saúde bucal. Dentre essas políticas pode-se destacar o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHPN)²⁴, um desdobramento da Política Nacional de Humanização (PNH)²⁴. Em tal programa, dentre vários aspectos em processos contínuos de construção, é proposta a adoção de medidas e procedimentos tidos como benéficos para o acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto. A priorização do atendimento odontológico das gestantes, com avaliação periodontal no acompanhamento pré-natal na rede pública do Estado de Minas Gerais também é amparada em lei²⁵. Também em Minas Gerais, há a oferta de incentivos adicionais estatais aos municípios que conseguirem ampliar o cadastramento de gestantes no sistema de informação²⁶ e no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB²⁷ que tem como um de seus indicadores o atendimento odontológico à gestante. Além de protocolos instituídos para a atenção à gestante nas esferas estadual²⁸ e federal^{29,30}. Nesse sentido, os municípios devem ser capazes de assumir suas responsabilidades sobre a saúde da gestante de forma que concretize, em sua esfera de governo, políticas de assistência em saúde, inclusive a bucal, de acordo com suas demandas.

No município de Matozinhos/MG, com população de 36031 habitantes (IBGE, 2014), as gestantes são acompanhadas pelo Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), desde 2004, pelas dez equipes de saúde da família existentes, em dez unidades da cidade, havendo rotineiramente registro de captação e consultas subsequentes. Equipes de saúde bucal não estão inseridas nestas localidades havendo apenas uma clínica no centro da cidade com uma demanda reprimida significativa inexistindo o encontro trabalhador-usuário dentro dos moldes necessários para o estabelecimento de vínculo. Assim, a atenção odontológica prestada a esse público é dificultada,

principalmente, pela ausência de vínculo multiprofissional, além de não existir uma busca eficaz dessas pacientes, embasada em relações de escuta e responsabilização, pela equipe odontológica. Faltaria, então, ainda, uma participação de outros atores no processo de delineamento das políticas públicas. Em um estudo transversal, em 2010, foram coletados em Matozinhos dados sobre as doenças cárie de coroa e periodontal, além de percepções das gestantes sobre o atendimento odontológico durante a gestação, em grupos operativos realizados nas unidades de saúde. Porém, tais informações não haviam sido ainda analisadas e nem convertidas em informação para o serviço.

O presente estudo buscou identificar a prevalência de doenças cárie e periodontal, fatores associados à cárie e as percepções de gestantes sobre a assistência odontológica antes e após intervenção educativa, dados estes coletados outrora no município de Matozinhos/MG, para que fossem convertidos em informações a serviço da melhoria das condições de saúde bucal das gestantes. Dentro da proposta do Mestrado Profissional em Saúde Pública, das referidas informações, construiu-se um artigo submetido à revista especializada e versão preliminar de cartilha educativa em saúde bucal validada internamente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Condições de Saúde Bucal em gestantes e a qualidade de vida

Durante a gestação, várias alterações sistêmicas ocorrem na mulher¹⁵. Mais especificamente, cárie e doença periodontal têm sido exaustivamente estudadas e o cirurgião-dentista deve estar atento quanto às descobertas e avanços. Os índices e indicadores dessas, que são as doenças mais prevalentes, parecem ser maiores em certas populações, como aquelas com baixos níveis de escolaridade. Embora esteja clara a transmissibilidade da carga bacteriana da cárie para crianças³¹, a exata relação doença periodontal e intercorrências gestacionais ainda não está bem sedimentada o que parece estar relacionado à “corrida” pela compreensão dos mecanismos que envolvem doenças bucais e sistêmicas, inicialmente mencionada em 1912, com o advento do conceito de “infecções focais”, e retomada intensamente nos estudos de Offenbacher¹⁷. Os estudos da relação entre doença periodontal e intercorrências gestacionais^{8-14,17,37} ainda geram muitos conflitos e cautelas devem ser tomadas, já que outras pesquisas têm colocado esta inter-relação em cheque^{13,17}.

Diante desse quadro de divergências, há de se considerar o que, de fato, seja inquestionável: a melhoria dos indicadores em saúde bucal impacta positivamente na qualidade de vida dessas mulheres. Sendo assim, é em torno da afirmativa de que condições adequadas em saúde bucal proporcionam melhorias em seu bem estar e, por extensão, nos de seus filhos, que as discussões devem direcionar-se.

Essa afirmativa pode ser melhor compreendida em alguns estudos como aquele cujos objetivos foram compreender os efeitos da dor de origem odontológica na qualidade de vida de gestantes do Rio de Janeiro e enumerar quais medidas eram tomadas por essas mulheres para seu alívio. Dos relatos de dor da amostra, 39% citou que eram de origem odontológica, 61,5% dor de cabeça, 59,3% dor nas costas e 60,9% dor pélvica. Viu-se, com esses dados, que há uma contribuição considerável de envolvimento odontológico nos

episódios de sofrimento relatados. Com o auxílio do instrumento do *Oral Impact on Daily Performances* (OIDP) foram assinaladas, como consequências decorrentes destes problemas, dificuldade na alimentação, dificuldade de higienização bucal, o que tende a exacerbar o problema, e dificuldade de manter equilíbrio emocional³².

Dor de origem odontológica e dificuldade durante a alimentação também foram os maiores impactos relatados em grupo de 259 gestantes indianas, submetidas a questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) e exames bucais para detecção de cárie e doença periodontal. Neste estudo, observou-se maior severidade no acometimento periodontal de mulheres com histórico de gestações prévias³³.

Em outro estudo transversal, utilizando-se a aplicação da versão espanhola do *Oral Health Impact Profile-49* (OHIP-49), e exames de cárie e periodontal em 80 gestantes sob vulnerabilidade social do sul da cidade de Buenos Aires, observou-se que 93,75% delas apresentaram sinais de gengivite e 2,5% de periodontite. O CPOD médio mensurado foi 12,24 e seus componentes cariados, perdidos e obturados, 6,46, 4,09 e 2,35, respectivamente. Dessas gestantes argentinas, 73,3% possuía, pelo menos, um dente perdido, 92,1%, pelo menos, um dente cariado e 53,7%, pelo menos, uma restauração. Os impactos na qualidade de vida mais citados foram: desconforto psicológico (59,9%) e limitações funcionais (51,1%) com ênfase, neste grupo, para a função estética. As condições de saúde bucal não foram associadas à qualidade de vida indicando que a avaliação normativa não condiz com a subjetiva dessas pacientes³⁴.

Ainda no que tange à qualidade de vida mensurada em gestantes, não se deve deixar de mencionar outros dois aspectos relevantes. O primeiro aspecto seria a ligação entre qualidade de vida e capitais social e individual verificada em mulheres antes e após o parto. Lamarca *et al.* (2014) encontraram, utilizando o *Oral Health- Related Quality of Life* (OHRQoL) em mulheres antes e após a gestação, que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em gestantes é diretamente proporcional ao seu capital social individual, embora os laços entre vizinhos tenha sua parcela de importância³⁵.

O outro aspecto importante é que esta ligação supra-citada reitera as sugestões de órgãos internacionais para a necessidade de fortalecimento tanto das potencialidades individuais quanto das coletivas como forma estratégica de se garantir integralidade do atendimento e consolidação de seus direitos como cidadãs². A Secretaria Geral para a Saúde Materno-infantil da Organização das Nações Unidas (ONU) incentiva o envolvimento de instituições, governamentais ou não, no estabelecimento de empoderamento das mulheres, fortalecimento comunitário e participação popular como meios de se fazer valer tais direitos³⁶. Vale salientar no Brasil a existência de aparato legal que apoia essa necessidade tais como a Constituição Federal de 1988³⁷ e a Lei 8142 de 1990³⁸.

No Brasil, têm sido gradualmente aperfeiçoados os inquéritos em saúde bucal, mas, em meio ao clamor existente para a integralidade da atenção à gestante, não existe nenhum processo formalizado para monitoramento odontológico desse público em particular. O inquérito intitulado “Programa SB Brasil” também agrega exames bucais, questionários socio-econômicos, acesso ao serviço e auto-percepção. Na ausência de um banco de dados nacional sobre a saúde bucal específico de gestantes, as informações que mais se aproximam da realidade desse público, seriam aquelas obtidas nos inquéritos em pessoas com a faixa etária correspondente ao período fértil da mulher: 35-44 anos. De acordo com os últimos resultados, o CPOD total médio para esta faixa etária foi de 16,36 em 2010, enquanto em 2003 era de 20,21. Uma curiosidade observada na população adulta é o acesso ao serviço de saúde bucal ampliado e evidenciado pelo aumento do componente restaurado que era 4,2, em 2003, para 7,8, em 2010. Já as condições periodontais nesse público revelaram que, em 2010, 18,3% apresentavam saúde periodontal, o sangramento gengival detectado em 1,5%, o cálculo em 30,5%, a bolsa rasa em 16,7% e a bolsa profunda em 5,0%.

2.2 As condições de saúde bucal em gestantes e fatores associados

Uma vez compreendida a necessidade de saúde bucal para gestantes no âmbito da qualidade de vida, segue-se com a análise das doenças

propriamente ditas como fundamental para planejamento assistencial o qual seja condizente com essa desejada melhoria de vida.

A gengivite tem sido a principal alteração periodontal detectada. Moimaz *et al.*³⁹, em 2006, encontraram, em estudo transversal retrospectivo para prevalência e severidade de doenças bucais, alguma forma de alteração periodontal em 86,97% das gestantes abordadas, sendo que 40,75% delas possuía bolsa periodontal com 4 mm ou mais. Neste mesmo estudo, que também objetivou delinear as demandas por tratamento, as autoras observaram que mais de 80% da amostra precisava de cuidados preventivos de remoção e controle de placa, 66,8%, raspagem e alisamento radicular e/ou eliminação de margens de restaurações defeituosas e, apenas, 10,92% necessitava intervenções mais complexas. Tais achados reforçam a ideia de que grande demanda observada em gestantes pode ser resolvida apenas com o uso de ações de baixa complexidade e, inclusive, sem administração dos fármacos tão temidos por elas.

O conhecimento do risco de cárie na gravidez, tanto por fatores individuais quanto coletivos, é essencial para um correto plano de tratamento com ações educativas e preventivas às mães de forma que elas possam cuidar adequadamente da própria saúde bucal e de seus filhos. Com o objetivo de avaliar o risco da doença cárie, através de um estudo retrospectivo em prontuários de gestantes em Araraquara, Aguiar *et al.*⁴⁰, 2011, associaram maior risco à doença em gestantes que consumiam mais carboidratos e que a maioria delas (92,1%) apresentou 25% ou mais das superfícies dentárias cariadas e as médias de dentes obturados e cariados foram 7,9 e 4,0, respectivamente.

Achados semelhantes puderam ser observados no mesmo ano, em Manaus, por Bressane *et al.*⁴¹ os quais avaliaram as duas doenças bucais em gestantes cadastradas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) relacionando-as às condições socioeconômicas, acesso e auto-percepção. Encontraram CPO-D médio de 10,0 (com predominância de dentes perdidos na composição do índice), 62% delas apresentou inflamação gengival moderada e 64% apresentou placa.

A despeito de necessitarem tratamento odontológico, seja para a doença cárie, periodontal e necessidade de prótese, um grupo de gestantes considerou sua condição de saúde bucal satisfatória revelando, mais uma vez, a importância de se agregar a percepção sobre a própria saúde bucal como determinante no processo de atenção em saúde⁴².

Um grupo de gestantes em San Francisco, Estados Unidos, formado por mulheres hispânicas e brancas, recrutadas em um projeto de atendimento prenatal, foram submetidas a três ações: exame de cárie e doença periodontal, aplicação de questionário (sócio-econômico-demográfico, estado de saúde bucal auto-relatado, conhecimento, atitudes e hábitos) e uma intervenção de educação em saúde. Fatores sociodemográficos foram associados às condições de saúde bucal já que as mulheres brancas, sob condições sociais mais favoráveis, mostraram menores índices⁴³.

No sudeste da Índia, foram envolvidas 381 gestantes em pesquisa que objetivou associar prevalência da doença cárie, conhecimento sobre saúde bucal, acesso aos serviços e variáveis socioeconômicas. Com uma média de 30 anos, o grupo apresentou um CPOD médio de 4.4 (componentes cariados=3,08, perdidos=0,93 e obturados=0,39). Não houve associação entre idade e doença, mas a associação foi observada em baixos níveis de escolaridade, menor conhecimento sobre a doença e baixa oferta de serviços de saúde⁴⁴.

Em três regiões da França, 1094 mulheres, no período pós-parto, em seis maternidades, foram abordadas com exames bucais, aplicação de questionários e análise de prontuários médicos. Pelo menos, 51,6% delas possuía uma lesão de cárie sendo a doença associada à baixa escolaridade⁴⁵.

2.3 Conhecimento e percepções das gestantes sobre condições de saúde bucal

Seguindo-se esse Modelo de Crenças em Saúde (MCS), estudo realizado em gestantes de Belo Horizonte, apontou que o cuidado caseiro de escovação dental recebe influência das percepções de suscetibilidade,

severidade e benefício e, a autoeficácia, como sendo suficiente para execução desta ação. Porém, em relação às demais medidas preventivas, o grupo crê existirem barreiras de difícil transposição, condizentes com baixa autoeficácia. Esse estudo aponta, de maneira bem ampla, as dimensões de percepções as quais influenciam os indivíduos em relação às suas tomadas de decisões diante das mais variadas condições e doenças. Tais percepções e crenças possuem valor imprescindível na determinação de planejamentos educativos e terapêuticos que recebam adesão dos usuários e proporcionem a ressignificação na vida destes indivíduos¹⁹.

No Paraná, gestantes entrevistadas em consultórios médicos privados e públicos, relataram compreender que é possível o tratamento odontológico durante a gestação (68,75%), mas, destas, apenas 40% procuraram tratamento. Receberam alguma informação nas consultas pré-natais 33% delas e 48,75% ainda associam, inexoravelmente, a condição de gestação à doença cárie e uma maioria (73,75%) não sabia que alterações bucais poderiam afetar a saúde da criança⁴⁶.

Em São Paulo, percepções de gestantes sobre alterações bucais e acesso ao tratamento odontológico durante a gestação em comunidades sob condições sociais desfavoráveis, mostrou que 49,7% delas identificou alguns problemas como dor (35,5%), lesões cariosas cavitadas (27,6%) e sangramento gengival (19,7%), mas apenas 39,4% delas procurou por atenção profissional. Dentre aquelas que não procuraram o atendimento, 70% justificaram com a barreira da falta de acesso ao serviço e 13,3% devido ao estado de gravidez⁴⁷.

Outra abordagem qualitativa, a de representações sociais, em gestantes de Florianópolis, assinalou o discurso técnico dos profissionais como fator de empecilho à adesão das gestantes ao atendimento odontológico. As mulheres mostram-se receptivas e motivadas ao cuidado odontológico, sobretudo, na busca pelo bem estar dos bebês. O estudo aponta, também, a necessidade de garantia desta motivação, em longo prazo, mesmo após o nascimento dos bebês⁴⁸.

Estudo das representações sociais em gestantes mães de escolares no meio rural, com a utilização de entrevista semi-estruturada, aponta que, para elas, o processo saúde doença relaciona-se à alimentação e aos serviços médicos, enquanto cárie e perdas dentais são consideradas por elas como inevitáveis durante a gestação. Também observou-se o discurso das cobranças as quais despertam nas mesmas uma sensação de culpa. Mais uma vez, vê-se que a intervenção odontológica deve agregar subjetividades dessas mulheres⁴⁹.

Com o método de grupos focais, as barreiras percebidas por gestantes pernambucanas em relação ao atendimento odontológico foram: a baixa percepção de necessidade, ansiedade e medo, custos e dificuldade de acesso aos estabelecimentos. Mais uma vez, houve ligação, pelas gestantes, entre figura autoritária do dentista e a baixa percepção de necessidade. Ênfase é dada às crenças populares que desaconselham a procura pelo serviço odontológico durante a gestação, sendo o uso da anestesia, a hemorragia e os riscos ao bebê, itens presentes no discurso. A dor de dente é tida pelo grupo como uma condição típica da gravidez e o medo é o sentimento dominante entre essas mulheres¹.

Questionário semiestruturado em gestantes de Belo Horizonte mostrou que muitas delas acreditam ainda que gravidez, inexoravelmente, causaria cárie. O estudo mostrou que esse desconhecimento sobre a relação entre a saúde bucal e a gestação parece perpassar diferentes classes sociais⁵⁰.

A percepção também tem sido investigada com o uso de instrumentos de natureza quantitativa como o *General Oral Assesment Index* (GOHAI). Em gestantes de Araraquara, a percepção das condições bucais foi positiva apresentando uma média de 31,6. Apenas 12% delas classificou a própria saúde bucal como ruim. A maioria declarou não possuir problema dentário, embora tenham relatado distúrbios gengivais. Este estudo não foi realizado, simultaneamente, a exames intrabucais⁵¹. No entanto, quatro anos depois, o mesmo grupo de pesquisadores agrega, em uma nova intervenção em gestantes, exames clínicos e observaram incompatibilidade entre o percebido e o examinado⁴².

Já em um contexto internacional, há também uma situação semelhante quanto ao conhecimento em saúde bucal durante a gestação, mas com o diferencial de que nos países desenvolvidos, normalmente, não há oferta de serviço público e essa é uma barreira, por vezes, citada. Em Iowa, através da aplicação de questionário estruturado em 625 gestantes, investigaram-se fatores relacionados à utilização dos serviços odontológicos durante este período, conhecimento das gestantes a respeito de saúde bucal e seus possíveis efeitos durante a gestação. Metade do público relatou ter se submetido à consulta odontológica durante a gestação e 43% apresentou conhecimento sobre possíveis complicações gestacionais decorrentes das condições bucais. Aquelas que não procuraram o serviço odontológico alegaram fatores pessoais, dificuldades financeiras para tratamento e falta de conhecimento sobre a necessidade de tratamento durante esse período⁵².

O processo de trabalho prenatal australiano, o qual conta com o auxílio de parteiras (dolas), foi avaliado por 241 gestantes, através de questionário estruturado. O estudo mostrou que 10% das mulheres recebeu alguma informação ou material educativo no período pré-natal, 50% delas relatou ter problemas de saúde bucal, mas, destas, 17% procurou auxílio das dolas e 44,6% não recebeu tratamento odontológico. As barreiras relatadas por elas foram, também, falta de conhecimento e custos para o tratamento⁵³.

Estudo realizado na Colômbia identificou, mais uma vez, a influência cultural na determinação das condições de saúde bucal de gestantes. À saúde bucal das crianças não é dada importância até o desenvolvimento da dentição, momento em que surge a necessidade de mastigação para a alimentação. O discurso profissional e os meios de comunicação são fatores constituintes da representação social destas gestantes⁵⁴.

2.4 A atuação governamental sobre a atenção à saúde de gestantes

Internacionalmente há mobilizações de órgãos, governamentais ou não, para a melhoria na assistência em saúde e humanização do atendimento das gestantes. A Organização Mundial de Saúde, em sua regional europeia, através de uma revisão sistemática da literatura, elencou uma série de ações e serviços que são prestados às mulheres grávidas de baixo risco e seus

familiares. Classificaram os mesmos em procedimentos pré-natais seguros e efetivos, procedimentos pré-natais ineficazes e procedimentos pré-natais de efetividade desconhecida. Dentre aquelas consideradas seguras e efetivas está a educação em saúde, sobretudo quando se refere à amamentação. A revisão ainda aponta a necessidade de se criar, regionalmente, condições de ativação, fortalecimento e permanência de grupos comunitários de gestantes, geração de fundos públicos para o cuidado materno-infantil, visitas domiciliares por representantes de grupos de proteção à maternidade além de educação em saúde². A Secretaria Geral da Organização das Nações Unidas propõe algo semelhante quando incentiva a criação de mecanismos que fomentem as forças comunitárias e o empoderamento dessas pessoas³⁶.

Em resposta às necessidades de atenção específica às gestantes, ao recém-nascido e à mulher no pós-parto, visando à redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde em junho de 2000 instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento-PNHPN (Portaria/GM Nº 569, de 1/6/2000), um desdobramento da Política Nacional de Humanização. Almeja-se assegurar, atribuindo funções em cada uma das três esferas de governo, a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal além de potencializar e ampliar as ações já adotadas pelo ministério na área da atenção à gestante. Dois aspectos da humanização são fundamentais. O primeiro, refere-se à adoção de conduta ética e solidária entre os profissionais e à convicção e o entendimento da obrigatoriedade de uma recepção digna desse público e de seus familiares nas unidades, devendo a instituição organizar-se para acolhê-los e adotar condutas que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo, refere-se à adoção de medidas e procedimentos tidos como benéficos para o acompanhamento do pré-natal, do parto e pós-parto²⁴. Não está previsto na proposta inicial da política nenhum indicador específico para monitoramento das condições de saúde bucal de gestantes⁵⁵.

Em 2004, O Ministério da Saúde lança em seu Manual “Diretrizes da Política Nacional para Saúde Bucal”³⁰ e nele a atenção às gestantes é sugerida como se segue:

“Considerando que a mãe tem um papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, ações educativas preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Devem-se realizar ações coletivas e garantir o atendimento individual. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos: orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação, exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal, diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo, diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento, orientação sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal e, em nenhuma hipótese, a assistência será compulsória, respeitando-se sempre a vontade da gestante, sob pena gravíssima de infração ética” (BRASIL, pag.13-14, 2004).

Porém, o próprio Ministério da Saúde, em 2006, lança, dentro de uma proposta de humanização do atendimento, um manual contendo recomendações para o pré-natal e puerpério no qual não é feita nenhuma menção direta à atenção em saúde bucal do público²⁹.

Em agosto de 2005, a priorização do atendimento odontológico das gestantes, com avaliação periodontal no acompanhamento pré-natal na rede pública do Estado de Minas Gerais torna-se amparada pela Lei nº 15.677²⁵. Um ano depois, em Minas Gerais, foram criados protocolos em saúde, dentre os quais, a atenção em saúde bucal das gestantes ganhou espaço na Linha Guia de Saúde Bucal²⁸ e, um avanço, com a dedicação de um espaço generoso na Linha Guia de Atenção⁵⁶ à gestante mineira: Atenção ao pré-natal, parto e puerpério (parte da política de atenção em saúde da mulher, o Viva Vida). Paradoxalmente, a proposta mineira para a abordagem pré-natal global, deixa de contemplar a saúde bucal pré-natal em materiais de educação continuada profissional em saúde pública⁵⁷.

Novas perspectivas acontecem em 2011, com a Portaria nº1654, a qual propõe o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)²⁷ lançando como um de seus indicadores o atendimento odontológico à gestante enquanto, em fevereiro de 2013, em seu anexo II, a Resolução SES/MG Nº3669 oferta incentivos adicionais estaduais

aos municípios que ampliem o cadastramento de gestantes na central de atendimento telefônico do Projeto Mães de Minas²⁶.

2.5 A Educação em saúde bucal e materiais educativos

2.5.1 Educação em saúde

A literatura evidencia falta de conhecimento e a persistência de certos tabus e medos entre gestantes além da culpabilização e forte associação entre doença bucal e a condição de gestação os quais precisam ser desmitificados. Tal situação está impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres e de seus filhos já que geram negligências com a própria saúde bucal desencadeando, minimamente, sofrimentos e incômodos. Dessa forma, além da assistência clínica, quando necessária e indicada, ações de educação em saúde devem ser realizadas simultaneamente e incorporadas em definitivo às demais ações prenatais^{58,59}.

Prover orientações em saúde bucal para gestantes tem sido uma prática positiva. Fornecimento de informações precocemente, quando ainda gestantes, têm resultado, no curto e longo prazo, em melhores condições de saúde bucal também para os filhos como mostrou estudo de coorte onde filhos de mães submetidas a programa preventivo na gestação apresentaram menores índices de cárie aos 3, 6 e 14 anos de idade⁵⁸.

Essas ações precisam estar compatíveis com as peculiaridades dos contextos em que estejam inseridas, onde medos e falta de percepção sobre a própria situação de saúde são verdadeiros “nós” críticos. Há a necessidade da reformulação das práticas de educação em saúde, de maneira socialmente construídas e que ocasionem a ressignificação de algumas crenças com a transposição real das barreiras que ainda persistem no atendimento odontológico às gestantes¹⁹.

No atual contexto, em que discussões sobre as reais implicações de doenças bucais⁸⁻¹⁴, sobretudo as alterações periodontais, em gestantes estão em plena atividade, há de se considerar a importância do estabelecimento de meios que possibilitem uma comunicação viável para profissionais entre si e

entre profissionais e gestantes, como forma de potencializar as ações clínicas consideradas benéficas².

Em *workshop* realizado em 2007, reuniram-se profissionais, acadêmicos da área médico-odontológica e da indústria de suprimentos de diversos países. Diante dos crescentes conflitos em torno da ligação entre doenças periodontais e alterações sistêmicas, dentre elas complicações gestacionais, pontuaram os seguintes questionamentos: “Quais são as palavras chaves sobre o tema que os profissionais precisam saber?” e “quais termos chaves que a saúde pública primária deveria transmitir para o público em geral?”. A informação foi o foco das discussões e algumas sugestões foram extraídas como, por exemplo, a comunicação mais conveniente ao público geral, a criação de materiais educativos como cartilha e o estabelecimento de vínculos com grupos de opinião já existentes entre os pacientes¹⁰. Vislumbraram, assim, fortalecer a comunicação e laços entre os cidadãos. Nesse contexto, vale destacar a importância desses laços para o bem estar de gestantes, embora, especificamente, para a saúde bucal, o capital social individual tenha-se mostrado mais importante para qualidade de vida³.

Considerando-se a complementariedade que a educação em saúde oferece aos tradicionais métodos terapêuticos, há de se enfatizar a importância da qualidade dos materiais educativos como forma de alcançar o objetivo da transmissão da informação ao público alvo de maneira confiável. O simples fato de disponibilizá-los, pois, não significa lograr sucesso. Uma larga quantidade de mensagens em saúde tem sido um desafio para seus leitores. Diferenças entre os grupos alvos requer a criação de materiais que não sigam padrões fixos de conhecimento e entendimento. Dessa forma, deve-se adequá-los às diversas demandas populacionais, epidemiológicas, além de ser baseados em evidências⁶⁰⁻⁷³.

2.5.2 A criação e validação de materiais educativos em saúde

De todas as formas de educação em saúde, os materiais impressos parecem ser mais indicados devido a reutilização da fonte de informação repetidas vezes necessárias aos pacientes sem alteração de seu conteúdo, flexibilidade em sua distribuição (preferivelmente por profissional de saúde e

complementarmente à orientação verbal) e possibilidade de recapitulação de seu conteúdo pelo paciente caso, durante a consulta ou atendimento na unidade de saúde, não tenha sido suficiente a explanação. Os materiais educativos em saúde devem ser construídos baseados na alfabetização em saúde que o público alvo possui, seus níveis de leitura exigidos e compreensão de seu *design*^{20-22,74} compreendendo-se por *design* como arranjo das estruturas gráficas de determinado material de forma que o mesmo possa transmitir uma informação de maneira adequada ao público alvo²⁰. A literatura aponta estudos que avaliam materiais educativos em saúde já prontos^{72,73}, outros⁶⁷⁻⁷¹, mostram a criação e validação dos mesmos antes de serem disponibilizados ao público e não se vê na literatura a criação e validação de material educativo em saúde bucal antes de disponibilizá-los ao público. Recomenda-se que a construção e a validação sejam realizadas antes da disponibilização ao público alvo^{22,60-72,74}.

Podem ser observadas na literatura, tanto técnicas quantitativas quanto qualitativas, nos processos de construção e validação de materiais educativos. Muito comumente pesquisa-ação⁷¹, grupos focais⁶⁷⁻⁷⁰ e instrumentos padronizados^{73,75-77} por pesquisadores em alfabetização em saúde são utilizados nesses processos.

O grupo de pesquisadores de alfabetização em saúde da *School of Public Health* da Universidade de Harvard e instituições como o CDC têm desenvolvido ferramentas de referência, disponibilizadas ao público, as quais podem auxiliar a criação, aceitabilidade e reestruturação desses materiais^{20-22,60-62,74}. Tais sugestões abrangem o vocabulário, a estrutura de sentenças, a organização de ideias, além do *design* e *layout* dos elementos contidos, minimizando as barreiras ao entendimento.

2.5.3 O formato da cartilha

- A linguagem:

Alguns elementos e condições são imprescindíveis: clareza e fácil entendimento da linguagem, organização e *design*⁷⁴. A linguagem deve apresentar-se de forma simples, com o uso de termos do dia-a-dia, utilização de exemplos práticos para explanação de termos técnicos difíceis (jargões),

além de evitar frases longas, dar preferência ao uso da voz ativa, apresentar temas em sequência lógica e dar ênfase às palavras mais importantes. A utilização de termos técnicos, quando imprescindíveis, deve ser acompanhada de seus significados²⁰.

- O *design*

O *design* sugerido envolve tamanhos e formas de letras de fácil leitura, espaços suficientes entre linhas, contraste entre as cores das letras do texto e do fundo, texto não extensos e não escritos com letras maiúsculas em sua totalidade. Os contrastes ideais são aqueles nos quais há uso de letras escuras em fundo claro, ao invés de escrita clara em fundo escuro como no esquema seguir²⁰:

Escove bem seus dentes

Escove bem seus dentes

Quanto ao tamanho das fontes, devem ser 12 ou 14 uma vez que, se menores que esse valor, pode prejudicar a leitura por idosos, por exemplo. Nos títulos, o ideal é o uso de fontes com dois pontos maiores que aquela utilizada no texto inicial. Para o corpo do texto, indica-se o uso do *serif* ao invés de *sans serif* já que o primeiro é tido como de mais fácil leitura devido à maior individualização de suas letras a qual permite fácil reconhecimento pelo cérebro. Já o *sans serif* é ideal para títulos e subtítulos como se vê nos exemplos abaixo²⁰.

S ← *Serif*

S ← *Sans Serif*

O uso de letras estilizadas ou tipo manuscrito deve ser evitado. Já o negrito é uma opção para dar ênfase a palavras ou frases. O *design* deve ser consistente, evitando-se aglomerado de letras ou figuras. Deve fornecer mecanismos que facilitem a localização de temas chaves. As figuras devem ser claras ao entendimento, as legendas de fácil entendimento e os títulos expostos de maneira destacada⁶⁰. Deve-se construir sentenças com 30 a 50

caracteres por frase para que haja condição de se transmitir a mensagem e o leitor não se canse de ler. A capa, como é a introdução do material, deve ser capaz de tomar a atenção do público neste primeiro momento. Gráficos e desenhos estilizados devem ser evitados. Uma sugestão, também muito bem aceita, é a criação de um espaço para que o paciente escreva seu nome, criando-se uma identidade e compromisso com o material.

- As ilustrações

Em relação às ilustrações, o público mais beneficiado é aquele com maior dificuldade de leitura. Recomenda-se que figuras estejam adjacentes às figuras e textos correspondentes e às legendas elucidativas. São sugeridos também desenhos mais simples com menor número de traçados. Quando referir-se a alguma parte do corpo humano, o desenho deve ser claro sobre a localização desta parte em relação ao corpo todo. O uso de fotografias referente a grupos ou aos participantes traz familiaridade ao contexto, porém, deve-se evitar imagens de fundo que distraiam a atenção e, claro, ter o consentimento dos mesmos para a publicação. Cada ilustração deve trazer apenas uma mensagem evitando-se divisão do entendimento. Recomenda-se também que não se use figuras infantis para público adulto^{21,22}. Estratégias para a criação de materiais em termos de ilustrações também podem ser encontradas nos estudos de Houts *et al.*²¹. Esse último estudo aponta, detalhadamente, como empregar figuras para materiais educativos as quais devem visar a adequação ao conteúdo textual, despertar atenção no público, proporcionar compreensão, possibilitar momentos de revisão de seus conteúdos, contemplar ambientes distintos daqueles nas unidades de saúde e, então, resultar na aderência às recomendações nelas contidas.

- A criação de materiais educativos

A criação desses materiais em processo participativo, como em grupos focais⁶⁷⁻⁷¹, tem proporcionado o estímulo constante de seus participantes ao diálogo e ação. As discussões dos grupos focais são gravados até que seja observada a saturação do tema e, então, após análise o conteúdo é agregado ao material educativo. Considerável número de estudos de cartilhas tem utilizado o método participativo para criação e validação já que impressos têm

se mostrado capazes de melhorar a informação transmitida quando a leitura é feita associada à comunicação verbal⁷².

Um estudo feito para construção e validação de uma cartilha para nutrição em gestantes consistiu em três etapas. A primeira, foi o desenvolvimento da primeira versão da cartilha e seu conteúdo foi baseado na análise de grupos focais realizados com gestantes acrescida da busca na literatura sobre o tema. Foram acrescidas figuras da *internet* que contextualizassem o tema em questão. Após montagem da versão preliminar do material, o mesmo foi submetido à avaliação por 22 peritos na área. Uma vez validadas, as cartilhas foram legitimadas, em novo grupo, por 20 gestantes⁷⁰. Outro estudo para construção de material educativo de promoção em saúde de gestantes deu-se em cinco etapas: sistematização do conteúdo em grupos focais, escolha das ilustrações (*internet*), composição do conteúdo (diagramação profissional mais adequada), validação da cartilha por oito peritos (resposta ao questionário de Luz *et al.*, 2003) e validação por nove gestantes, esta última também em grupo operativo⁷¹. Os dois estudos consideram como peritos profissionais reconhecidos e com experiência na avaliação de materiais educativos, experiência de trabalho com o público específico de gestantes e formação acadêmica compatível.

- A validação de conteúdo

Para validação do conteúdo escrito em materiais educativos tem sido proposto ferramentas para a análise da facilidade de leitura e o grupo de Harvard propõe uma série de fórmulas para tal. Tais fórmulas estão contidas em duas categorias: aquelas geradas pelo computador e aquelas calculadas a mão. As geradas por computador, mais frequentemente utilizadas, são o *Flesch Grade Level Formula* e a *Flesch-Kincaid Index*. Aquelas geradas a mão, incluem o *FOG method*, *Fry formula* e o *Simple Measure of Gobbledygook* (SMOG) ou Medida Simples de Gobbledygook (McLaughlin, 1969)⁷⁸. O SMOG tem o poder de predizer 100% de compreensão do texto sob avaliação, já que se baseia na extensão das palavras e das sentenças ao invés de apenas palavras isoladas. O SMOG, também, é ideal para coleta de dados em campo de trabalho já que seu cálculo pode ser feito manualmente⁶¹. Este índice é

obtido, primeiramente, pela seleção de trinta frases no texto (dez do início, dez do meio e dez do fim do documento) e, em seguida, pela contagem das palavras polissílabas contidas em tais frases. O quadrado perfeito dessa soma de polissílabos deve ser obtido. Caso a somatória dos polissílabos não resultar em um número que possua um quadrado perfeito, considera-se aquele número mais próximo que o possua. Por exemplo, se a somatória dos polissílabos de um dado material for 110, deve-se considerar o quadrado de 100 ao invés de 121. Uma vez obtida a raiz quadrada do número de polissílabos, soma-se esse valor ao valor 3 obtendo-se, então, nível de leitura exigido para o material de acordo como o SMOG. Os valores parâmetros são: de 0 a 6, corresponde à baixa alfabetização, de 7 a 8, corresponde à educação fundamental, de 9 a 11, ensino médio incompleto, o valor 12, graduação e 13 ou mais, exige pós-graduação na área correspondente⁷⁹. Atualmente, é disponibilizado programa *online* para a inclusão das 30 frases e os cálculos. O programa oferece informações sobre os trechos analisados como o número total de caracteres, de palavras, de frases, relação de caracteres por palavras, de sílabas por palavras, de palavras por frases além de fornecer outros indicadores como o *Gunning Fox Index* e o *Flash Kincaid Grade Level*. Ao final da grade de valores encontrados para cada grupo de 30 frases escolhidas é indicada, ainda, uma relação de frases, extraídas do conteúdo submetido, às quais se sugere a reescrita para que sua leitura torne-se mais fácil. O referido programa pode ser acessado através de link disponível no artigo original do autor do SMOG. O “passo a passo” prático para a obtenção desse valor também é disponibilizado em manual especializado para a construção e validação de material educativo⁷⁴. Há de se considerar a existência da validação do SMOG para a língua espanhola o que permite utiliza-lo para a língua portuguesa conforme indica a literatura. Porém a validação para a língua portuguesa deve ser feita como forma de se obter maior fidedignidade dos valores.

- A validação externa

Já, para aceitabilidade dos materiais educativos pelo público alvo, critérios têm sido criados e discutidos por longa data. As versões iniciadas em 1920 foram recebendo sucessivas adaptações até o advento dos recursos computacionais. Mas a evolução e atualizações da informática fizeram destes

recursos desfavoráveis sob o ponto vista financeiro, avaliativo e comparativo já que tem dado margem para que diversas ferramentas sejam criadas e, antes mesmo de terem suas aplicabilidades determinadas, outras novas são lançadas no mercado. Diante desses problemas, a Academia Nacional de Pesquisa em alfabetização em saúde de adultos (Estados Unidos), sugere o uso de modelos de avaliação mais acessíveis e práticos. Dentre eles, destacam três: o *checklist* de atributos, análise pelo uso de *readability formulas* e análise utilizando SAM (*Suitability Assessment of Materials*). O rigor e a formalidade dos métodos gradualmente aumentam, de acordo com a sequência anteriormente citada. Para as três técnicas de análise, caso o material avaliado não contemple todos ou alguns dos itens solicitados, deve-se proceder com sua revisão, se ainda estiver em fase de construção, ou ser suplementado, caso já tenha sido impresso e disponibilizado ao público^{22,74}.

O *checklist* de atributos apresenta uma relação de 17 itens verificáveis e é o mais fácil e rápido método. A desvantagem é que a ele não é relacionada nenhuma graduação de valores (scores) dificultando comparações entre materiais diferentes e versões diferentes do mesmo material²².

As fórmulas de análise de aceitabilidade (*readability formulas*), embora tenham valores que graduem seus resultados, normalmente são direcionados apenas para dois critérios: a dificuldade de palavras e a extensão das frases. Normalmente, utilizam contagens de sentenças, palavras e sílabas. Os resultados de cada contagem são associados a fórmulas matemáticas específicas para cada método e apresentadas sob forma de gráficos ou tabelas²².

O método mais sofisticado e aplicável a uma maior variedade de materiais é o SAM. Constitui-se em seis categorias de avaliação: conteúdo, nível de alfabetização demandada, gráficos, tipografia e desenho, estímulo à aprendizagem e apropriação cultural. Seus criadores propuseram seu uso em grupos mas, muitas vezes, essa condição é inviável e pode a mesma ser utilizada individualmente. Inicialmente criado para material impresso e ilustrações, pode ser utilizada também para vídeos e gravações. Para cada material avaliado, SAM fornece um valor numérico em percentual, resultante da

somatória dos 22 itens de avaliação, o qual pode condizer com uma das três categorias: superior, adequado ou não aceitável^{22,74}.

Observa-se também avaliação de materiais educativos pelo uso de mais de um instrumento. Dezoito cartilhas contendo informações para portadores de tumores cerebrais e seus familiares foram submetidos à avaliação quanto à sua qualidade pelo uso do DISCERN e quanto à facilidade de leitura pelas fórmulas do *SMOG*, *Fry readability graph* e *Flech-Kincaid Grade Level*. Essa avaliação mostrou que tais cartilhas necessitavam revisão crítica para que pudessem ser assimiladas pelos pacientes e familiares. Os autores sugeriram que fossem incorporadas aos conteúdos das cartilhas as demandas específicas de seu público⁷³. O cálculo do *DISCERN* é mais complexo que o do *SAM*, já que envolve mais cálculos.

A entrevista em grupos focais, no denominado processo participativo, é usada também para a validação. Esta estratégia considera o aspecto relevante na educação em saúde que é a natureza prescritivo-bancária ainda existente em muitos materiais e mensagens disponibilizadas^{22,60-62,64,74}: informam, por exemplo, quando e como acessar o serviço, mas não são capazes de abranger medos, receios e concepções, no caso das gestantes, para com elas mesmas e com as suas crianças. Grupos focais conduzidos para 34 mulheres gestantes e/ou mães de crianças com até dois anos de idade em Maryland⁷⁹, nos Estados Unidos, buscaram obter deste público tais percepções referentes ao pré-natal odontológico, extraíndo-se, inclusive, as percepções que as mesmas têm em relação a materiais educativos. Observou-se a existência de certos mitos e medos entre as mesmas e o papel normativo que os materiais educativos imprimem. Nesse contexto, os autores apontaram que a linguagem, pedra fundamental, deve ser compatível com o nível de alfabetização em saúde de seu público em relação ao tema. Estratégias comunicativas criativas, consistentes e compreensíveis foram sugeridas como necessárias para a formatação de acordo com as demandas específicas dos grupos de mulheres abordadas e, inclusive, em momentos anteriores ao estado de gravidez e considerando-se, também, possível resistência das mesmas.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

- Identificar a prevalência de doenças cárie e periodontal, fatores associados à cárie e as percepções de gestantes sobre a assistência odontológica antes e após intervenção educativa.

- Criar e validar, internamente, uma cartilha sobre saúde bucal para gestantes.

4 MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 - Percepção, prevalência de cárie e doença periodontal e associações

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (parecer nº ETIC 568/08).

O estudo foi realizado no município de Matozinhos/MG, com população de 36.031 habitantes¹⁵. As gestantes deste município são acompanhadas pelo Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), desde 2004, pelas dez equipes de saúde da família existentes atendendo a variados grupos populacionais no que se refere ao risco e vulnerabilidade, havendo, rotineiramente, registro de captação e consultas subsequentes. Em janeiro de 2010, 191 gestantes estavam cadastradas no Sistema de Informação à Saúde deste município.

Foi realizada uma pesquisa de intervenção do tipo “antes” e “após”. Intervenções educativas do tipo grupo operativo¹⁶ foram desenvolvidas com gestantes atendidas na rede pública de Matozinhos/MG. O estudo foi realizado com uma amostra de conveniência composta por aquelas gestantes de um universo de 191 cadastradas no SISPRENATAL, atendidas na rede pública de saúde do referido município, em 2010, as quais, em consultas pré-natais já rotineiras, com enfermeiras e médicos, foram esclarecidas e consentiram participar do estudo.

Durante as abordagens educativas nas dez unidades de saúde da família, utilizou-se um roteiro estruturado com as seguintes perguntas: “Você tem medo de ir ao dentista enquanto está grávida?” e “A gravidez pode causar problemas na saúde bucal?” cujas respostas foram registradas como “sim” ou “não”. Em cada unidade, os grupos aconteceram em dois momentos separados pelo intervalo de um mês e, para fins de análise, foram agrupados em “Primeiro momento” e “Segundo momento”. No primeiro, as dúvidas e anseios foram levantados e tidos como temas dos roteiros usados nesta mesma ocasião. Além das dúvidas levantadas, foram acrescentadas outras questões tidas como relevantes pela pesquisadora. No segundo encontro, as gestantes novamente participaram do grupo operativo de modo que os conteúdos abordados

seguissem o mesmo roteiro do encontro anterior. Participaram do primeiro encontro noventa e três gestantes, no segundo, noventa e oito e, nos dois eventos simultaneamente, setenta, de modo que estas últimas foram consideradas com vistas à avaliação comparativa da ação.

Desses encontros, as gestantes foram convidadas a receber a assistência no Centro de Saúde Bucal do município. Aquelas que consentiram foram encaminhadas para atendimento odontológico, independentemente do período gestacional, respeitando-se o protocolo da Linha Guia de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde de Minas Gerais¹⁷. Todas as gestantes foram submetidas ao exame para cárie dentária de coroa e exame periodontal, por uma única examinadora calibrada (Coeficientes Cohen Kappa iguais a 0,94, 0,75 e 0,65 para cárie, Índice Periodontal Comunitário - CPI e Índice de Perda de Inserção Periodontal - PIP, respectivamente, tendo sido examinadas dez gestantes em dois momentos separados por um intervalo de uma semana e realizados sob condições rotineiras de trabalho no Centro de Saúde Bucal local). Foram utilizados questionários e critérios referentes à autopercepção em saúde, acesso ao serviço e variáveis socioeconômicas utilizados no levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde¹⁹, alinhando-se, dessa forma, o estudo à proposta nacional de investigação sem saúde bucal pública em vigor na época da coleta de dados. As variáveis socioeconômicas foram escolaridade (em anos de estudo); tipo de moradia (própria; própria em aquisição; alugada; cedida; outros); renda familiar (em salários mínimos). A questão sobre autopercepção de saúde bucal foi “Como avalia o atendimento?” (Nunca foi ao dentista/não respondeu; péssimo, ruim, regular, bom, ótimo). As questões de acesso foram “Já foi ao dentista alguma vez na vida?” (sim ou não); Onde? (Local do atendimento odontológico: Nunca foi ao dentista; serviço público; serviço privado/liberal; serviço privado/planos e convênios).

A análise estatística envolveu cálculo de proporção e medidas de tendência central e variabilidade. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para testar a normalidade de variáveis quantitativas. O índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) dicotomizado pelo valor mediano (CPOD \leq 12 e CPOD $>$ 12) foi associado à renda familiar (em salários mínimos), à

percepção de necessidade de tratamento e à percepção de saúde por meio dos testes de qui-quadrado de Pearson e de tendência linear, quando indicados. As proporções das respostas às perguntas “Você tem medo de ir ao dentista enquanto está grávida?” e “A gravidez pode causar problemas na saúde bucal?” foram comparadas antes e após a intervenção educativa, por meio do teste de qui-quadrado de McNemar. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Toda a análise foi desenvolvida no programa SPSS versão 18.0. O fluxograma das atividades e das análises a que foram submetidas podem ser vistas de maneira resumida no Apêndice 2.

4.2 – A construção da cartilha

O público de gestantes abordado no estudo apresentou necessidades de assistência em saúde bucal relevante e, simultaneamente, apresentou desconhecimento e medos em relação à abordagem odontológica prenatal. Justifica-se, então, para complementar as abordagens clínicas oferecidas às mesmas e os grupos já existentes, a criação de um material educativo: uma cartilha. Uma cartilha criada dentro de moldes sugeridos pelas autoridades em alfabetização em saúde^{21,22,60-72,74} seria de grande valor para o aperfeiçoamento de grupos terapêuticos nas unidades de saúde de Matozinhos/MG e seria um meio de propagação de informações e fortalecimento das ações prenatais locais.

A proposta que se apresenta foi a de criação de protótipo de cartilha educativa em saúde bucal para gestantes. Para tal foram utilizadas as sugestões contidas nos “15 passos” de Rudd & Anderson (2006)⁷⁴ para conteúdo e design e os preceitos de Houts *et al.*(2006)²¹ para a definição de ilustrações. O conteúdo textual inicialmente construído foi submetido ao instrumento de avaliação do nível de leitura exigido com vistas a obter a validade interna: o SMOG⁷⁸. Sucessivas adequações foram realizadas no texto inicial, por meio de programa que disponibiliza o SMOG gratuitamente online, até que nível de leitura fosse compatível com o público conforme o estudo inicial acusou, ou seja, até nove anos de estudo. Esse nível seria compatível com valores de 9 a 11 do SMOG. Idoate⁸⁰, em 2000, ressaltou, quando da

aplicação do SMOG para avaliar termos de consentimento na Espanha, que valores de até 12 são compatíveis ao nível de leitura da população em geral.

O protótipo da cartilha validada internamente, pela inclusão de aspectos subjetivos das gestantes bem como pelo uso do SMOG, deverá ainda ser submetido à validação externa quantitativa, por peritos quanto à aceitabilidade e acessibilidade pelo uso do SAM, e à validação externa qualitativa em grupos focais com gestantes e conselheiros de saúde. Os instrumentos de validações interna e externa quantitativas foram selecionados devido à consistência de seus resultados, a maior capacidade de prever a compreensão do conteúdo do material, facilidade de uso e por de serem largamente utilizados em estudos em saúde quando comparados a outros^{81,82,83}.

As sugestões feitas por Rudd e Anderson, em 2006, são descritas a seguir:

- Recomendações para criação de materiais educativos em saúde:

1 - Uso de linguagem fácil

Organização

- Iniciar o conteúdo já abordando situações e termos que prendam a atenção (estudo prévio com o público – alvo);
- agrupar as informações em seções temáticas;
- promover ênfase e resumos dos pontos principais.

Estilo

- Usar palavras do dia-a-dia;
- Evitar frases longas e complexas;
- Preferir o uso da voz ativa;
- Envolver o leitor no contexto utilizando formatos como o de perguntas e respostas, “verdadeiro ou falso”, histórias e diálogos.
- Fazer *links* entre informações de senso comum e as informações tecnicamente aceitáveis;

-Limitar o texto aos conceitos mais importantes e elimine as informações não almeçadas no projeto inicial.

2 - Utilização de *layout* e *design* que favoreçam a leitura

Espaçamento e tipografia

- Fontes não rebuscadas (*Serif*), tamanho 12;
- Espaços de 1.2 a 1.5 entre linhas;
- Contraste adequado entre letras e papel de fundo;
- Não imprimir palavras ou figuras em segundo plano;
- Evitar utilizar apenas letras maiúsculas;
 - Manter amplo espaço em branco nas páginas.

Margens e Linhas

- Utilizar margens largas: mínimo de 1 polegada em cada lado;
- Deixar a margem direita não justificada;
- Não permitir divisão de uma palavra em duas linhas;

Design Geral

- Ser consistente;
- Evitar preenchimento de todos os espaços;
- Fornecer guias (“sinalizadores”) para as informações-chaves;
- Facilitar a compreensão das ilustrações através do uso de breves explicações, legendas e posicionar as figuras próximas ao texto correspondente, desde que esse texto não fique em volta das figuras;
- Utilizar títulos e destaques consistentes e fáceis;
- Destacar os termos mais importantes com fontes diferenciadas.

3 – Recomendações para viabilizar o acesso aos materiais

Entre os vários instrumentos para avaliar a compreensão dos materiais, nesta etapa, o cuidado deve ser em relação às extensões das frases e das sentenças, as quais podem ser obtidas pelos instrumentos SMOG, FRY e Flesch-Kincaid. O mais indicado é o SMOG por ser mais completo.

- Evitar sentenças longas. O entendimento do contexto total em uma frase é dificultado naquelas pessoas com leitura lenta. Frases extensas aumentam possibilidade de vírgulas e ambiguidades que dificultam, ainda mais, o processo de compreensão;

- Evitar palavras com muitas sílabas: pessoas com dificuldades de leitura soletram para entendê-las. Palavras longas são difíceis de soletrar e, pois, de serem entendidas por esse público.

Os “15 passos”:

1- Defina o público alvo;

2- Defina a necessidade específica para a criação desse material;

3- Determine as potencialidades a serem desenvolvidas com o uso do material: “o que farão as pessoas após a leitura deste material?”; “esse material prepara as pessoas para as mudanças ou recomendações desejadas?”

4- Plano de distribuição e avaliação do material: a distribuição será independente, durante consultas ou em grupos operativos?

5- Divida as informações em seções lógicas e inclua sinais que facilitem a visualização da separação de cada seção.

6- Verifique todos os termos médicos e técnicos com experts. Os professores orientadores foram responsáveis pela execução desta etapa.

7 – Determine a ordem lógica das informações;

8- Prepare a primeira versão do texto seguindo a melhor forma para atrair o público com figuras, por exemplo;

9 – Faça uma análise das palavras no texto: devem ser contidas palavras do dia-a-dia, sem “jargões” técnicos e, se necessário, um glossário.

10- Faça análise das sentenças: cada uma delas deve conter apenas uma ideia, não devem ser longas (fragmente-as o quanto mais possível), evite listas e gráficos.

11- Submeta ao SMOG (McLaughing, 1969). As sentenças e palavras serão reexaminadas quanto à necessidade de serem reescritas.

12- Nova submissão aos avaliadores, agora, externos. A versão preliminar é submetida ao público alvo: é desejável que os avaliadores deem seus pareceres. Serão reeditados os conteúdos textuais e gráficos até que a versão final do contexto seja definida.

13- A nova versão é construída dentro das recomendações: fonte 12, espaços vazios nas páginas preservados, temas separados em seções, destaque para cada seção, inclusão de figuras pertinentes, etc.

14- Faça novo teste com representantes do público alvo com perguntas de avaliação.

15- Impressão e distribuição de acordo com o plano inicial.

3.2.1 Sistematização⁷¹ e validação interna de conteúdo

Os conteúdos principais da cartilha foram extraídos do consolidado de termos de maior frequência em questionários aplicados a gestante, durante grupos operativos em Matozinhos. Foram agregadas a estes termos informações resultantes de busca na literatura atualizada com ênfase às orientações de órgãos públicos como Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SESMG)^{25,26,28,56}, Ministério da Saúde (MS)^{24,27,29,30} e Organização Mundial de Saúde (OMS)² e Secretaria Geral da ONU³⁶.

3.2.2 Construção da versão inicial da cartilha: texto e figuras

A versão inicial da cartilha foi constituída por 10 páginas em papel reciclado com dimensões 18cmx18cm, grampeada com os seguintes conteúdos:

- Pagina 1 – Capa: título destacado com ênfase ao tema central (“Mulher grávida e dentista: bom para a mamãe e bebê”). Foi disponibilizado um espaço

para o preenchimento do nome da gestante com o intuito de se dar maior personalidade/identidade²⁰.

- Página 2 – Metade superior da página. Reservado à apresentação feita pela coordenadora do curso de Mestrado Profissional Odontologia em Saúde Pública.

Metade inferior da página- Ficha catalográfica e relação de autores, ilustrador, diagramador, revisor de língua portuguesa, agência financiadora, ISBN.

- Página 3 – Introduzida uma situação de dor envolvendo gestantes já que esta é a condição preponderante na procura pelo dentista entre mulheres grávidas. Foram envolvidas duas gestantes como forma de apontar o valor da informação transmitida “boca-a-boca” entre os usuários.

- Página 4- Situação em que a gestante procura pelo atendimento odontológico e seu contato primeiro com o profissional. Ênfase à procura pelo consultório odontológico em casos de dor o que faz com que as gestantes apresentem outras demandas, embora as mesmas não percebam.

- Página 5 – Abordagem para o problema da gengivite, principal alteração detectada em gestantes, e orientações para sua identificação.

- Pagina 6 – Abordagem de alguns mitos como o “uso de cálcio materno pelo bebê” e o sangramento no ato de passar o fio dental. Dicas para higiene da mãe^{2,28,30}.

- Página 7- Abordagem de alguns itens do consultório que causam medo em gestantes e as explicações sobre o uso dos mesmos. Indicação do tempo ideal para o atendimento odontológico do público em questão^{2,28,30}.

- Página 8- Recomendação sobre amamentação com leite materno, dieta e higiene bucal do bebê.

- Página 9- Mensagem final para a revisão do conteúdo⁷⁴.

- Página 10 – Contatos e endereços das dez unidades de saúde, Conselho Municipal de Saúde (CMS) e Centro de Saúde Bucal de Matozinhos.

Os textos foram construídos pelos autores na forma de diálogo que compôs a história em quadrinhos. A validação interna do conteúdo textual nesta fase foi feita através da análise da facilidade de leitura por meio do SMOG em programa disponibilizado gratuitamente cujo *link* encontra-se no artigo do autor da técnica de análise.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa sessão será apresentada de duas formas. A primeira refere-se ao artigo já submetido ao periódico Ciências & Saúde Coletiva (*Qualis* B1 – CAPES, Fator de impacto 0,881) conforme Anexo 1. A segunda parte refere-se à construção de material técnico – o material educativo em saúde bucal apresentado no Apêndice 1.

5.1 Artigo Submetido ao periódico Ciência & Saúde Coletiva

Condições e percepções de saúde bucal em gestantes de um município brasileiro

Conditions and perceptions of oral health in pregnant women in a Brazilian city

Resumo

Objetivou-se identificar a prevalência de doenças cárie e periodontal, fatores associados à cárie e as percepções de gestantes sobre a assistência odontológica antes e após intervenção educativa. Participaram 121 gestantes no município de Matozinhos/MG. Avaliaram-se doenças cárie e periodontal, características sociodemográficas e de acesso ao serviço. As percepções foram avaliadas antes e após grupos operativos. Além de análise estatística descritiva, associou-se o índice CPOD, dicotomizado pelo valor mediano, à renda familiar, às percepções de necessidade de tratamento e de saúde, pelos testes de Qui-quadrado de Pearson e tendência linear. O teste qui-quadrado de McNemar foi utilizado para comparações antes e após intervenções educativas. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. O CPOD foi igual a 12,00 ($\pm 6,33$), sendo dentes cariados representando 52,2%. A maioria das gestantes apresentou algum nível de doença periodontal ou cálculo. A experiência de cárie não esteve associada com renda familiar ($p = 0,469$), necessidade de tratamento odontológico ($p = 0,161$), nem com percepção de saúde ($p = 0,506$). Houve melhoria na percepção sobre assistência odontológica na gestação após a intervenção educativa ($p < 0,001$). As condições de saúde

bucal e de assistência à saúde bucal das gestantes são preocupantes. As intervenções educativas melhoraram as percepções sobre a assistência odontológica.

Palavras chaves: gestantes, assistência odontológica, saúde bucal.

Abstract

The aim of the study was identify the prevalence of periodontal and dental caries, associated factors to dental caries and evaluate dental care from pregnant women before and after educational interventions. A total of one hundred and twenty-one pregnant women from Matozinhos-MG took part on the research. Periodontal disease, dental caries, socio-economic and demographic characteristics as well as access to dental care were evaluated. Pregnant women's perceptions were evaluated before and after operative groups. Besides analyzing statistically, the DMFT index dichotomized by the median value was associated to the family income, the perception of treatment necessity and the perception of health provided by the Pearson's Chi-Square and linear trend Chi-square. McNemar's Chi-Square tests were used for comparisons before and after educational intervention. The significance level adopted was $p < 0.05$. The DMFT was 12.00 (± 6.33), being teeth cavities representing 52.2%. Most of the pregnant women presented some level of periodontal disease or calculus. Dental caries experience has not been associated with family income ($p = 0.469$), need for dental treatment ($p = 0.161$), nor with health perception ($p = 0.506$). It has been identified improvements on perceptions of dental care during pregnancy after educational interventions ($p < 0.001$). Despite the improvements on dental care perceptions after some educational interventions, oral health from the pregnant women evaluated is of concern.

Keys Words: Pregnant Women, Dental Care, Oral Health.

INTRODUÇÃO

A concepção da assistência em saúde bucal no pré-natal é diversificada entre profissionais e gestores de saúde, bem como, entre as gestantes dificultando estratégias de ação neste grupo. Além disso, a prestação deste tipo de serviço parece ocorrer, ainda, de maneira incipiente. Têm sido consideradas barreiras ao atendimento odontológico na gravidez as crenças populares avessas ao tratamento, a baixa percepção de necessidade, o medo de sentir dor, as dificuldades de deslocamento ao local de atendimento e a oferta de serviço¹. Torna-se importante, diante desse quadro, que essas ações ocorram de forma universal segundo critérios rigorosamente testados, bem compreendidos, aceitos e difundidos entre profissionais e usuárias.

A assistência à saúde bucal da gestante envolve níveis de cuidados que vão desde a promoção, o acolhimento, a prevenção até as intervenções clínicas padronizadas. As ações assistenciais têm sido respaldadas no fato de serem as boas condições de saúde bucal um dos requisitos para a melhoria da qualidade de vida das gestantes²⁻⁶ sendo que, neste público, o benefício ainda tem a possibilidade de transcender a mãe e ser levado ao seu filho⁷. O acolhimento deve ter a sensibilidade de captar dessas mulheres, além de informações objetivas clínicas, seus anseios⁸. As atividades preventivas também precisam possibilitar ao público não apenas o acesso às informações técnicas de forma clara⁹, mas devem incorporar demandas subjetivas para que sejam as mais personalizadas possíveis e representem ressignificação para as gestantes.

De tudo que se observa na literatura sobre as barreiras ao atendimento odontológico às gestantes, vê-se a educação como um dos fundamentais recursos para a ampliação da atenção em saúde⁹. No entanto, uma revisão integrativa da literatura não identificou qualquer estudo que abordasse a temática de educação saúde bucal, especialmente entre gestantes¹⁰, enquanto outra revisão integrativa sobre saúde bucal materno-infantil, não

identificou qualquer estudo sobre efetividade de grupos operativos com a temática saúde bucal¹¹. O atendimento clínico tem se estabelecido e é possível encontrar consensos diversos na literatura sobre indicações seguras para as mães nos contextos nacional¹² e internacional^{9,13}.

Diante dessa necessidade de ampliação do atendimento odontológico a gestantes, a compreensão do perfil das doenças bucais e os sentidos que as mesmas representam para os pacientes é o primeiro passo para qualquer planejamento. As prevalências de doenças cárie e periodontal em gestantes têm sido analisadas e seus resultados apontam uma variabilidade ao longo das diversas classes sociais sendo maiores nas populações com menores taxas de alfabetização¹⁴. Acrescido aos estudos descritivos e analíticos dessas doenças entre gestantes tem sido comum o estudo, concomitante ou não, de suas percepções. As percepções sinalizam o valor que essas mulheres dão para sua própria saúde e podem fornecer meios eficazes de estímulo à coparticipação na terapêutica proposta havendo, inclusive, instrumentos diversos para a compreensão do comportamento em saúde¹⁵.

Pode-se observar, também, que políticas e subsídios técnicos têm sido criados no ímpeto de se melhorar a assistência das mulheres durante esse período de suas vidas, qualificando o cuidado e, inclusive, propondo a inclusão das ações em saúde bucal; embora, na prática, a sua execução ainda pareça não ter sido consolidada. Dentre essas políticas e materiais técnicos pode-se destacar o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHPN)¹⁶, um desdobramento da Política Nacional de Humanização (PNH)¹⁶. Tal programa, embora tenha possibilitado um cadastro nacional com entrada de dados realizada no nível municipal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - SISPRENATAL), não aborda nenhum conteúdo específico para a assistência odontológica pré-natal; entretanto, devem-se considerar as possibilidades que o programa concede ao propor que sejam criadas e adotadas novas medidas e procedimentos tidos como benéficos para o acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto. A priorização do atendimento odontológico das gestantes, com avaliação periodontal no acompanhamento pré-natal na rede pública do Estado de Minas Gerais é amparada em lei¹⁷. Também nesse mesmo estado, há a oferta de

incentivos financeiros adicionais aos municípios que conseguirem ampliar o cadastramento de gestantes no sistema de informação¹⁸ embora sem nenhuma menção específica à atenção odontológica. Outra proposta em âmbito nacional, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB¹⁹, tem como um de seus indicadores o atendimento odontológico à gestante. Tem sido, também, criados protocolos em saúde instituídos para a atenção à gestante nas esferas estadual mineira¹² e federal^{20,21}. Nesse sentido, é imprescindível que os municípios sejam capazes de reconhecer suas responsabilidades sobre a saúde da gestante de forma que possibilite a concretização, em suas esferas de governo, de políticas de assistência em saúde, inclusive a bucal, de acordo com suas demandas específicas e, simultaneamente, complementando as diretrizes estaduais e nacionais.

Tendo como base estas considerações, o presente trabalho buscou identificar a prevalência de doenças cárie e periodontal, fatores associados à experiência de cárie, bem como avaliar as percepções de gestantes sobre a atenção em saúde bucal antes e após uma intervenção educativa do tipo grupo operativo em um município brasileiro.

MÉTODOS

As atividades foram avaliadas e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (parecer nº ETIC 568/08).

O estudo foi realizado no município de Matozinhos/MG, com população de 36.031 habitantes²². As gestantes deste município são monitoradas pelo Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), desde 2004, pelas dez equipes de saúde da família existentes havendo, rotineiramente, registro de captação e consultas subsequentes por médicos e enfermeiras¹⁶.

Como equipes de saúde bucal não estão inseridas nas dez unidades de saúde da família, havendo apenas uma clínica no centro da cidade com uma demanda reprimida significativa, propôs-se o envolvimento de enfermeiras, gerentes das unidades, para que as mesmas contribuíssem com o processo de

trabalho multiprofissional dentro dos moldes das políticas públicas^{12,21} para o estabelecimento de vínculo^{16,20}.

O estudo foi realizado com uma amostra de conveniência composta por aquelas gestantes de um universo de 191 cadastradas no SISPRENATAL, atendidas na rede pública de saúde do referido município, em 2010, as quais, em consultas pré-natais já rotineiras, com enfermeiras ou médicos, foram esclarecidas e consentiram participar do estudo.

Intervenções educativas, do tipo “antes” e “após”, em grupos operativos²³ foram desenvolvidas pelos pesquisadores nas dez unidades de saúde da família, utilizando-se um roteiro estruturado, criado para esta atividade, com as seguintes perguntas: “Você tem medo de ir ao dentista enquanto está grávida?” e “A gravidez pode causar problemas na saúde bucal?” cujas respostas foram registradas como “sim” ou “não”. Em cada uma das dez unidades de saúde, os grupos aconteceram em dois momentos separados pelo intervalo de um mês totalizando 20 encontros. Para fins de análise, como tais grupos não foram simultâneos, os primeiros foram agrupados e denominados “Primeiro momento” e os segundos denominados “Segundo momento”. No primeiro momento, as dúvidas e anseios das gestantes foram levantados e considerados temas dos roteiros usados nos grupos. Além de terem sido esclarecidas as dúvidas e anseios, nesse primeiro momento, foram acrescentadas outras questões relevantes. No segundo momento, trinta dias após, em cada unidade, as gestantes novamente participaram dos grupos operativos de modo que os temas abordados seguissem o mesmo roteiro do encontro anterior. Noventa e três gestantes participaram do primeiro momento enquanto, no segundo, noventa e oito. Observou-se pelas listas de presenças, que participaram dos dois eventos, simultaneamente, setenta gestantes, e estas foram consideradas com vistas à avaliação comparativa do grupo operativo.

Desses encontros em grupos nas dez unidades de saúde da família, as gestantes foram convidadas a receber a assistência no Centro de Saúde Bucal do município. Aquelas que consentiram foram encaminhadas para atendimento odontológico, independentemente do período gestacional, respeitando-se o protocolo da Linha Guia de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde de Minas

Gerais¹². Todas as gestantes foram submetidas ao exame para cárie dentária de coroa e exame periodontal²¹, por uma única examinadora calibrada, funcionária pública e pesquisadora, a qual realizou as coletas de dados dentro da própria rotina de trabalho procurando aproximar a pesquisa da realidade do trabalho. Às vésperas dos exames, os coeficientes Cohen Kappa intra-examinador eram de 0,94, 0,75 e 0,65 para cárie de coroa, Índice Periodontal Comunitário - CPI e Índice de Perda de Inserção Periodontal - PIP. Foram utilizados, no centro de saúde bucal, os formulários referentes à cárie de coroa e condições periodontais, autopercepção em saúde, acesso ao serviço e variáveis socioeconômicas do levantamento SB Brasil 2000²⁴, alinhando-se, dessa forma, o estudo à proposta nacional de investigação sem saúde bucal pública em vigor na época da coleta de dados. Há de se destacar o uso neste trabalho de dois termos grafados em duas formas diferentes para representar a percepção de mulheres. As “percepções” das gestantes, por meio de respostas em questionário estruturado em grupos operativos nas unidades de saúde, foram analisadas na perspectiva de avaliação dos efeitos dos grupos. Já a “auto-percepção”, coletada durante o preenchimento de questionários padronizado do Programa SB Brasil, no centro de saúde bucal, foi associada à cárie. Para o presente estudo as variáveis socioeconômicas da escolaridade (em anos de estudo); tipo de moradia (própria; própria em aquisição; alugada; cedida; outros); renda familiar (em salários mínimos). A questão sobre autopercepção de saúde bucal foi “Como classifica sua saúde bucal?” (Não sabe/não respondeu; péssima; ruim; regular; boa; ótima). As questões de acesso foram “Já foi ao dentista alguma vez na vida?” (sim ou não); Onde? (Local do atendimento odontológico: Nunca foi ao dentista; serviço público; serviço privado/liberal; serviço privado/planos e convênios).

A análise estatística envolveu cálculo de proporção e medidas de tendência central e variabilidade. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para testar a normalidade de variáveis quantitativas. O índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) dicotomizado pelo valor mediano (CPOD \leq 12 e CPOD $>$ 12) foi associado à renda familiar (em salários mínimos), à percepção de necessidade de tratamento e à percepção de saúde por meio dos testes de qui-quadrado de Pearson e de tendência linear, quando indicados. As

proporções das respostas às perguntas “Você tem medo de ir ao dentista enquanto está grávida?” e “A gravidez pode causar problemas na saúde bucal?” foram comparadas antes e após a intervenção educativa, por meio do teste de qui-quadrado de McNemar. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Toda a análise foi desenvolvida no programa SPSS versão 18.0.

RESULTADOS

A maioria das gestantes (74,3%) relatou ter estudado até nove anos, 54,5% residiam em imóvel alugado ou cedido e a maioria (92,5%) vivia com uma renda mensal de um a dois salários mínimos por família. A maioria delas (83,5%) relatou ter acessado o serviço odontológico em algum momento da vida, sendo 73,5% em serviço público. Mais da metade das gestantes considerou o serviço bom (Tabela 1). A idade não apresentou distribuição normal (Teste Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,05$) sendo a média de 26,25 anos, valor mínimo de 15 anos, máximo de 43 anos e mediana de 25.

O CPOD e seus componentes não apresentaram distribuição normal (Teste de Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,05$). Observa-se que o componente cariado é o maior contribuinte para o CPOD, representando mais da metade do valor total do índice, demonstrando o baixo acesso aos serviços de saúde bucal. A Tabela 2 descreve os valores do CPOD e seus componentes entre as gestantes examinadas.

Percebeu-se que 68,6% das gestantes avaliadas apresentaram algum nível de doença periodontal ou cálculo ($CPI > 0$). O sangramento à sondagem foi identificado em 41,3%, seguido de cálculo (20,7%) e por bolsa de 4 a 5 mm (6,6%) (Figura 1). A perda de inserção periodontal foi detectada em 28,1% das examinadas das quais 24,8% apresentavam perda de inserção de 4 a 5 mm (Código 1) e 3,3% de 6 a 8 mm (Código 2).

A experiência de cárie dicotomizada pelo CPOD mediano não esteve associada com a renda familiar (Teste Qui-Quadrado de tendência linear, $p = 0,469$), percepção de necessidade de tratamento odontológico (Teste Qui-quadrado de Pearson, $p = 0,161$), nem como com a percepção de saúde (Teste Qui-quadrado de tendência linear, $p = 0,506$) (Tabela 3).

Em relação às perguntas “Você tem medo de ir ao dentista enquanto está grávida?” e “A gravidez pode causar problemas na saúde bucal?”, houve um aumento das frequências de respostas “Não” no segundo momento após o grupo operativo (Teste Qui-quadrado de McNemar, $p < 0,001$) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Pôde-se verificar que as condições de cárie e doença periodontal observadas no grupo de gestantes abordado apresentaram-se de maneira diferente ao observado no inquérito epidemiológico SB 2010 para faixa etária semelhante (35 a 44 anos de idade) em municípios do interior do Sudeste. A contribuição expressiva do componente cariado para o CPOD do grupo estudado sugere que estas mulheres estejam desassistidas pelo serviço odontológico local. Embora o SB 2010²⁵ tenha incorporado avanços metodológicos ao longo dos anos, não contempla, especificamente, o público de gestantes, tornando-se importante considerar outros estudos para fins comparativos. Uma pesquisa realizada entre usuárias de uma faculdade de odontologia, por exemplo, identificou um valor semelhante de CPOD, mas apontou menor participação do componente dentes cariados²⁶. Outro estudo, em uma cidade do interior da Bahia, revelou que a gravidade e necessidade de tratamento para cárie entre gestantes usuárias do SUS foram semelhantes as do presente estudo²⁷. O acesso ao serviço de saúde bucal no estudo com usuárias da Faculdade²⁶ pode explicar as diferenças nos componentes do CPOD. Em relação à renda familiar, deve-se considerar a homogeneidade desta variável na população estudada já que, sendo este indicador social desfavorável para a maioria das gestantes, não haveria, pois, associações estatisticamente significativas entre cárie dentária e a variável renda familiar mensal. Já em relação às condições periodontais, o inquérito indicou que 31,40% das gestantes não apresentou manifestação de doença. A exemplo de alguns estudos^{8,29} a gengivite foi a alteração periodontal mais prevalente no grupo estudado. Além da gengivite, a presença de bolsas rasas assinala que as gestantes avaliadas apresentaram demandas por tratamento periodontal passíveis de resolução com ações de baixa complexidade tecnológica, ou seja, na atenção primária. Vê-se, nesse

sentido, a possibilidade de inclusão de pessoal auxiliar, como o Técnico em Saúde Bucal, ainda subutilizado pelos serviços públicos³⁰. A maior participação do técnico em saúde bucal seria uma possibilidade de contribuição e execução da diretriz nacional a qual preconiza a adoção de manobras que melhor aproveitem o tempo de trabalho clínico do dentista; profissional este que ainda, corresponde a uma mão-de-obra de baixa cobertura populacional no país²¹. econômico já que requerem um tempo clínico maior.

Quando confrontadas as avaliações subjetivas das gestantes e normativas, percebe-se incompatibilidade entre as mesmas, a exemplo de outros estudos^{26,33}, ressaltando-se a importância de inclusão, nos mecanismos de diagnóstico para atenção em saúde bucal pública, tanto avaliações de percepções das usuárias quanto atividades educativas^{8,9,12,13,21}. Os grupos operativos mostraram ser capazes de impactar as percepções dessas pessoas já que possibilitaram a humanização do atendimento, através da escuta, tornando-se preciosa provedora de informação ao público o qual, então, torna-se mais propenso à multiplicação do conteúdo. No entanto, mecanismos para o acompanhamento destas mulheres após o período gestacional, no ímpeto de se verificar a assimilação de conhecimento e percepções em intervalos de tempos maiores precisam ser criados³⁴ dentro das possibilidades locais. Revisão integrativa da literatura apontou que os grupos operativos têm bom potencial para a aprendizagem em saúde¹³, conforme identificado no presente estudo. No entanto, essa mesma revisão identificou a necessidade de avanços metodológicos além dos estudos descritivos para melhor avaliação do impacto de grupos operativos sobre desfechos em saúde. Salienta-se, neste estudo, o aperfeiçoamento do instrumento de avaliação das percepções. Além disso, nenhum resultado de grupos operativos com temática de saúde bucal foi identificada^{13,14}, de forma que os achados do presente trabalho tornam-se possíveis contributos para avaliação da técnica. Destaca-se, ainda, a necessidade de criação de mecanismos para o alcance da autonomia e fortalecimento comunitários conforme prevê protocolos nacionais^{12,21} e propostas internacionais³¹ já que o impacto de ações de promoção em saúde bucal de gestantes ainda não são bem conhecidos³².

Por tratar-se de um estudo que visou acessar informações sobre as condições de saúde bucal das gestantes para um planejamento das ações locais, há de se enfatizar sua limitação ao contexto local. Entretanto, analisando-se os resultados à luz das políticas e propostas públicas, salienta-se a inexistência de mecanismos contínuos de monitoramento das condições de saúde bucal de gestantes e essa é uma situação preocupante já que a associação entre doença periodontal e intercorrências gestacionais existe^{12,21} além de as condições precárias de saúde bucal impactarem negativamente na qualidade de vida dessas mulheres²⁻⁶. Nesta perspectiva, possível sistema unificado e contínuo para registro de dados odontológicos o qual possibilitasse combinação de informações, como com condições gerais de saúde das gestantes, seria de valor ímpar já que poderia contribuir com o esclarecimento das intercorrências gestacionais relacionadas à odontologia. Aquele registro de atendimento odontológico proposto pelo Ministério da Saúde¹⁹ assinala apenas o acesso dessas mulheres ao serviço e apenas abrange municípios que aderiram ao PMAQ-AB. Iniciativas, como fomento legal para a realização de avaliação odontológica de gestantes²¹, devem ser valorizadas sendo interessante observar a já existência, inclusive, de aparato técnico instalado e funcional em todo o país para registro em sistema único de informação, o SISPRENATAL¹⁶, faltando-lhe apenas a inclusão de um possível indicador odontológico. O próprio dentista, inclusive, poderia ser sugerido como um dos profissionais responsáveis pelo preenchimento de ficha cadastral Pré-natal no SISPRENATAL¹⁶, sendo a odontologia, assim, mais uma possível via para captação de gestantes. Consideração também deve ser feita quanto à necessidade de se realizar novos estudos comparativos entre adesões ao pré-natal odontológico e ao pré-natal médico local para sinalizar o quão a equipe odontológica poderia contribuir com a captação desse público pelo serviço, indicador valioso do Programa Nacional de Humanização.

Existem, dessa forma, no âmbito público, propostas que ora parecem fomentar a assistência odontológica como parte integrante do pré-natal^{12,17,19,21,35}, ora desconsiderá-la^{16,18,20,24,36}. O Ministério da Saúde, por exemplo, em seu manual “Diretrizes da Política Nacional para Saúde Bucal”²¹ aponta a atenção às gestantes com o encaminhamento das mesmas para assistência odontológica.

Porém, o próprio Ministério da Saúde, em 2006, lança, dentro de proposta de humanização do atendimento, um manual contendo recomendações para o pré-natal e puerpério no qual não é feita nenhuma menção direta à atenção em saúde bucal deste público²⁰. Em agosto de 2005, a priorização do atendimento odontológico das gestantes, com avaliação periodontal no acompanhamento pré-natal na rede pública do estado de Minas Gerais torna-se amparada pela Lei nº 15.677¹⁷. Um ano depois, também em Minas Gerais, foram criados protocolos em saúde, dentre os quais, a atenção em saúde bucal das gestantes ganhou espaço na Linha Guia de Saúde Bucal¹² e, um avanço, com a dedicação de um espaço generoso na Linha Guia de Atenção³⁵ à gestante mineira: Atenção ao pré-natal, parto e puerpério (parte da política de atenção em saúde da mulher, o Viva Vida). Paradoxalmente, a proposta mineira para a abordagem pré-natal, deixa de contemplar a saúde bucal em materiais de educação continuada profissional em saúde pública³⁶. Nenhum desses documentos cita a referida lei de 2005 em Minas Gerais. A falta de integralidade em municípios como Matozinhos pode dar-se pelo afastamento físico e técnico da equipe de saúde bucal convencional em relação às unidades de saúde da família; mas deve ser observado que, se as próprias diretrizes técnicas e legais propusessem esta integração de maneira consistente, ações como as vistas nesse estudo poderiam ser rotineiras.

É necessário, por fim, considerar as limitações inerentes a este estudo das quais se destaca o fato de os dados terem sido extraídos apenas em um município brasileiro. Nesta perspectiva, por mais que os objetivos de um estudo devam aproximar-se ao máximo de realidades locais¹⁶ e, conseqüentemente, fornecer subsídios para intervenções locais, inferências deste trabalho para outras realidades, devem ser vistas com cautela. Da mesma forma, não foi utilizado um grupo controle, não sendo este um estudo experimental controlado; trata-se de um estudo de vida real. Não se pode ser discutido, a partir dele, eficácia e sim efetividade.

CONCLUSÕES

As condições saúde bucal e assistência odontológica para gestantes avaliadas mostraram-se preocupantes de acordo com os critérios utilizados. As intervenções educativas melhoraram as percepções sobre a assistência odontológica entre as gestantes mostrando ser o grupo operativo um método viável para educação em saúde bucal. A adesão das gestantes, em algum momento das atividades propostas nesse trabalho, sugere a figura de dentista como um profissional que pode ser envolvido, sistematicamente, na equipe pré-natal sendo capaz de contribuir efetivamente na melhoria da qualidade da assistência, sobretudo na educação em saúde bucal, campo este ainda carente de estudos. Há, porém, a necessidade de que o aparato técnico-legal, já existente, seja aperfeiçoado e efetivado para que a assistência odontológica solidifique-se nas rotinas do serviço público regional e contribuam para a melhoria da assistência pré-natal tão almejada pelas macro-políticas.

REFERÊNCIAS

- 1- Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004;20(3):789-796.
- 2- Lamarca GA, Leal Mdo C, Leao AT, Sheiham A, Vettore MV. The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42(2):139-50.
- 3- Oliveira B, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain*. 2006;20(4):297-305.
- 4- Costa S de M, M. Vasconcelos, Abreu MHNG. Impact of dental caries on quality of life among adults resident in greater Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2013;18(7):1971-80.
- 5- Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hyg*. 2009;7(2):102-7.

- 6- Cornejo C, Rossi G, Rama A, Gomez-Gutierrez N, Alvaredo G, Squassi A, et al. Oral status and oral health-related quality of life in pregnant women from socially deprived populations. *Acta Odontol Latinoam*. 2013;26(2):68-74.
- 7- Meyer K, Geurtsen W, Günay H. An early oral health care program starting during pregnancy. *Clin Oral Investig*. 2010;14(3):257-64.
- 8- Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural e Itaúna (MG), 2002. *Cien Saude Colet*. 2005;10(1):245-259.
- 9- Di Mario S, Basevi V, Gori G, Spettoli D. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement.). Copenhagen, WHO; 2005 [acesso em 28/12/2005]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Documents/E87997.pdf>.
- 10- Prestes ACG, Martins AB, Neves M, Mayer RTR. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. *RFO*. 2013;18:112-9.
- 11- Lucchese R, Vera I, Benicio, PR, Silva AF, Munaria DB, Fortuna CM. Uso do grupo operativo na atenção em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2014; 19:823-32.
- 12- Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção em Saúde Bucal. Linha Guia de Saúde Bucal. Belo Horizonte (SAS/MG); 2006.
- 13- Oral Health care during Pregnancy Expert Workgroup. Oral health care during pregnancy: a national statement – summary of an Expert Workgroup Meeting. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2012. Disponível em <http://www.mchoralhealth.org/PDFs/Oralhealthpregnancyconsensusmeetingsummar>. acesso em 30 jun 2015.
- 14- Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Nabet C. Frequency and risk indicators of tooth decay among pregnant women in France: a cross-sectional analysis. *PLoS One*. 2012;7(5):e33296.

- 15- Figueira TR, Ferreira EF, Schall V, Modena C. O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença- cuidado bucal por gestantes. Rev. Bras. Central. 2013;22(63):169-73.
- 16- Ministério da Saúde (Brasil) Portaria N.º 569/GM em 1 de julho de 2000. Institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 17- Minas Gerais. Lei nº 15.677 de 14 de julho de 2005. Assegura o encaminhamento das gestantes em acompanhamento pré-natal a consulta odontológica com avaliação periodontal. Minas Gerais Diário do Executivo 2005, 15 jul.
- 18- Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES/MG nº3669 de 20 de fevereiro de 2013. Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa. Minas Gerais; 2013.
- 19- Portaria nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2011.
- 20- Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.
- 21- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 22- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Brasília, DF, 2013.
- 23- Bastos, ABBl. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psic inForm. 2010; 14: 160-169.

- 24- Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2003.
- 25- Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2012.
- 26- Jeremias F, Silva SRC, Tagliaferro EPS, Rosell FL. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. *Odontol. Clín.-Cient.* 2010;9:359-63.
- 27- Scavuzzi AIF, D'Agostino ES, Cunha YMS, Guimarães ARD. Contribuição ao estudo da cárie dental e da doença periodontal durante a gestação na cidade de Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2010;10:351-6.
- 28- Bressane LB, Costa LNBS, Vieira JMR, Rebelo MAB. Condições de saúde bucal de gestantes atendidas em uma unidade de saúde em Manaus, Amazonas, Brasil. *Odonto Cien.* 2011; 26: 291-6.
- 29- Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Zina LG. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. *Cienc Odontol Bras.* 2006; 9: 59-66.
- 30- Lei 10889 de 25 de Dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Brasília, DF, 2008.
- 31- Presern C, Bustreo F, Droop J, Fogstad H, Starrs A, Axelson H et al. Keeping promises for women and children. *Lancet.* 2012;379(9832):2125-6.
- 32- Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015 May 8. doi: 10.1111/cdoe.12167. [Epub ahead of print]

- 33- Pentapati KC, Acharya S, Bhat M, Rao AK, Singh S. Knowledge of dental decay and associated factors among pregnant women: a study from rural India. *Oral Health Prev Dent.* 2013; 11(2):161-8
- 34- Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol Clin Cient.* 2010;9(2):155-160.
- 35- Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.
- 36- Minas Gerais. Secretaria de Estado de saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006: 84 p.
- 37- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. Curso de Aperfeiçoamento Microrregional de sistemas de saúde. Modulo V: a rede de atenção à saúde da mulher. 2008:43p.

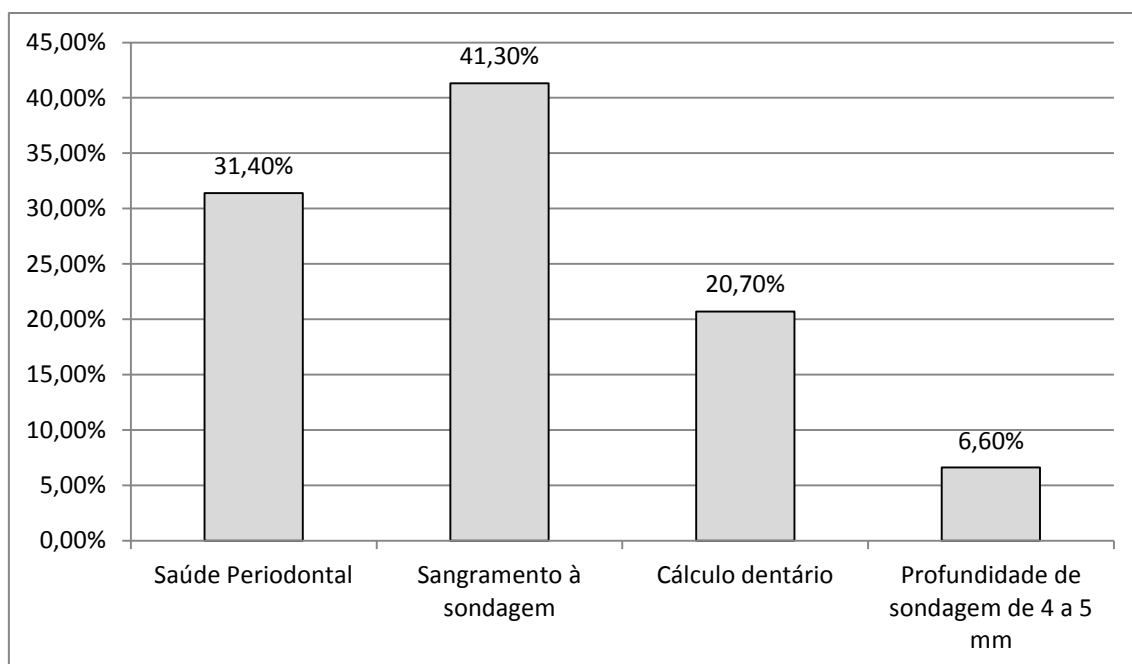


Gráfico 1 – Distribuição das condições periodontais, medidas pelo CPI, entre gestantes, Matozinhos, Minas Gerais, 2010.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e de acesso aos serviços de saúde bucal entre gestantes, Matozinhos, 2010. (N=121)

Escolaridade	Frequência absoluta (%)
Até 9 anos	90 (74,3%)
De 10 a 12 anos	25 (20,7%)
Acima de 12 anos	6 (5,0%)
Moradia	
Própria	18 (14,9%)
Própria em aquisição	37 (30,6%)
Alugada	55 (45,4%)
Cedida	11 (9,1%)
Renda familiar	
Um salário mínimo	82 (67,8%)
Dois salários mínimos	30 (24,7%)
Dois e meio salários mínimos	2 (1,7%)
Três salários mínimos	7 (5,8%)
“Já foi ao dentista alguma vez na vida?”	
Sim	101 (83,5%)
Não	20 (16,5%)
Local do atendimento odontológico	
Nunca foi ao dentista	20 (16,5%)

Serviço público	89 (73,5%)
Serviço privado/liberal	2 (1,7%)
Serviço privado/planos e convênios	10 (8,3%)
<hr/>	
"Como avalia o atendimento"	
Nunca foi ao dentista/Não respondeu	22 (18,2%)
Ruim	8 (6,6%)
Regular	26 (21,5%)
Bom	65 (53,7%)

Tabela 2- Índice CPOD em gestantes, Matozinhos, Minas Gerais, 2010.(N=121)

	Valor mínimo	Mediana	Valor máximo	Média (DP)
CPOD	2	12,00	26	12,00 (6,33)
Dentes Cariados	0	6,00	15	6,26 (4,24)
Dentes Perdidos	0	2,00	14	2,69 (3,12)
Dentes Obturados	0	2,00	20	2,99 (3,18)

Tabela 3 – Associação entre experiência de cárie e covariáveis, gestantes, Matozinhos, 2010.(N=121)

		CPOD		P valor
		Até 12	Acima de 12	
Renda familiar	1 salário mínimo	45	37	0,469*
	2 salários mínimos	18	12	
	2,5 salários mínimos	1	1	
	3 salários mínimos	5	2	
"Considera que necessita de tratamento odontológico atualmente?"	Sim	42	25	0,161**
	Não	27	27	
"Como classifica sua saúde bucal"	Não sabe	12	4	0,506*
	Péssima	16	16	

Ruim	24	20
Regular	17	12

* Teste Qui-Quadrado de Tendência Linear ** Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 4 – Avaliação das respostas às questões levantadas nos grupos realizados com gestantes antes e após intervenção educativa, em percentual. Matozinhos/MG, 2010.(N=70)

Perguntas	Primeiro momento	Segundo momento	P valor*
<i>Você tem medo de ir ao dentista enquanto está grávida?</i>			
Sim	75,2%	15,7%	<0,001
Não	24,8%	84,3%	
<i>A gravidez pode causar problemas na saúde bucal?</i>			
Sim	43,0%	17,4%	<0,001
Não	57,0%	82,6%	

* Teste Qui-Quadrado de McNemar

5.2 Criação e validação interna de uma cartilha em saúde bucal

A evolução dos conteúdos dos diálogos de cartilha de saúde bucal em gestantes aconteceu de acordo com as sugestões, feitas pelo programa *online* do SMOG, para que fosse alcançado um nível de leitura compatível dos leitores alvo. As versões desses conteúdos podem ser vistas a seguir.

Primeira versão do diálogo

Primeiras 10 frases

Olá. Meu nome é Bete. Este é o meu dentista. Vejam como eu o conheci. Nossa Maria! Comi uma maçã do amor no Jubileu e estou com dor de dente! Dizem que grávida não pode ir ao dentista! Muita gente pensa assim. Não posso esperar o bebê nascer!

10 frases do meio

Mas a cárie é por causa do bebê, né? Dizem que o bebê tira cálcio do dente! Muitas mulheres pensam assim. Alimentos com açúcar e a má higiene podem causar a cárie. Mas eu não consigo limpar direito! Tenho vontade de vomitar! Entendo sua dificuldade. Mas, você precisa escovar. Se passar o fio dental devagar e pouco creme vai conseguir. Mas quando passo o fio dental, sangra!

10 frases ao final

E sempre quando der alimentos para ele, limpe a boca de seu bebê. Use gazinha com água limpa. O bebê vai acostumar com a limpeza da boca e aceitar a escovação dental no futuro. Para sua a higiene bucal, use o fio dental, escovas de cerdas macias e pouco creme dental. Caso queira, peça ajuda em sua unidade de saúde. Bom pessoal, fiquei sabendo que: a mulher grávida pode ir ao dentista. A melhor época dos quatro aos seis de meses de gestação. O dentista tem alguns cuidados especiais para atender gestantes. Nossa higiene bucal deve ser boa. Cuidar da saúde bucal do bebê antes mesmo de algum dente nascer!

Segunda versão do diálogo

Primeiras 10 frases

Olá. Meu nome é Bete. Este é o meu dentista. Vejam como eu o conheci. Nossa Maria! Comi uma maçã do amor no Jubileu e estou com dor de dente! Dizem que grávida não pode ir ao dentista! Muita gente pensa assim. Não posso esperar o bebê nascer!

10 frases do meio

Mas a cárie é por causa do bebê, né? Dizem que o bebê tira cálcio do dente! Muitas mulheres pensam assim. Alimentos com açúcar e a má higiene podem causar a cárie. Mas eu não consigo limpar direito! Tenho vontade de vomitar! Entendo sua dificuldade. Mas, você precisa escovar. Se passar o fio dental devagar e pouco creme vai conseguir. Mas quando passo o fio dental, sangra!

10 frases ao final

E sempre quando der alimentos para ele, limpe a boca de seu bebê. Use gazinha com água limpa. O bebê vai gostar de limpar a boca e aceitar a escova dental no futuro. Para você, use o fio dental, escovas de cerdas macias e pouco creme dental. Caso queira, peça ajuda em sua unidade de saúde. Bom pessoal, vimos que. Gestante pode ir ao dentista. A melhor época é dos quatro aos seis de meses de gestação. O dentista tem alguns cuidados a mais com gestantes. Nossa higiene bucal deve ser boa. Temos que cuidar da saúde bucal do bebê antes de algum dente nascer!

Terceira versão do diálogo

Primeiras 10 frases

Olá. Meu nome é Bete. Este é o meu dentista. Vejam como eu o conheci. Nossa Maria! Comi uma maçã do amor e estou com dor de dente! Dizem que grávida não pode ir ao dentista! Muita gente pensa assim. Não posso esperar o bebê nascer!

10 frases do meio

Mas a cárie é por causa do bebê, né? Dizem que o bebê tira cálcio do dente! Muitos pensam assim. O açúcar e a má higiene podem causar a cárie. Mas eu não consigo limpar! Tenho vontade de vomitar! Entendo sua dificuldade. Mas, você precisa escovar. Se passar o fio dental devagar e pouco creme vai dar certo. Mas quando passo o fio dental, sangra!

10 frases ao final

E sempre quando der alimentos para ele, limpe a boca de seu bebê. Use gaze com água limpa. O bebê vai gostar de limpar a boca e aceitar a escova dental no futuro. Para você, use o fio dental, escovas de cerdas macias e pouco creme dental. Caso queira, peça ajuda em sua unidade de saúde. Bom pessoal, vimos que. Gestante pode ir ao dentista. A melhor época é dos quatro aos seis de meses de gestação. O dentista tem alguns cuidados a mais com gestantes. Nossa higiene bucal deve ser boa. Temos que cuidar da saúde bucal do bebê antes de algum dente nascer!

Quarta versão do diálogo

Primeiras 10 frases

Olá. Meu nome é Bete. Este é o meu dentista. Vejam como eu o conheci. Nossa Maria! Comi uma maçã do amor e estou com dor de dente! Dizem que grávida não pode ir ao dentista! Muita gente pensa assim. Não posso esperar o bebê nascer!

10 frases do meio

Mas a cárie é por causa do bebê, né? Dizem que o bebê tira cálcio do dente! Muitos pensam assim. Doces e a má higiene podem causar a cárie. Mas eu não consigo limpar! Tenho vontade de vomitar! Entendo seu problema. Mas, você precisa escovar. Se passar o fio dental devagar e pouco creme, vai dar certo. Mas quando passo o fio dental, sangra!

10 frases ao final

Use gaze com água limpa. O bebê vai gostar de limpar a boca e da escova dental desde cedo. Para você, use fio dental, escovas de cerdas macias e pouco creme dental. Caso queira, peça ajuda nos serviços de saúde. Bom pessoal, vimos que gestante pode ir ao dentista. a melhor época é dos quatro aos seis de meses de gestação. o dentista tem alguns cuidados a mais com gestantes. Nossa higiene bucal deve ser boa. Temos que cuidar da saúde bucal do bebê antes de algum dente nascer!

Após a criação da versão primeira da cartilha novas alterações foram feitas, criando-se a quinta versão do diálogo, mas, o valor do SMOG, obtido na versão quarta, foi mantido.

Quinta Versão do diálogo

Primeiras 10 frases

Olá! Meu nome é Bete. Este é meu dentista. Vejam como eu o conheci! Nossa Maria! Estou com uma dor de dente! Dizem que grávida não pode ir ao dentista. Muitos pensam assim. Não posso esperar o bebê nascer! Mas a cárie é por causa do bebê, né?

10 frases ao meio

Dizem que o bebê tira cálcio do dente! Muitos pensam assim. Doces e a má higiene podem causar a cárie. Mas eu não consigo limpar! Tenho ânsia de vômito! Entendo isso. Mas, você precisa e vai conseguir! Passe o fio dental devagar. Use pouco creme. Mas quando passo o fio dental, sangra!

10 frases ao final

Ele vai gostar de limpar a boca. Vai aceitar melhor a escovação dental. Mulheres devem cuidar da saúde bucal antes da gravidez. Mas, se for ao dentista grávida, será seguro. Bom pessoal, vimos que. Gestante pode ir ao dentista. O ideal é ir dos quatro aos seis de meses de gestação. Dentistas têm certos cuidados com gestantes. Nossa limpeza bucal deve ser boa. Cuidar da saúde do bebê antes de algum dente nascer!

Para as versões 1, 2, 3, 4 e 5 dos diálogos, os valores de contagem de caracteres por palavras, de sílabas por palavras, de palavras por sentenças, de e valores de SMOG podem ser vistas no QUADRO 1.

Quadro 1 – Evolução dos valores do SMOG e estruturas morfológicas de trinta frases das versões de diálogos utilizadas na criação da cartilha.

Versão/ diálogo	Nº de caracteres/ palavras	Nº de sílabas /palavras	Nº de palavras/sentença	SMOG
1	4,44	1,75	7,50	9,16
2	4,34	1,69	7,33	8,66
3	4,24	1,64	7,20	8,10
4	4,24	1,62	7,00	7,80
5	4,43	1,67	5,77	7,80

Pode-se perceber que os valores do SMOG correspondem a uma combinação dos valores de caracteres, palavras e sílabas nas frases de modo que é possibilitada aos autores da cartilha a alternativa de compensar um em detrimento ao outro quando da impossibilidade, por exemplo, de não ser

possível, dentro das possibilidades linguísticas do idioma, a retirada de uma palavra polissílaba.

Quando feita a contagem manual das palavras polissílabas, das cinco versões dos diálogos, para o cálculo manual do SMOG, como preconizado pelo autor, pode-se observar que há uma similaridade entre os valores obtidos pelo programa, sendo estes mais sensíveis às variações linguísticas se comparadas a aqueles. Isso ocorre porque, para a técnica manual, o cálculo possibilita apenas valores numéricos inteiros resultantes da soma do quadrado perfeito, mais próximo do valor de polissílabos contados, ao valor 3. O comparativo entre os valores de SMOG feitos pela técnica manual e aqueles obtidos em programa online podem ser vistos no Quadro 2.

Quadro 2 – Comparação entre os valores de SMOG obtidos pelo programa online e pela técnica manual para as versões dos diálogos na cartilha.

Versões do diálogo	SMOG online	SMOG manual
1	9,16	9,00
2	8,39	9,00
3	8,10	8,00
4	7,80	8,00
5	7,80	8,00

Uma vez validados os conteúdos dos textos, o ilustrador, que é graduando em odontologia, seguindo orientações de Houts *et al.*(2006), elaborou as ilustrações de maneira a proporcionar a devida integração entre texto e figuras²².

5.3 Diagramação

Estabelecida a disposição inicial dos conteúdos do texto e figuras da cartilha foi realizada a montagem do protótipo da cartilha pelo desenhista e pesquisadora para que fossem acordadas possíveis modificações na disposição inicial, se necessárias, de modo que não comprometesse as

sugestões das referências estudadas. Há a necessidade de se aperfeiçoar a cartilha com o trabalho de um *designer*. A versão preliminar, submetida à validação interna, é apresentada no Apêndice 1.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das atividades desenvolvidas puderam ser feitas as seguintes considerações:

- A busca pelo nível de conhecimento e sentidos de saúde bucal para gestantes tem sido feita em todo mundo e, de um modo geral, tem apontado que os mesmos ainda não são satisfatórios. Por mais que o acesso à informação tenha aumentado, não se observa o decréscimo no desconhecimento entre gestantes sobre o assunto e nem melhoria das condições de saúde bucal das mesmas. Acrescido a isso, tem-se observado, constantemente, no discurso das gestantes, os sentimentos de culpa, medo e visão da figura do dentista como autoritário.

- Vê-se no âmbito das políticas públicas de saúde em Minas Gerais e no Brasil uma incipiente incorporação da odontologia na rotina pré-natal, mesmo que, em alguns momentos, de forma paradoxal: algumas orientações favoráveis à integralidade do cuidado à gestante, mas outras tendentes à sua compartimentalização. Tal situação evidencia que a separação técnico-cultural encontra nesse tipo de assistência, em certas circunstâncias, condições favoráveis para sua perpetuação.

- As gestantes avaliadas apresentaram demandas por tratamento periodontal passíveis de resolução com ações de baixa complexidade tecnológica sendo, pois, passíveis de resolução na atenção primária e, muitas vezes, sem a necessidade de fármacos tão temidos por elas. O processo de trabalho local deve considerar a inclusão de pessoal auxiliar, como o Técnico em Saúde Bucal, ainda subutilizado pelos serviços públicos.

- Materiais educativos têm sido ferramentas importantes na reversão do quadro de desconhecimento em saúde entre populações e a elaboração

dos mesmos deve ser realizada de acordo com técnicas que incluam aspectos relevantes, como considerações culturais e níveis de alfabetização em saúde do público alvo.

- A literatura aponta a existência de maior volume de abordagens avaliativas de materiais educativos em fase posterior à construção dos mesmos, o que sugere a necessidade de análise crítica e participativa dos mesmos ainda durante sua construção.

- A cartilha criada dentro de moldes sugeridos pelas escolas de educação em saúde seria de grande valor para o aperfeiçoamento de grupos terapêuticos já existentes nas unidades de saúde de Matozinhos/MG. O complemento proporcionado pela cartilha às terapias locais visaria propiciar meio de consulta por parte das usuárias em qualquer momento que as mesmas acharem conveniente e propiciaria meio rico de difusão de conhecimento em ambientes diferentes daqueles tipicamente de saúde. Há de se considerar a participação de agentes comunitários de saúde.

- Esta versão da cartilha é um recurso importante para a democratização da informação em saúde, devendo, ainda ser validada, externamente, por métodos quantitativos e qualitativos.

- A versão final da cartilha será impressa, utilizando-se financiamento adquirido em premiação, e disponibilizada em site gratuito da Prefeitura de Matozinhos ampliando assim a sua acessibilidade.

- As ações desenvolvidas serão incluídas em protocolo de saúde bucal do município, atualmente, em fase de construção e incluído em Plano Municipal de Saúde.

- A adesão das gestantes, em algum momento das atividades propostas nesse trabalho, sugere a figura de dentista como um profissional que poderá ser envolvido, sistematicamente, na equipe prenatal sendo capaz de contribuir efetivamente na melhoria da qualidade da assistência prenatal.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

- 1- Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004;20(3):789-796.
- 2- Di Mario S, Basevi V, Gori G, Spettoli D. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement.). Copenhagen, WHO; 2005 [acesso em 28/12/2005]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Documents/E87997.pdf>.
- 3- Lamarca GA, Leal MC, Leao ATT, Sheiham A, Vettore MV. The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42(2):139-50.
- 4-Genderson MW, Sischo L, Markowitz K, Fine D, Broder HL. An overview of children's oral health-related quality of life assessment: from scale development to measuring outcomes. *Caries Res*. 2013;47 Suppl 1:13-21.
- 5-Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: a systematic review of quantitative studies. *Eur J Orthod*. 2014 Sep 11.
- 6-Costa S de M, M. Vasconcelos, Abreu MHNG. Impact of dental caries on quality of life among adults resident in greater Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2013;18(7):1971-80.
- 7- Polzer I, Schimmel M, Müller F, Biffar R. Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. *Int Dent J*. 2010;60(3):143-55.
- 8- Dasanayake AP. Scaling and root planing is effective in reducing preterm birth only in high-risk groups. *J Evid Based Dent Pract*. 2013;13(2):42-4.
- 9-Kim AJ, Lo AJ, Pullin DA, Thornton-Johnson DS, Karimbux NY. Scaling and root planing treatment for periodontitis to reduce preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Periodontol*. 2012;83(12):1508-19.

- 10- Lamster IB, DePaola DP, Oppermann RV, Papapanou PN, Wilder RS. The relationship of periodontal disease to diseases and disorders at distant sites: communication to health care professionals and patients. *J Am Dent Assoc.* 2008;139(10):1389-97.
- 11- Bogges KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J.* 2006;10(5 Suppl):S169-74.
- 12- Sant'Ana APC et al. Periodontal treatment during pregnancy decreases the rate of adverse pregnancy outcome: a controlled clinical trial. *J Appl Oral Sci.* 2011;19(2):130-6.
- 13- Leader D. Periodontal disease treatment does not affect pregnancy outcomes. *J Am Dent Assoc.* 2014;145(7):757-9.
- 14- Oliveira AM, de Oliveira PA, Cota LO, Magalhães CS, Moreira NA, Costa FO. Periodontal therapy and risk for adverse pregnancy outcomes. *Clin Oral Investig.* 2011;15(5):609-15.
- 15- Silva FWGP, Stuani, AS, Queiroz AM. Atendimento odontológico à gestante. Parte 1: cuidados durante a consulta. *Rev. Fac. Odontol Porto Alegre* 2006;47(3):5-9.
- 16- Silva FWGP, Stuani, AS, Queiroz AM. Atendimento odontológico à gestante. Parte 2: cuidados durante a consulta. *Rev. Fac. Odontol de Porto Alegre.* 2006;47(3):5-9.
- 17- Forsbach-Sánchez G, Tamez-Peréz HE, Vazquez-Lara J. Diabetes and Pregnancy. *Arch. Med. Res.* 2005;36:291-299.
- 18- Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Nabet C. Frequency and risk indicators of tooth decay among pregnant women in France: a cross-sectional analysis. *PLoS One.* 2012;7(5):e33296.
- 19- Figueira TR, Ferreira EF, Schall V, Modena C. O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença- cuidado bucal por gestantes. *Rev. Bras. Central.* 2013;22(63):169-73.

20- Centers for disease control and prevention(CDC). US department of health and human services. Division of Communication Services. Simple Put: a guide for creating easy-to-understand materials. 3ed. Atlanta; 2009.

21- Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The hole of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall and adherence. Patient Educ Couns. 2006;61(2):173-90.

22- Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patient with low literacy skills. 2ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1996.

23- Zarcadoolas C. et al. Understanding health literacy: an expanded model. Health Promotion Internacional. Health Promot Int. 2005;20(2):195-203.

24- Ministério da Saúde (Brasil) Portaria N.º 569/GM em 1 de julho de 2000. Institui o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

25- Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Lei nº 15.677 de 14 de julho de 2005. Assegura o encaminhamento das gestantes em acompanhamento pré-natal a consulta odontológica com avaliação periodontal.

26- Minas Gerais. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES/MG nº3669 de 20 de fevereiro de 2013. Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do processo de concessão do incentivo financeiro do Programa Estruturador Saúde em Casa. Minas Gerais; 2013.

27- Portaria nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2011.

28- Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção em Saúde Bucal. Linha Guia de Saúde Bucal. Belo Horizonte (SAS/MG), 2006.

29- Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.

- 30- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 31- Chaffee BW, Gansky SA, Weintraub JA, Featherstone JD, Ramos-Gomez FJ. Maternal oral bacterial levels predict early childhood caries development. *J Dent Res.* 2014;93(3):238-44.
- 32-Oliveira B, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain.* 2006;20(4):297-305.
- 33- Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hyg.* 2009;7(2):102-7.
- 34- Cornejo C, Rossi G, Rama A, Gomez-Gutierrez N, Alvaredo G, Squassi A, *et al.* Oral status and oral health-related quality of life in pregnant women from socially deprived populations. *Acta Odontol Latinoam.* 2013;26(2):68-74.
- 35- Lamarca GA, Leal Mdo C, Leao AT, Sheiham A, Vettore MV. The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;42(2):139-50.
- 36- Presern C, Bustreo F, Droop J, Fogstad H, Starrs A, Axelson H *et al.* Keeping promises for women and children. *Lancet.* 2012;379(9832):2125-6.
- 37- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- 38- Brasil. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 31 de dez. de 1990; 6:25694.
- 39- Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Zina LG. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. *Cienc Odontol Bras.* 2006; 9(4): 59-66.

- 40- Aguiar TC, Júnior AV, Silva SRC, Rosell FL, Tagliaferro EPS. Avaliação do perfil de risco de cárie dentária em gestantes de Araraquara, Brasil. *Rev Cub de Estomatol.* 2011;8(4):341-351.
- 41- Bressane LB, Costa LNBS, Vieira JMR, Rebelo MAB. Condições de saúde bucal de gestantes atendidas em uma unidade de saúde em Manaus, Amazonas, Brasil. *Rev. Odonto Ciênc.* 2011; 26(4):291-296.
- 42- Jeremias F, da Silva SRC, Valsecki Júnior A, Tagliaferro EPS, Rosell FL. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. *Odontol. Clin.Cient.* 2010; 9(4):359-363.
- 43- Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014 Apr; 42(2): 151–159.
- 44- Pentapati KC, Acharya S, Bhat M, Rao AK, Singh S. Knowledge of dental decay and associated factors among pregnant women: a study from rural India. *Oral Health Prev Dent.* 2013; 11(2):161-8.
- 45- Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, Musset AM, Sixou M, Nabet C. Frequency and risk indicators of tooth decay among pregnant women in France: a cross-sectional analysis. *PLoS One.* 2012;7(5):e33296.
- 46- Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol Clin Cient.* 2010;9(2):155-160.
- 47- Fernandes RAQ, Nardi NZ. Saúde Bucal de gestantes em uma comunidade carente do município de São Paulo: problemas percebidos e acesso ao tratamento. *Online Bras J nursing* 2008;7(2).
- 48- Fincler M, Oleinisky DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto Contexto Enferm.* 2004;13(3):360-368.

- 49- Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural e Itaúna (MG), 2002. *Cien Saude Colet.* 2005;10(1):245-259.
- 50- Vieira GF, Zocratto, KBF. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. *RFO* 2007;12(2): 27-31.
- 51- da Silva SRC, Rosell FL, Valsecki Júnior A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.* 2006;6(4):405-410.
- 52- Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV, Fang Q. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol.* 2005;32(7):815-21.
- 53- George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Ellis S, Bhole S. Views of pregnant women in South Western Sydney towards dental care and an oral-health program initiated by midwives. *Health Promot J Austr.* 2013;24(3):178-84.
- 54- Paucar GE, Palacio AS, Mejía AS. Oral health: social representations among pregnant mothers. Medellin, Colombia. *Cien Saude Colet.* 2011;16(11):4533-4540.
- 55- Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimentos no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007;7(2):191-197.
- 56- Minas Gerais. Secretaria de Estado de saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006: 84 p.
- 57- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. Curso de Aperfeiçoamento Microrregional de sistemas de saúde. Modulo V: a rede de atenção à saúde da mulher. 2008:43p.

58- Meyer K, Geurtsen W, Günay H. An early oral health care program starting during pregnancy. *Clin Oral Investig*. 2010;14(3):257-64.

59- Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Cien Saude Colet*. 2010;15(1):269-276.

60- Rudd RE. Guidelines for creating materials. Resources for developing and assessing materials. Boston: The Harvard T.H. Chan School of Public Health: Health Literacy Studies Web Site. 2015 [Acesso em 02/05/2015]. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>.

61- Rudd RE. Guidelines for assessing materials. Resources for developing and assessing materials. Boston: The Harvard T.H. Chan School of Public Health: Health Literacy Studies Web Site. 2015 [Acesso em 02/05/2015]. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>.

62- Rudd RE. Guidelines for rewriting materials. Resources for developing and assessing materials. Boston: The Harvard T.H. Chan School of Public Health: Health Literacy Studies Web Site. 2015 [Acesso em 02/05/2015]. Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>.

63- Hoffmann T, Bennett S, del Mar C. Evidence-based practice: across the health professions. Sidney. 2nd ed. Elsevier. 2013.

64- Fuentes-Peláez N, Amorós P, Molina Garuz MC, Jané Checa M, Martínez Bueno C. The design of a maternal education program based on analysis of needs and collaborative work. *Revista de cercetare si interventie socială*. 2013;42-50-67.

65- Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann Jr. WF. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *J Am Dent Assoc*. 2012;143(9):972-80.

66- Carson SS, Vu M, Danis M, Camhi SL, Scheunemann LP, Cox CE *et al*. Development and validation of a printed information brochure for families of chronically critical III patients. *Crit Care Med*. 2013;40(1):73-78.

67- Murphy D, Sawaczyn KK, Gwendolyn PQ. Using a patient-centered approach to develop a fertility preservation brochure for pediatric oncology patients: a pilot study. *J Pediatr and Adolesc Gynecol.* 2012; 25:114-121.

68- de Oliveira SC, Lopes MVO, Fernandes AFC. Development and validation of an educational booklet for eating during pregnancy. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(4):611-20.

69- Lamatimer S, Chaboyer W, Gillespie B. Patient participation in pressure injury prevention: giving patients a voice. *Scand J Caring Sci.* 2014;28(4):648-56.

70- Fonseca MM, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha Educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev Latino-Am Enferm.* 2004;12(1):65-75.

71- Rebert LM, Hoga LAK, Gomes AL. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2012; 20(1)

72- Szwajcer EM, Hiddink GJ, Koelen MA, van Woerkum CMJ. Written nutrition communication in midwifery practice: what purpose does it serve? *Midwifery.* 2009;25(5):509-17.

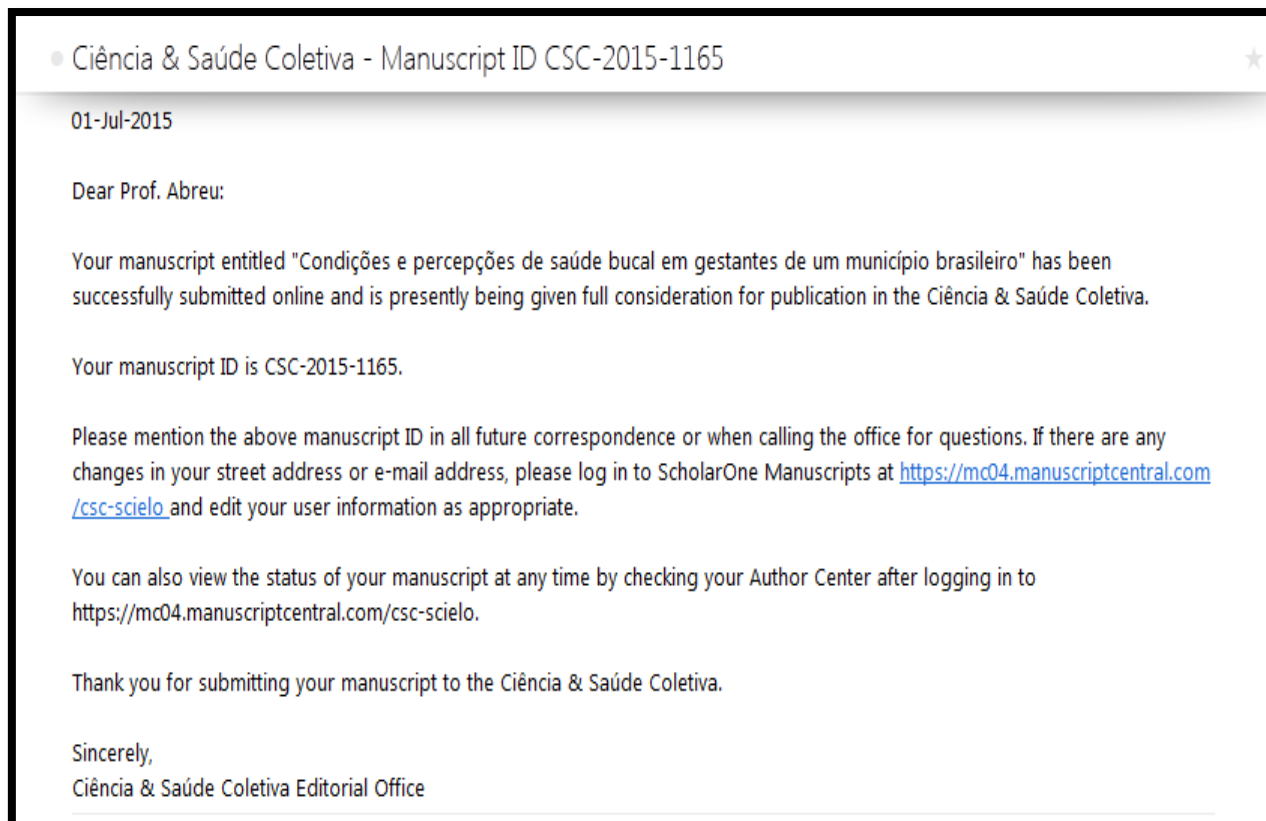
73- Langbecker D, Janda M. Quality and readability of information materials for people with tumors and their families. *J Cancer Educ.* 2012;27(4):738-43.

74- Rudd RE, Anderson JE. The Health literacy. Environment of hospitals and health centers. National Center for the study of adults learning and literacy. 2006.

75- Hoffmann T, McKenna K. Analysis of stroke patients' and carers' reading ability and the content and design of written materials: recommendations for improving written stroke information. *Patient Educ Couns.* 2006 Mar;60(3):286-93.

- 76- Lee JY, Rozier G, Lee SD, Bender D, Ruiz RE. Development of a word recognition instrument to Test Health Literacy in Dentistry: the REALD-30 – a brief communication. *J Public Health Dent.* 2007;67(2):94-8.
- 77- Junkes MC. Tradução, adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil e validação da versão brasileira do REALD-30 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry). Curitiba. Dissertação [Mestrado em Odontologia]. Universidade Federal do Paraná. 2013.
- 78- McLaughlin, GH. SMOG grading: a new readability formula. *Journal of reading.* 1969;22:639-646.
- 79- Buerlein JK, Horowitz AM, Child WL. Perspective of Maryland women regarding oral health during pregnancy and early childhood. *J Public Health Dent.* 2011;71(2):131-5.
- 80- Idoate VM. La comprensibilidad del consentimiento informado. *ANALES Sis San Navarra.* 2000;21(1):109-113.
- 81- Finnie RK, Felder TM, Linder SK, Mullen PDJ. Beyond reading level: a systematic review of the suitability of cancer education print and Web-based materials. *Cancer Educ.* 2010 Dec; 25(4):497-505.
- 82- Lih-Wern Wang BA, Miller MJ, Schmitt MR, Wen FK. Assessing readability formula differences with written health information materials: Application, results and recommendations. *Res in social & administ Pharmacy.* 2013;9:503-516.
- 83- Luk A, Aslani P. Tools Used to Evaluate Written Medicine and Health Information: Document and User Perspectives. *Health Educ & Behav.* 2011;XX(X):1-15.

Anexo 1 – Cópia de e-mail de confirmação da Submissão de artigo ao periódico
Ciência & Saúde Coletiva.



Anexo 2 – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 568/08

Interessado(a): Profa. Simone Dutra Lucas
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia - UFMG

DECISÃO

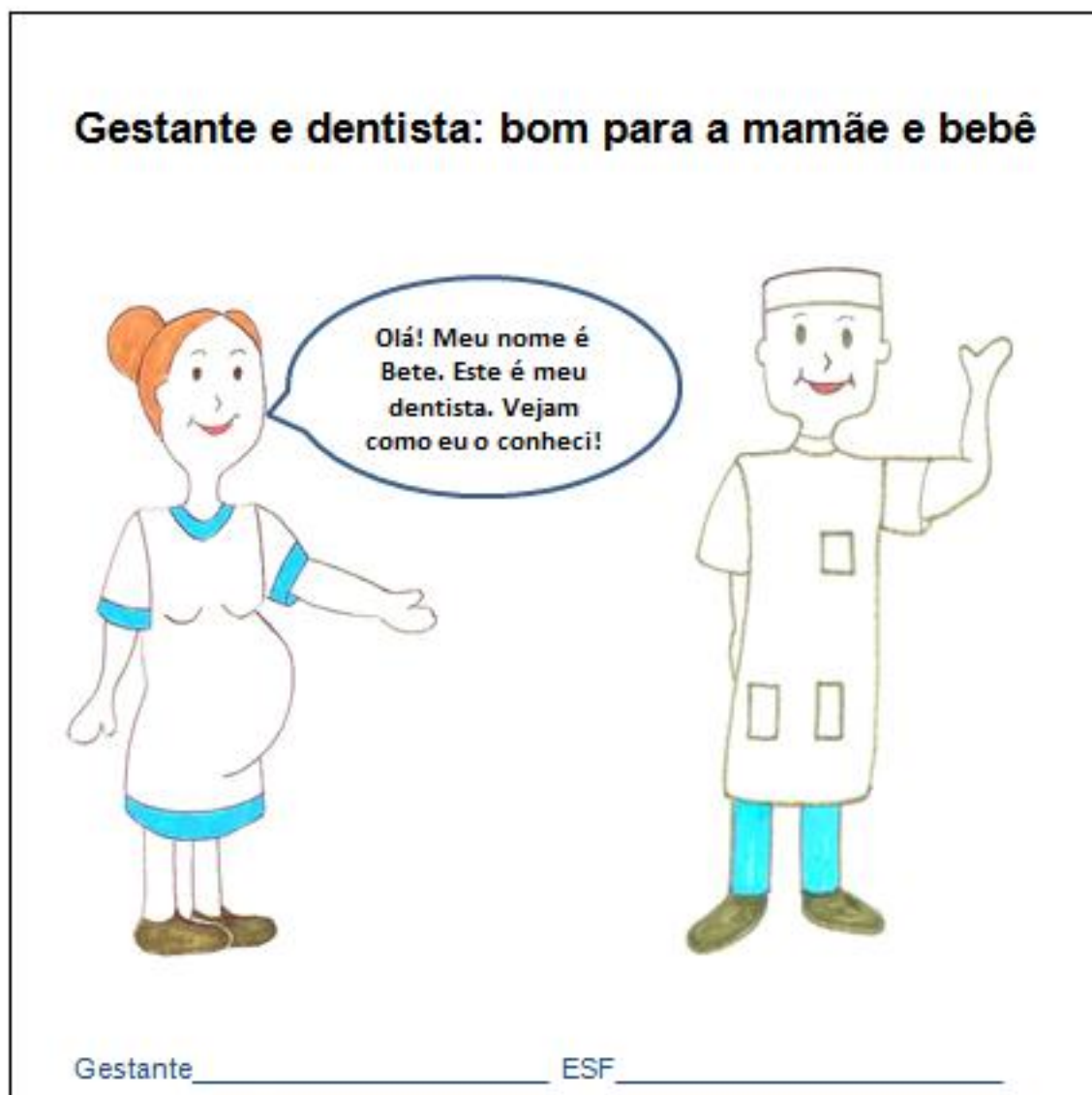
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de setembro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "**O pré-natal em Matozinhos: um estudo visando a inserção da equipe de saúde bucal no Programa Nacional de Humanização**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is positioned above the printed name of the coordinator.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Apêndice 1– Primeira versão de material educativo em saúde bucal para gestantes.



Apresentação

Autores

Angélica Maria Cupertino Lopes Marinho (Mestranda Odontologia em Saúde Pública - FOUFMG)

Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu (Prof. Dr. FOUFMG/ Dep. Odontol. Social e Preventiva)

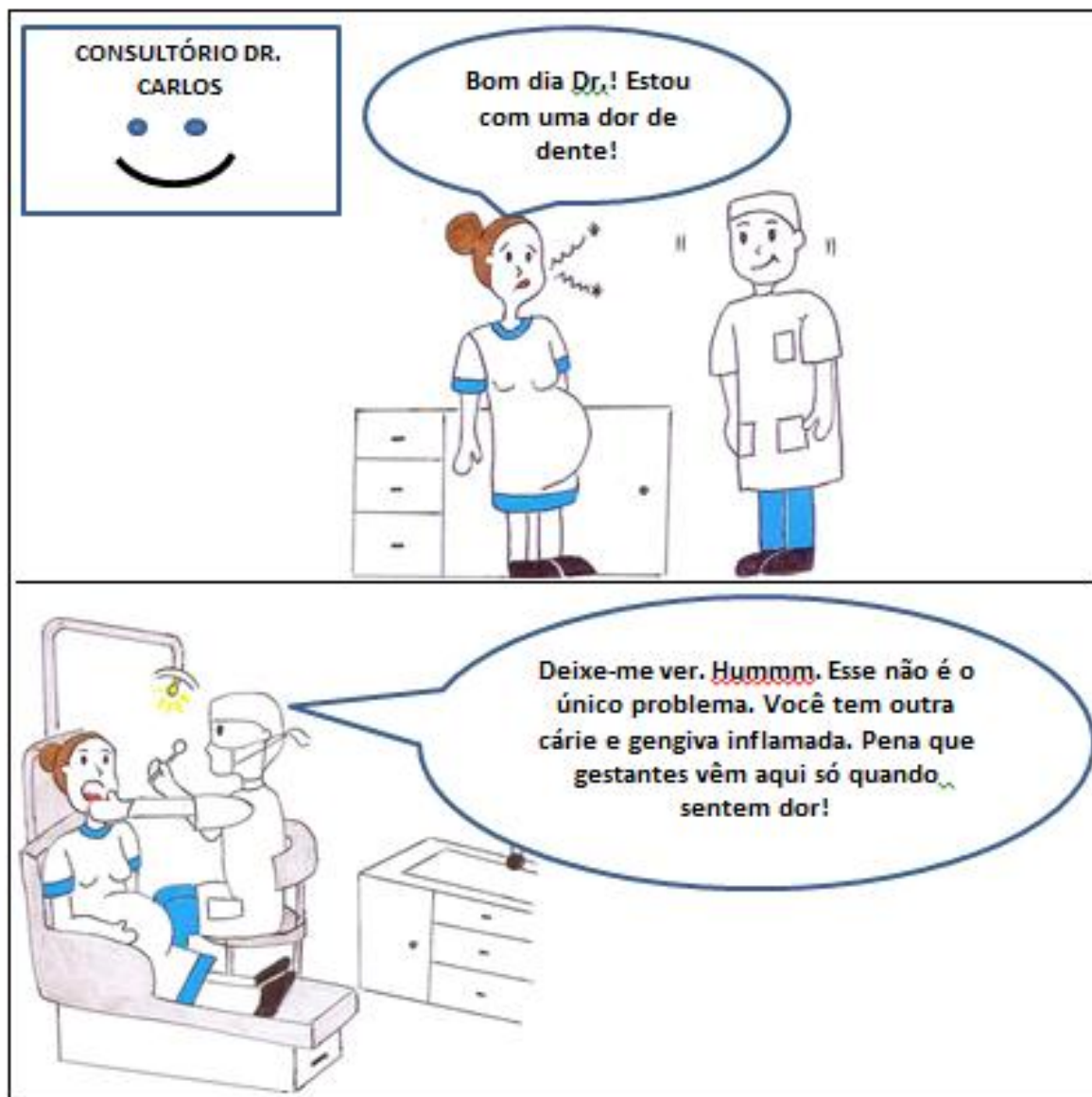
Simone Dutra Lucas (Profa. Dra. FOUFMG/ Dep. Odontol. Social e Preventiva)

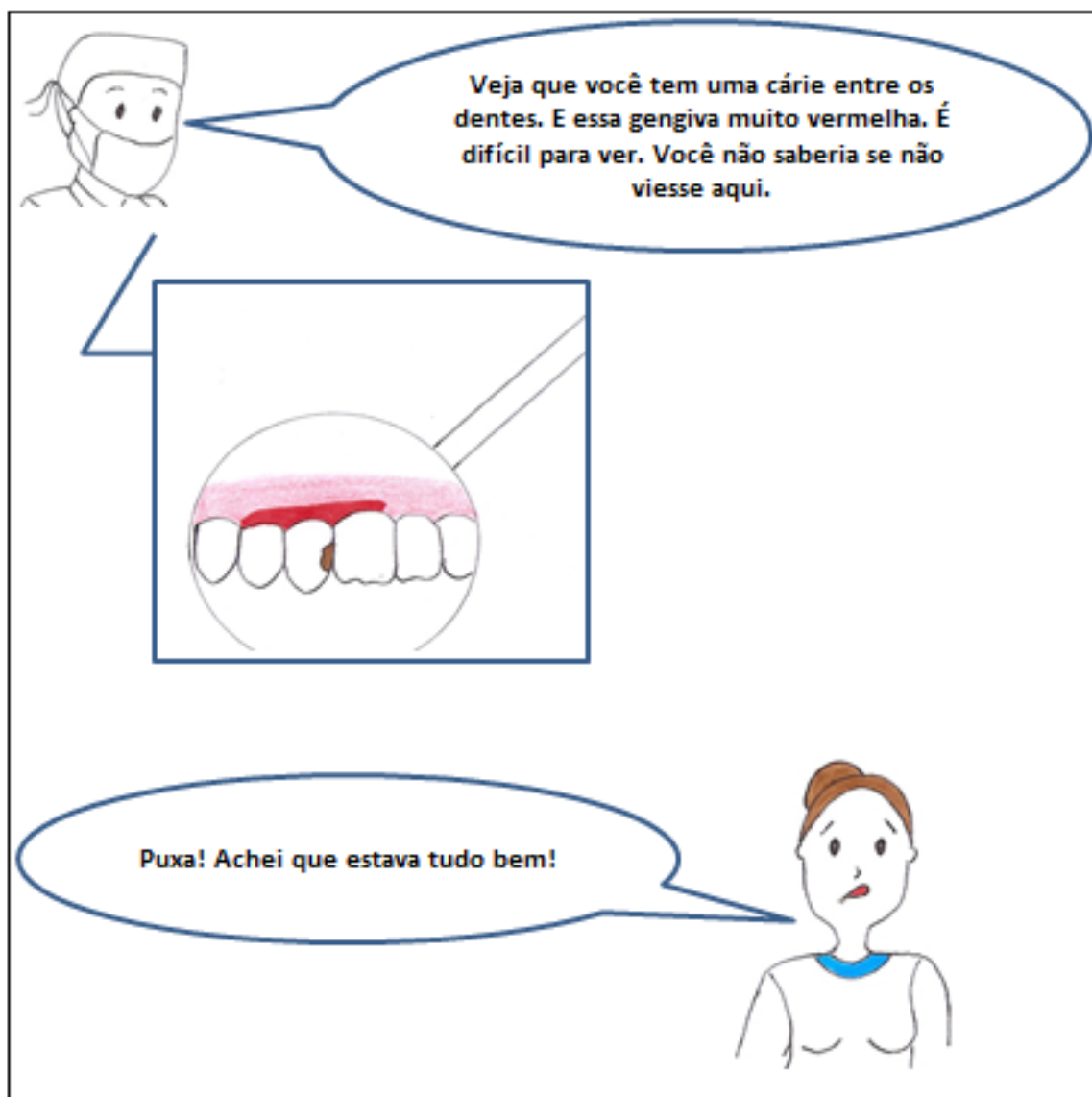
Desenhista

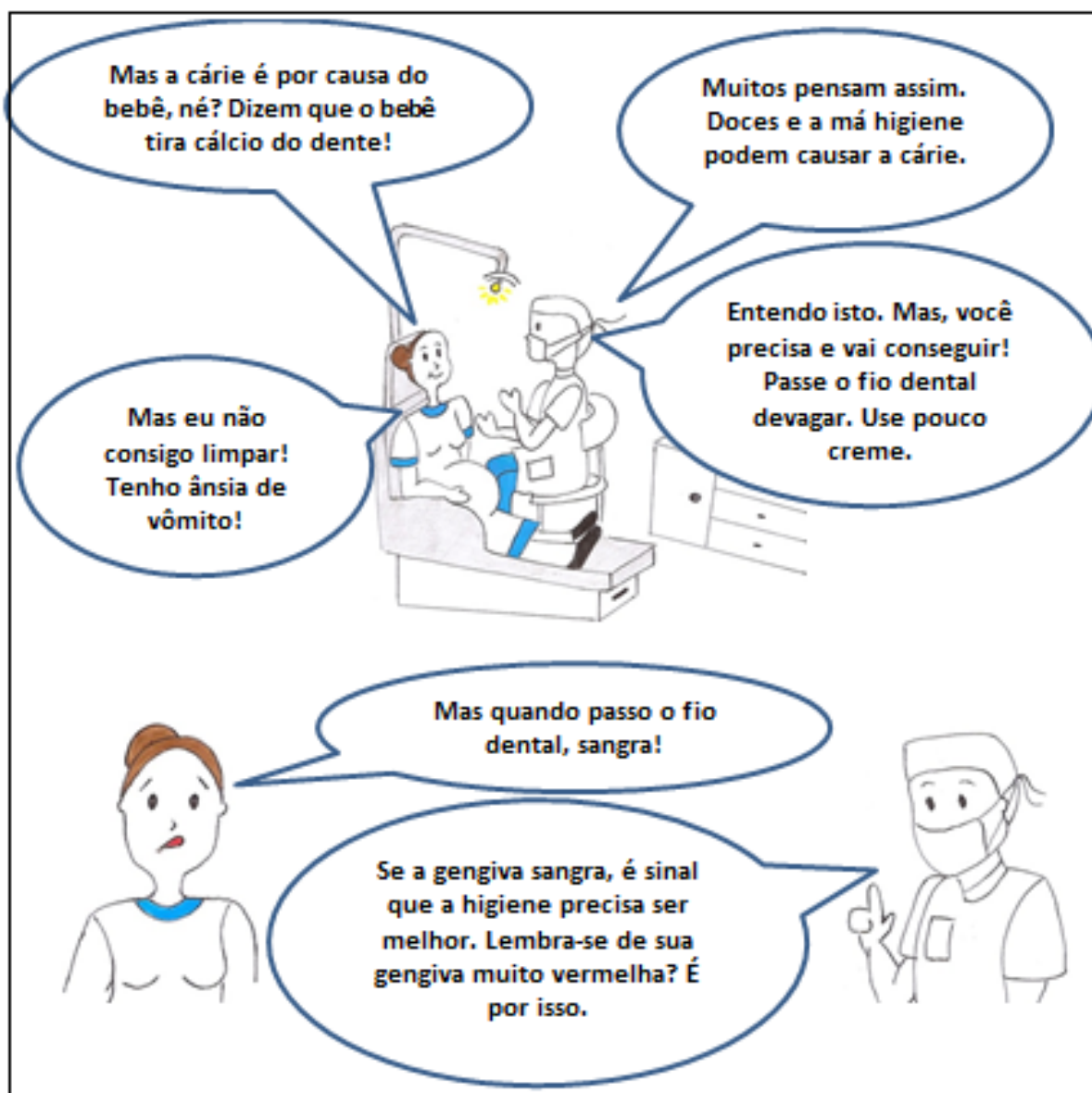
Elivelton Soares Cupertino Lopes (Graduando FOUFMG)

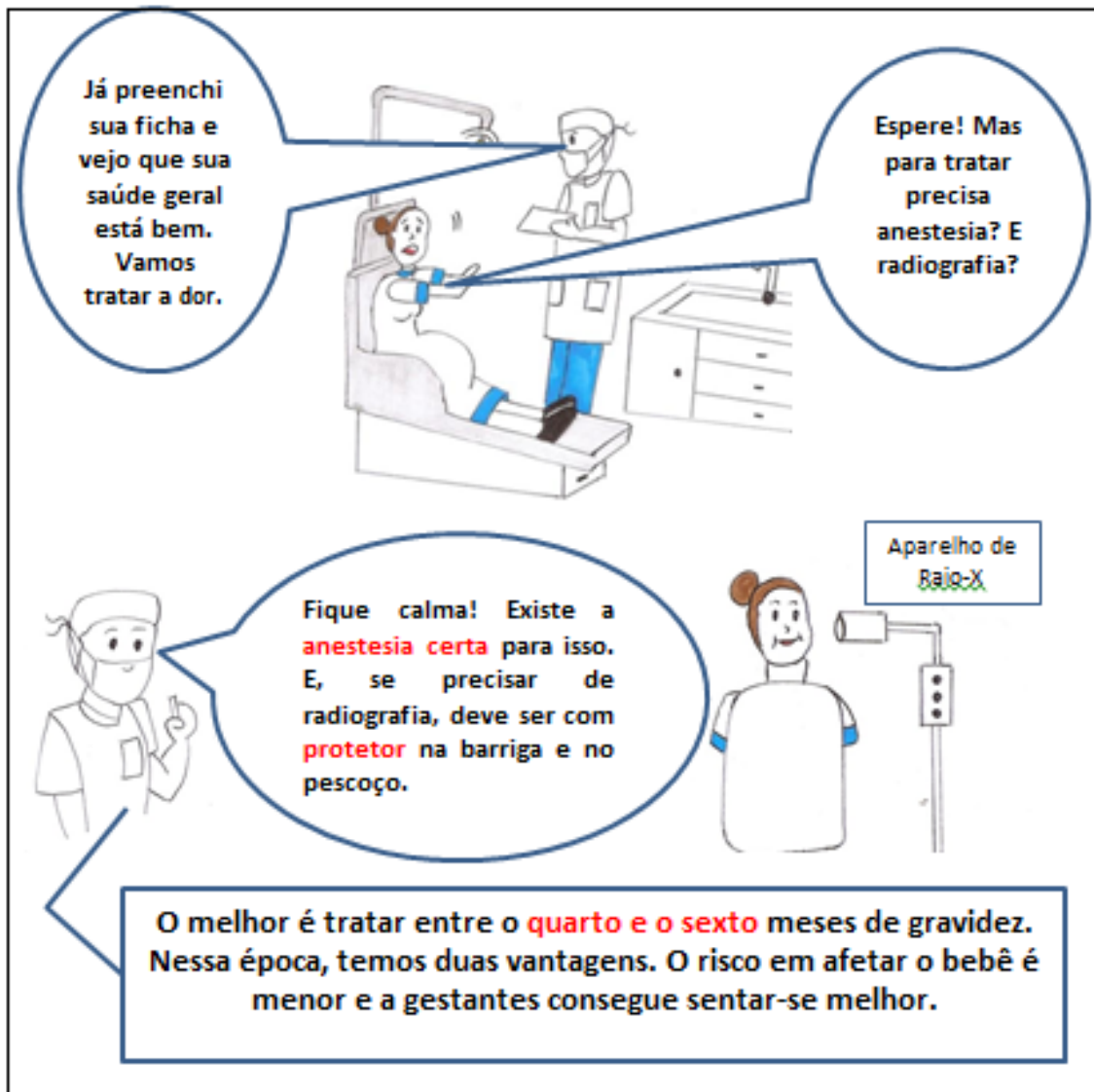












O **leite materno** é o melhor alimento para o bebê. Mas quando outros alimentos forem necessários, **não coloque mais açúcar.**



Uai mas bebê adora açúcar!



Muitos dos alimentos já vêm com açúcar. Colocar mais vai fazer o bebê acostumar com muito doce. E sempre quando der esses alimentos para ele, limpe a boca dele. Use gaze molhada em água limpa. Ele vai gostar de limpar. Vai aceitar melhor a escovação dental.

A mulher deve cuidar da saúde bucal **antes da gravidez. Mas, se for ao dentista grávida, será seguro!**



Bom pessoal, vimos que:

- Gestante pode ir ao dentista.
- O ideal é ir dos quatro aos seis de meses de gestação.
- Dentistas têm certos cuidados com gestantes.
- Nossa limpeza bucal deve ser boa.
- Cuidar da saúde bucal do bebê antes de algum dente nascer!



Caso tenham outras dúvidas procurem as unidades de saúde.
Veja os contatos!

Centro Municipal de Saúde Bucal (3712-7233)

ESF Mocambeiro (8456)	ESF Vista Alegre (7180)
ESF Cruzeiro (7584)	ESF Centro (7137)
ESF CAIC (7471)	ESF Estação (7299)
ESF <u>Vitalino</u> Fonseca (7538)	ESF Tonico Cota (7242)
ESF Progresso (5081)	ESF Bom Jesus (7135)

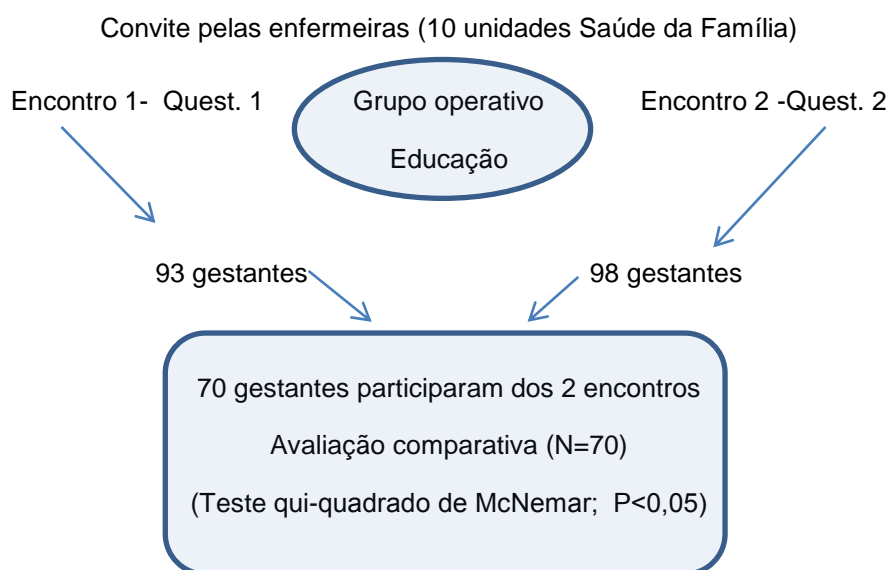
Conselho Municipal de Saúde de Matozinhos (CMS)-Rua
Joana D'arc n^o 391, Centro, Matozinhos/3712-6774.



Apêndice 2 – Fluxograma das atividades envolvendo as gestantes em Matozinhos/MG , 2010.

Universo 191 gestantes cadastradas (SISPRENATAL em janeiro de 2010)

AÇÃO COLETIVA



AÇÕES INDIVIDUAIS (N=121)

Exame cárie de coroa, doença periodontal (PIP e CPI), socioeconômico, acesso e auto-avaliação.(Critérios SB Brasil)

Cálculo de proporção e medidas de tendência central e variabilidade



Índice CPOD dicotomizado pela mediana (12) associado à renda e à percepção de necessidade tratamento

(Testes qui-quadrado de tendência linear e qui-quadrado de Pearson - P<0,05)



Ofertado atendimento clínico a gestante que consentisse de acordo com o protocolo²⁸