

1 INTRODUÇÃO

Na Odontologia a abordagem à gestante se tornou uma realidade incontestável, despertando notável interesse no âmbito da profissão. A gestação é um período especial na vida da mulher e caracteriza-se por uma série de alterações sistêmicas com repercussões na área odontológica, como a hipersecreção das glândulas salivares, a tendência a náuseas e vômitos, além de maior vascularização do periodonto (GRANVILLE-GARCIA et al., 2007; ROCHA; ARAÚJO, 2006).

As doenças periodontais podem estar mais aguçadas durante a gravidez devido a alterações alimentares e hormonais. Além dos danos causados à dentição e mucosa oral das gestantes, a doença periodontal tem sido associada por alguns estudos a partos prematuros e nascimento de crianças de baixo peso (FIGUEREDO et al., 2001; JEFFCOAT et al., 2001; LOPEZ et al., 2002; TRENTIN et al., 2007). Assim torna-se necessária uma educação preventiva visando melhor qualidade de vida (MOIMAZ et al., 2007).

Deve se considerar também, que a gestação é um período no qual a mulher se encontra mais receptiva a mudanças de comportamento e a colocar em prática cuidados aprendidos, desde que possam gerar benefícios tanto para a gestação, quanto para o futuro bebê. Assim, as atitudes e escolhas maternas certamente refletirão no desenvolvimento e nascimento de um bebê saudável. A mulher tem o papel-chave dentro da família, zelando pela sua saúde e de seus entes, tornando-se multiplicadora de informações e ações que possam levar ao bem-estar do núcleo familiar e conseqüentemente à melhora da qualidade de vida. A aquisição de hábitos e escolhas saudáveis implica diretamente a mudança de comportamento levando à promoção e manutenção de saúde do indivíduo (GRANVILLE-GARCIA et al., 2007; ROCHA; ARAÚJO, 2006; VENANCIO, 2006).

O período da gravidez constitui um momento de transformações na vida da mulher, pois, além das alterações físicas e fisiológicas, são observadas também mudanças no estado emocional. Neste período, desenvolvem-se certas condições de saúde complexas que precisam ser conhecidas pelo cirurgião-dentista, a fim de que, como membro de uma equipe-multidisciplinar, possa orientar corretamente a gestante em relação a seu estado de saúde geral.

Destaca-se também, a necessidade da desmistificação em relação ao atendimento da mulher no período gestacional e que toda gestante deve ser orientada sobre a possibilidade de receber atenção em saúde bucal. Para tanto é fundamental que a Equipe de Saúde Bucal (ESB), que atua na Estratégia de Saúde da Família (ESF), interaja com a equipe multiprofissional da unidade de saúde principalmente com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, recepção da unidade e agentes comunitários de saúde. Dessa forma, os grupos educativos na comunidade também deverão ser fonte de captação das gestantes.

Eu sou Cirurgião Dentista e trabalho na ESB do PSF São Vicente do município de São Gotardo há quatro anos. Ao longo do tempo venho observando que apesar do nosso esforço em trabalhar dentro dos princípios da ESF, o atendimento que realizamos em nossa unidade ainda se pauta às vezes no modelo biomédico. Esse foi um dos vários motivos que me fez procurar o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). Tenho observado que as gestantes do município têm uma grande carência de atividades de educação em saúde bucal e este foi o motivo do interesse pelo tema pesquisado. É gratificante observar que mesmo antes do término do curso já conseguimos mudar vários aspectos de nosso serviço e que minha entrada no (CEABSF) motivou outros profissionais de saúde do município a participarem do curso também.

Diante do exposto, fica claro o papel da atenção odontológica, pela ESB, na prevenção de doenças bucais relacionadas à gestante e ao bebê, durante a gestação. Assim, este trabalho tem por objetivo fazer uma reflexão sobre a importância da educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal no período gestacional, dando ênfase à prevenção das doenças periodontais.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão de literatura de artigos científicos, monografias e dissertações relacionadas ao tema, realizada a partir do levantamento bibliográfico correspondente ao período entre o início do ano 2000 e março do ano de 2010. A revisão bibliográfica foi realizada através da busca de informações nas bases virtuais de dados: BVS – (LILACS, BIREME, MEDLINE, SCIELO) e GOOGLE SCHOLAR.

Para a realização da busca de artigos na internet foram utilizadas as seguintes palavras-chave: gestantes, educação em saúde bucal, doenças periodontais na gravidez e saúde bucal no PSF. O idioma pesquisado foi a língua portuguesa.

Após a leitura dos trabalhos, os conteúdos foram analisados e organizados segundo a semelhança dos assuntos que referenciavam.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ALTERAÇÕES PERIODONTAIS DURANTE A GESTAÇÃO

Durante a gravidez diversas alterações hormonais estão ocorrendo no organismo feminino. Há um aumento tanto dos níveis de progesterona quanto de estrógeno, atingindo valores 10 a 30 vezes maiores que os do ciclo menstrual. Estes hormônios em níveis mais elevados induzem mudanças na permeabilidade vascular, promovendo extravasamentos de plasma com conseqüente formação de edema gengival e uma resposta inflamatória aumentada frente à placa bacteriana (DIAZ-GUZMAN; CASTELLANDOS-SUAREZ, 2004; NEWMAN et al., 2004; ROCHA; ARAÚJO, 2006).

Isto tem levado com muita freqüência ao relato de mudanças no aspecto gengival das pacientes gestantes, com uma tendência ao agravamento da gengivite, que se torna mais perceptível frente à presença de irritantes locais. Tais mudanças, como hiperemia, edema e sangramento gengival estão relacionadas a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis hormonais, presença de placa bacteriana, assim como o estado transitório de imunodepressão (AMAR; CHUNG, 2000; HONKALA; AL-ANSARI, 2005; ROSELL; MONTANDON-POMPEU, 1999; SARTORIO; MACHADO, 2001).

Afirma-se também que alterações na composição da placa subgengival ocorram durante a gravidez. A razão entre bactérias anaeróbias e aeróbias aumenta devido ao acréscimo da proporção de bactérias como a *Prevotella Intermédia* que, segundo alguns autores, têm a progesterona substituindo a menadiona (vitamina K) como fator de crescimento essencial (NEWMAN et al., 2004; ROCHA; ARAÚJO, 2006). Somando-se a isto, a produção de prostaglandina é estimulada, possibilitando exacerbação do processo inflamatório gengival. Assim, a gestante pode ser considerada uma paciente com risco temporário, maior que o normal, para desenvolver complicações periodontais (SARTORIO; MACHADO, 2001; ZACHARIASEN, 1993).

A gravidez por si só não provoca a gengivite, mas o aumento dos níveis dos hormônios estrógeno e progesterona produzem alterações gengivais. Estas, associadas ao estado transitório de imunodepressão, modificações na microbiota da cavidade oral e a

tendência a relaxar com os cuidados de higiene, fazem com que a inflamação gengival se agrave na gestação com maior tendência ao sangramento, eritema intenso e certa tendência hiperplásica, relatam Sartorio e Machado (2001).

A ocorrência de gengivite na gravidez é bastante comum, atingindo aproximadamente 30 a 100% de todas as mulheres grávidas. As características clínicas mais marcantes são edemas gengivais, principalmente na gengiva interdental e marginal, eritema, hiperplasia (a gengiva aumentada é brilhante, flácida e friável, com uma superfície lisa) e aumento do sangramento devido principalmente a maior permeabilidade vascular e grande número de capilares (ROCHA; ARAÚJO, 2006).

Outra manifestação, relativamente comum, decorrente das condições hormonais apresentadas pela gestante é o chamado tumor gravídico, este representa basicamente uma resposta inflamatória frente à placa bacteriana, modificada pela condição da paciente; geralmente aparece depois do terceiro mês de gravidez como uma massa achatada que se projeta do espaço interproximal ou da margem gengival, tem coloração vermelho-escura, superfície brilhante e lisa com numerosos pontos vermelhos bem nítidos. Representa um angiogranuloma, uma massa central de tecido conjuntivo com numerosos capilares neoformados, com edema e infiltrado inflamatório crônico; é uma lesão superficial que não invade osso subjacente e normalmente indolor (ROCHA; ARAÚJO, 2006).

Em resposta a um somatório de fatores como estresse, uso de tabaco e mudanças psicológicas, pode ocorrer a evolução da gengivite, levando a alterações periodontais mais graves, como a periodontite. Apesar de alguns autores sugerirem que essa evolução demanda um período de tempo o qual, geralmente, é superior ao período gestacional. Existem relatos na literatura do surgimento e/ou agravamento de uma doença periodontal pré-existente durante a gravidez (MORAES, 2009).

De fato, o comprometimento das estruturas de sustentação do órgão dental no período gestacional é provavelmente o agravamento de uma periodontite já instalada antes da gravidez. O tratamento, tanto para a hiperplasia gengival quanto para a gengivite e periodontite consiste na eliminação dos irritantes locais, particularmente a placa bacteriana, e de fatores retentivos de placa bacteriana como margens defeituosas de restaurações e

cálculo dentário; ainda deve ser considerada também a interferência de fatores modificadores como o cigarro, tensão, depressão e o estresse (CASTELLANDOS-SUAREZ, 2004; NEWMAN et al., 2004).

Além dos danos causados à dentição e mucosa oral das gestantes, a doença periodontal tem sido associada por alguns estudos a partos prematuros e nascimento de crianças de baixo peso. Trabalhos comprovaram a hipótese de que mães acometidas por doenças periodontais teriam maior probabilidade de terem parto prematuro (JEFFCOAT et al., 2001; LOPEZ et al., 2002; TRENTIN et al., 2007).

Offenbacher et al. (1996) propuseram que as infecções bucais, como a periodontite, poderiam constituir uma fonte significativa de infecção e inflamação durante a gravidez. Esta proposta foi feita ao observarem que as mães de crianças prematuras e de baixo peso ao nascer apresentavam quadro mais severo de periodontite, quando comparadas com mães cujos filhos tinham nascido com peso e idade gestacionais adequados (TRENTIN et al., 2007).

A implicação da possível associação causal entre doença periodontal e baixo peso ao nascer não pode ser minimizada. O baixo peso ao nascer aumenta significativamente o risco de morte, seqüelas neurológicas e neuro desenvolvimento insatisfatório. Além disso, implica custos elevados, uma vez que um grande percentual de recém-nascidos de baixo peso ao nascer necessita de tratamento intensivo ou intermediário. Se a doença periodontal aumenta a incidência de baixo peso ao nascer, parece claro que a atenção à saúde periodontal das gestantes deve passar a ter um espaço dentro das ações perinatais de saúde pública. Perinatologistas e pré-natalistas devem ser alertados para a importância da saúde bucal das gestantes sob seus cuidados não só em função da saúde da mãe como um todo, mas também, possivelmente, para reduzir a chance de ela vir a ter uma criança de baixo peso ao nascer (LOURO et al., 2001).

3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM GESTANTES

3.2.1 Educação em Saúde

A educação em saúde é definida como: “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. Combinação enquanto abordagem dos múltiplos determinantes dos comportamentos humanos, experiências e intervenções; delineadas no sentido de constituírem atividades sistematicamente planejadas e que sejam vivenciadas sem coerção, com plena compreensão dos objetivos implícitos e explícitos nas ações educativas (REIS et al., 2010).

Em relação à saúde, o pensamento de Freire caminha paralelo à compreensão da questão da educação em saúde pensada nos dias atuais. A educação em saúde vem sendo analisada de modo que o seu significado possa atender aos princípios e valores inovadores do sistema de saúde, dentre outros, o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção com vistas a possibilitar a atenção integral e humanizada à população brasileira (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Para Miranda et al. (2000) o processo educacional induz à mudança de comportamento relativo à saúde. E esse processo deve ser não somente individual, mas também coletivo, com vistas à promoção de informações e motivação de hábitos que mantenham a saúde e previnam as doenças. Esses autores apontaram pontos importantes para a promoção da saúde bucal, entre eles, a motivação, a cooperação consciente do paciente e os programas preventivos incluindo: palestras, escovação dentária supervisionada, controle e avaliação. Tudo isso considerando as faixas etárias receptivas, ou, pelo menos, susceptíveis à mudança de hábitos, a adoção de hábitos alimentares adequados e a correta higiene bucal. Além disso, salientaram a fluoretação das águas de abastecimento público, considerada o método de prevenção de cárie dentário mais efetivo, em termos de abrangência coletiva.

A educação em saúde poderá possibilitar ao usuário a mudança de hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia, constituindo-se de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e proteção à saúde bucal (BRASIL, 2004).

Além disso, atividades educativas em saúde ajudam a manter e elevar o nível de saúde da população e, ao mesmo tempo, reforça a manutenção de hábitos saudáveis positivos. Assim, educação em saúde pode ser definida como práticas sociais que se estabelecem entre sujeitos (profissionais e usuários) que atuam em instituições de saúde, conscientes ou não da função educativa desenvolvida (CASTRO; VERAS, 2003).

Com o objetivo de criar vínculos entre a ação do profissional de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, a educação em saúde visa capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir e melhorar suas condições de vida. Assim, esta ação deve ser estimulativa, com vistas a levar o indivíduo a participar do processo educativo; exercitativa, condição para aquisição e formação de hábitos, assim como para a assimilação, construção e reconstrução de experiências; orientadora, com enfoque nos aspectos de liberdade, autoridade, autonomia e independência; didática, que se responsabiliza pela transmissão e veiculação dos conhecimentos e terapêutica para permitir retificar os eventuais descaminhos do processo educativo (CASTRO; VERAS, 2003).

3.2.2 Educação e Promoção da Saúde Bucal na Gestação

A abordagem atual do tratamento odontológico está pautada em medidas educativas e preventivas, através de uma visão integral do indivíduo. É possível afirmar que a prevenção em seu sentido restrito está representada no atendimento odontológico ao bebê, através da instrução de hábitos higiênicos e alimentares que se firmarão desde a tenra idade, evitando o desenvolvimento de doenças ou outras condições que fujam das ideais. As mães têm um papel chave dentro da família, pois determinam muitos dos comportamentos os quais seus filhos adotarão e sabe-se que padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância permanecem fixados profundamente e são resistentes a mudanças. Assim, programas educativos e preventivos com gestantes se tornam fundamentais para que bons hábitos sejam introduzidos desde o início da vida da

criança. Trabalhando estes aspectos durante o pré-natal e aproveitando o entusiasmo com a chegada do bebê propicia-se receptividade para receber novas informações e assumir responsabilidades (MOIMAZ et al., 2007).

A educação em saúde bucal é o método mais empregado nos programas de promoção em saúde bucal, juntamente com as iniciativas para a fluoretação das águas de abastecimento, a indicação do uso de dentifrícios, bem como a escovação supervisionada e o uso do fio dental, bochechos com solução fluoretada e aplicação tópica de fluoretos (BRASIL, 2001; DINELLI et al., 1999; SILVEIRA et al., 1998).

Ao discutirem a implementação de programas de atenção à saúde materno-infantil, incluindo orientação para gestantes quanto aos cuidados com o bebê, e meios específicos para a redução de *Streptococcus mutans*, os autores Peres et al. (2001) apontaram a educação em saúde, por meio da instrução de higiene e orientação da dieta, como um complemento das ações desenvolvidas nos programas de saúde integral.

Os autores Corsetti, et al. (1998) constataram que a maioria das gestantes não tem conhecimento acerca dos prejuízos que podem advir para a saúde bucal da criança quanto ao tempo de amamentação prolongada, uso indevido de mamadeira e o hábito do consumo de açúcar para o preparo dos alimentos do bebê; além dos conhecimentos com relação à higiene bucal pessoal e da criança. Eles avaliaram longitudinalmente a efetividade da educação durante o pré-natal e concluíram que houve uma conscientização e retenção das informações por parte dos pais em relação às orientações sobre saúde bucal para com o bebê. Assim, sugeriram programas de promoção da saúde bucal continuados após o nascimento do bebê para reforço e motivação com vistas a permanecer a mudança de hábitos frente à saúde.

Os autores Politano, et al. (2004) concluíram em seu estudo que as mães são desinformadas em relação aos cuidados bucais que devem ter com o bebê. Estes autores reafirmam a importância das informações sobre a higiene bucal do futuro filho. Essas informações devem ser dirigidas às mães por profissionais de saúde, em geral, não só o cirurgião-dentista, mas pelo ginecologista, pediatra e pelo obstetra, de modo interdisciplinar, com o objetivo de ampliar o conhecimento delas sobre a gestação, suas

implicações gerais e bucais que ocorrem nelas mesmas e no futuro filho. Estudos citados por outros autores indicam que é preciso conhecer a percepção das gestantes a respeito da saúde bucal para que um programa de prevenção possa ter sucesso (MEDEIROS et al., 2000).

A maioria das gestantes relaciona saúde bucal com a saúde geral, mas não procura assistência odontológica durante a gravidez. Hábitos e conhecimentos saudáveis são mais fáceis de incorporar se ensinados precocemente, por isso, a mãe é um elemento-chave na formação da personalidade, na educação e no desenvolvimento dos bons costumes e hábitos dos filhos (COSTA et al., 1998; REIS et al., 2006).

A gravidez é relatada na literatura como momento de máxima importância para se realizar promoção de saúde e ações de educação em saúde bucal. Nesta fase as mulheres ficam mais susceptíveis a doenças bucais, estão sensíveis emocionalmente e receptivas a novos hábitos e orientações, pois se preocupa com a própria saúde e com o bom desenvolvimento e bem estar do feto. A vulnerabilidade e dependência do feto e a importância da gestação têm levado as sociedades organizadas ao reconhecimento das necessidades essenciais das gestantes e das condições de assistência à saúde que necessitam. Assim, os conhecimentos da mãe em relação à própria saúde bucal é que levarão à formação ou não de hábitos de cuidados com higiene bucal na criança (HONKALA; AL-ANSARI, 2005; MENINO; BIJELLA, 1995; SANTOS-PINTO et al. 2001; VENANCIO, 2006).

A gravidez também pode atuar como fator modificador do organismo na medida em que faz com que desponham situações crônicas pré-existentes. Desta maneira, por todas as deficiências nas questões de saúde bucal da gestante, ela passa pela gravidez sem saber o que fazer se tiver sangramento gengival ou dor de dente. Acredita ainda no mito de um dente perdido por cada filho. Fica tentando adivinhar se deve ou não tomar suplementos de flúor e, depois do parto, possivelmente alimentando seu bebê com leite, sucos ou chás adoçados, antes dele dormir, e imaginando, sem entender muito bem, o porquê de ele ter cáries rampantes (lesões cariosas de evolução aguda, altamente destrutiva) aos dois anos (HONKALA; AL-ANSARI, 2005; MENINO; BIJELLA, 1995).

É bem verdade que fazem parte da cultura popular provérbios como cada filho custa um dente, tão conhecido e que se repete em vários países. Mas há que se levar em consideração que a incidência doença periodontal é quase universal, ficando claro que as mulheres grávidas na maioria das vezes já possuíam problemas com tal doença antes da gestação. Faz-se necessário, então, que durante os exames e o processo educativo do período pré-natal, a futura mãe aprenda que doença periodontal pode ser agravada durante a gestação (HONKALA; AL-ANSARI, 2005; MENINO; BIJELLA, 1995). Mas que atitudes simples como uma escovação dental mais rigorosa, uso correto de fio dental e remoção profissional de placa e fatores retentores de placa bacteriana podem inibir o avanço destas doenças (LINDHE, 2010).

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

No entanto, crenças e mitos que relegam o tratamento odontológico na gravidez, devido à possibilidade deste causar algum mal a gestante e ao feto, vêm sendo desmistificados. Cada vez mais os profissionais de odontologia se voltam para a busca da melhora de qualidade de atenção à saúde do indivíduo em sua totalidade, procurando sempre dar ênfase ao conjunto de cuidados curativos preventivos e educacionais durante a gestação (DÍAZ et al., 2001; GARBERO et al., 2005).

Os avanços na área de saúde, buscando cada vez mais o ser humano integral, tendem a refletir-se na Saúde Bucal (BELLINI, 1994; FERREIRA, 1998). O paradigma do indivíduo produtivo vivendo mais anos tende a ser substituído pelo de um indivíduo saudável, desfrutando melhor dos anos. Na Odontologia, isto se traduz segundo Bellini, (1994), em uma boca saudável, sem cárie, sem doenças periodontais e com boa função no seu sentido mais amplo: boa mastigação, deglutição, fonação e estética. Isso implica essencialmente em uma reestruturação geral, tanto dos conceitos quanto das atitudes dos profissionais e da população, privilegiando a promoção da saúde ao invés da atenção à

doença. E vale lembrar, ainda, que gastar com a prevenção pode custar bem menos para os cofres públicos (FERREIRA, 1998; SANTOS-PINTO et al. 2001).

3.2.3 Considerações sobre Educação em Saúde da Gestante no Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reordenar as práticas de saúde no âmbito da atenção básica em novas bases e critérios, com foco na família, a partir do seu ambiente físico e social. Este programa reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (GROISMAN, 2005).

Em meados de 2004, o PSF passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), baseada em uma política nacional de humanização. A sua implantação se reflete no acolhimento, no comprometimento pactuado do profissional com o usuário, na interdisciplinaridade e permanente comunicação horizontal da equipe e protagonismo de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde, objetivando proporcionar ao indivíduo o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-las (SILVA; MARTELLI, 2009; WELGATCH, 2008). No decorrer dos anos, a ESF solidificou-se, mantendo seu foco principal na educação em saúde e criando condições para a melhoria da assistência pré-natal, fortalecendo o vínculo entre a gestante, a família e o profissional de saúde (SILVA; MARTELLI, 2009).

No entanto, a inserção da odontologia no PSF só aconteceu em 2000, quando o Ministro da Saúde, diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira, estabeleceu incentivo financeiro para a formação de equipes formadas por Cirurgiões-Dentistas (CDs), Atendentes de Consultório Dentário (ACDs) e Técnicos de Higiene Dentária (THDs) (CERICATO et al., 2007; MATOS; TOMITA, 2004).

De acordo com Moysés et al. (2008): “A luta pela efetivação de um modelo de atenção à saúde bucal mais universal e equânime; é, antes de qualquer coisa, um

imperativo ético. Os trabalhadores de saúde, incluindo saúde bucal, têm no âmbito da micro política, o compromisso diário de compensar as iniquidades em seu território, e, no campo da macro política, exercer seu papel de ator social relevante, com exercício da cidadania em todas as suas formas de expressão”.

De acordo com o Pacto pela Saúde 2006, através de um dos seus componentes o Pacto pela Vida, tem como prioridades e objetivos na saúde da gestante reduzir a mortalidade materna, infantil e neonatal por doenças diarreicas e pneumonias; contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e da mama (BRASIL, 2006; SILVA; MARTELLI, 2009).

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil se limitava a procedimentos de baixa complexidade, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade. A estruturação da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil se deu através do Programa Brasil Sorridente. Este programa tem como metas a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, no marco do fortalecimento da atenção básica, reunindo uma ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS. O Brasil Sorridente tem possibilitado ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. (BRASIL, 2006; SILVA; MARTELLI, 2009).

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são: a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal especialmente pela ESF; a ampliação e qualificação da Atenção Especializada, principalmente através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Na ampliação do acesso, objetivando superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal; por linhas de cuidados prevendo o reconhecimento de especificidade próprias da idade: saúde da criança, do adolescente, do adulto e saúde do idoso e por condição de vida – que compreende a saúde da mulher, do trabalhador, portadores de necessidades especiais,

hipertensos, diabéticos, dentre outras. Em relação ao grupo de gestantes, as diretrizes determinam que devam ser realizadas ações coletivas de promoção de saúde e a garantia do atendimento individual (BRASIL, 2006; SILVA; MARTELLI, 2009).

Para enfrentar as dificuldades de implantação das políticas de saúde da mulher, o Ministério da Saúde elaborou em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), com o intuito de “ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definir o processo de regionalização da assistência, criar mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS e atualizar os critérios de habilitação para os estados e municípios.” Esse documento prevê para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo uterino e de mama (MOURA et al., 2007; SILVA; MARTELLI, 2009).

Com relação às ações de saúde bucal, a NOAS prevê como responsabilidade dos municípios a prevenção dos problemas odontológicos e o cadastramento prioritário, na população de zero a 14 anos e gestantes. Entre as atividades, são salientados os procedimentos coletivos, tais como, “o levantamento epidemiológico, a escovação supervisionada e evidenciação da placa bacteriana, os bochechos com flúor e a educação em saúde bucal” (MOURA et al., 2007; SILVA; MARTELLI, 2009). A avaliação odontológica na gestação, também é fundamental e representa ganho na qualidade da assistência. Lembre-se de que a assistência pré-natal estende-se até o parto, não existindo “alta”. É na consulta pós-parto que se encerra esse ciclo assistencial do pré-natal (COELHO; FRANCO, 2009).

É fato que problemas gengivais já existentes tendem a exacerbar-se durante a gestação, com edema, hiperemia e sangramento com mais facilidade. Portanto no atendimento às gestantes pela Equipe de Saúde Bucal (ESB), é necessário que sejam orientadas sobre uma boa higiene bucal, escovação e cuidados adequados com os dentes, que podem (e devem) ser avaliados e tratados. A diminuição da capacidade fisiológica do estômago faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com mais frequência, o que pode aumentar o risco de cárie dentária (COELHO; FRANCO, 2009). É importante que as gestantes sejam ouvidas sobre os seus problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, mostrando as mudanças

que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o auto-cuidado e hábitos de vida saudável (BRASIL, 2006).

A educação em saúde tem grande importância no pré-natal. As gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize. Com relação à assistência odontológica, especificamente no pré-natal, é salientado que todas as gestantes inscritas deverão ser agendadas para a consulta de rotina nas unidades de saúde que disponham de serviço odontológico. Na consulta de rotina, deverá ser realizado o exame clínico da cavidade bucal e elaborado um plano de tratamento, a ser desenvolvido durante o pré-natal (MOIMAZ et al., 2006; SILVA; MARTELLI, 2009).

A construção de uma linha de cuidados à mulher durante a gestação e o puerpério envolve a participação de toda a equipe de saúde e deve ser elaborada de maneira coletiva. Isto implica pensar em como trabalhar com outros profissionais, isto é, de que maneira o meu trabalho interfere no do outro e vice-versa. (MINAS GERAIS, 2006).

Toda gestante deve ser orientada sobre a possibilidade de receber atenção em saúde bucal. Para tanto é fundamental a interação da equipe de saúde bucal com a equipe multiprofissional da unidade de saúde principalmente com os médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, recepção da unidade e agentes comunitários de saúde. Os grupos educativos na comunidade também deverão ser fonte de captação das gestantes. É importante salientar que a promoção da saúde constitui uma das atribuições comuns aos profissionais de saúde bucal e também é listada como atribuição específica do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família: “coordenar ações coletivas voltadas à promoção e prevenção em saúde bucal, capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal” (MOURA et al., 2007; SILVA; MARTELLI, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a gestação por si só não seja responsável pelo aparecimento da doença periodontal e outras manifestações bucais, ela pode contribuir para o agravamento das mesmas. Dessa forma, é necessário o acompanhamento odontológico no pré-natal visando à identificação de riscos à saúde bucal, a necessidade do tratamento curativo e a realização de ações de natureza educativo-preventivas.

A Educação em Saúde deve ser usada como instrumento de Promoção de Saúde bucal. Ela deve ser feita de forma continuada e atender a necessidades de saúde bucal da gestante, considerando sempre o ambiente, fatores econômicos, sociais e culturais e tornando-se um poderoso instrumento utilizado como estratégia na Promoção de Saúde.

A mulher poderá atuar como agente multiplicador de informações preventivas e de promoção da saúde bucal a partir do trabalho de educação em saúde, desenvolvido pelos profissionais no pré-natal. Para isso, ela deve estar bem informada e conscientizada sobre a importância de seu papel na aquisição e manutenção de hábitos positivos de saúde no meio familiar.

É necessário construir uma nova forma de pensar e agir em relação às práticas odontológicas que requeiram dos cirurgiões-dentistas e profissionais de saúde coletiva, sensibilização, conhecimento e mudança de atitude. A Estratégia de Saúde da Família se constitui um grande desafio de conquista da sociedade rumo ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, à Saúde Bucal Coletiva e à consolidação do SUS. Apesar dos avanços da Saúde Bucal, ainda estamos longe de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de Saúde Bucal, como pressupõe o ideal do SUS.

REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, R J, v.20, n. 3: p. 789-796, mai-jun, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n3/16.pdf>. acesso em: 5 jun. 2010.
2. AMAR, S.; CHUNG, K. M. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. **Periodontol.** v.6: p.79-87, Oct 2000
3. BELLINI, H. T. Um Consultório Odontológico, centrado em Promoção de Saúde Bucal. In: CONGRESSO PAULISTA DE ODONTOLOGIA (16; 1994; São Paulo). **Atualização na Clínica Odontológica: A Prática da Clínica Geral**. São Paulo: Artes Médicas, p. 269-277, 1994.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Investimento em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. **Projeto Cartão Nacional de Saúde. Diretrizes para o cadastramento Nacional de Usuários do SUS: planejamento municipal**. Brasília 2001.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília 2004
6. 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, 2004
7. BRASIL, Ministério da saúde. Série Pacto pela saúde, v.1, 2006. (2008 mai. 10). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. acesso em: 10 mai. 2010.
8. CASTRO; VERAS, M. S. Educação em saúde e a promoção de saúde bucal: marcos conceituais, teóricos e práticos na odontologia. **Rev. de Odontol. da UNICID** v. 15, n. 1, p.55-61, 2003.
9. CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v. 12, n. 3: p. 18-23, set./dez. 2007.
10. CORSETTI, L. O.; FIGUEIREDO, M. C.; DUTRA, C. A. V. Avaliação do atendimento odontológico para gestantes nos serviços de Porto Alegre/RS, durante o pré-natal. **Rev. ABO Prev**, v.1, n.1: p.9-15, 1998.
11. COSTA, I. C. C.; MARCELINO, G.; BERTI, G. M.; SALIBA, N.A. A gestante como agente multiplicador de saúde. **Rev. RPG**, v.5, n.2: p.87-92, 1998.
12. DÍAZ, R. R. M. et al. Actitudes que infuyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. **Revista ADM**, v.58, n.2: p. 68-73, mar./abr. 2001.

13. DIAZ-GUZMAN, L. M.; CASTELLANDOS-SUAREZ, D. L. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal em embarazadas. **Méd. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.** v.9: p.430 – 434, 2004.
14. DINELLI, W.; CORONA, S. A. M.; GARCIA, P. P. N. S.; DINELLI, T. C. S. Campanhas de prevenção em odontologia II - Novos caminhos. **Odonto** 2000, v.2, n.1: p. 8-13, 1999.
15. FERREIRA, R. A. Em queda livre? **Revista da APCD**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 104-110, MAR./ABR. 1998.
16. FIGUEREDO, C. M. S. et al. A doença periodontal como mecanismo de indução ao parto prematuro de crianças com baixo peso. “**Medcenter.com – Odontologia**”, out./2001 Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos>. acesso em: 13 mai. 2010.
17. GARBERO, I.; DELGADO, A. M.; BENITO DE CÁRDENAS, I. L. Salud oral em embarazadas: conocimientos y actitudes. **Acta odontol. Venez**, v.43, n.2: p. 135-140. may, 2005.
18. GRANVILLE-GARCIA, A. F.; LEITE, A. F.; SMITHC, L.E. A.; CAMPOS, R. V. S, MENEZES, V. A. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru–PE, **Revista de Odontologia da UNESP**, v.36, n. 3: p.243-49, 2007. Disponível em: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v36n3a08.pdf>. acesso em: 12 mai. 2010.
19. GROISMAN, S.; MORAES, N. M.; CHAGAS, L. J. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. **Cadernos da Aboprev**: p.1-8, 2005.
20. HONKALA, S.; AL-ANSARI, J. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. **J Clin Periodontol**, v.32, n.7: p.809-14, 2005.
21. JEFFCOAT, M. K.; GEURS, N.; REDDY, M. S.; CLIVER, S. O.; GOLDENBERG, R. L. Haut J. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. **J Ann Dent Assoc**, v.12: p. 875-80, 2001.
22. LINDHE, J. et al. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. Quinta edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2010
23. LOPEZ, N. J.; SMITH, P. C.; GUTIERREZ, J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. **J. Periodontol**, v.73, n.8: p.911-24, 2002.
24. LOURO, P. M.; FIORI, H. H.; LOURO, P. F.; STEIBEL, J.; FIORI, R. M. Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. **J Pediatr (Rio J)**, v. 77, n. 1: p. 23-8, 2001. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-01-23/port.pdf>. acesso em: 10 abr. 2010.

25. MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.6: p.1538-44, 2004.
26. MEDEIROS, U. V.; ZEVALLOS, E. F. P.; ROSIANGELA, K. Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso no futuro. **Rev. Cient. do CRORJ**, n.2: p.47-57, 2000.
27. MENINO, R. T.; BIJELLA, V. T. Necessidade de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. **Rev. FOB**, v. 3, n. ¼: p. 5-16, 1995.
28. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo assistencial a pessoa portadora de Diabetes mellitus tipo I e Diabetes mellitus gestacional**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.
29. MIRANDA, J.; LEMOS, M.; TORRES, M.; SOVIEIRO, V.; CRUZ, R. Promoção de saúde bucal em odontologia: uma questão de conhecimento e motivação. **Rev. do CROMG**, v.6, n.3: p. 154-57, 2000.
30. MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em Enfermagem. **Rev. Lat.-amer. de Enferm**, v.12, n.4: p.631-35, 2004.
31. MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S.; SALIBA, N. A.; ZINA, L. G. Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Cienc Odontol Bras**, v.9, n.4: p. 55-66, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br>. acesso em: 30 mai. 2010.
32. MORAES, D. A. P. C. Percepção das Gestantes sobre Prevenção Oral. **Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Faculdade de Medicina de Campos(FMC)**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.fmc.br/cursos/posGraduacao>. acesso em: 25 abr. 2010.
33. MOURA, L. F. D.; MOURA, M. S.; TOLEDO, A. O. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v.12, n.4: p. 1079-86, 2007.
34. MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias. Trabalhando com evidências**. São Paulo; Editora Artes Médicas; 2008.
35. NASCIMENTO, Z. C. P.; LOPES, W. C. Gravidez na adolescência: enfoque odontopreventivo. **ROBRAC**, v. 6, n. 20: p. 27-31,1996.
36. NEWMAN, M. G.; TAKEI, H. H.; CARRANZA, F.A. **Periodontia Clínica**. 9º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
37. OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTIK, G.; COLLINS, J.; BOYD, D.; MAYNOR, G. Periodontol infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **J Periodontol**, v.67: p. 1103-11, 1996.

38. PERES, S. H. C. S.; CARDOSO, M. T. V.; GARCEZ, R. M.V. B.; PERES, A.S.; BASTOS, J. R. M. Tratamento alternativo de controle da cárie dentária no período materno-infantil. **Rev. da APCD**, v. 55, n.5: p. 346-51, 2001.
39. POLITANO, G. T.; SILVA, S. R. E. P.; IMPARATO, J.C. P.; PELLEGRINETTE, M. B. Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. **Rev. Ibero Americana de Odontopediatria Odontologia do Bebê**, v.7, n. 36: p. 138-48, 2004.
40. QUEIROZ, C. L.; HERVALI, A. M.; ONO, R.; GONTIJO, L. P. T. Gestantes Cadastradas nas Equipes de Saúde da Família: Estudo da Prevalência de Doenças e Agravos sob a Perspectiva da Promoção em Saúde. **Anais eletrônicos...** Uberlândia: UFU, 2008. Disponível em: <http://www.ic-ufu.org/anaisufu2008/PDF/SA08-10346.PDF>. acesso em: 5 abr. 2010
41. REIS, D. M. et al. Educação em Saúde como Estratégia de Promoção, **Ciênc. saúde coletiva**; v.15, n.1: p. 269-276, jan. 2010. <http://www.scielo.br/scielo.ph>. Acesso em: 15 abr. 2010.
42. ROCHA, C. V.; ARAÚJO, I. C. A relação da gravidez com as manifestações gengivais. **“Medcenter.com – Odontologia”**. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos> acesso em: 13 jun. 2010.
43. ROSELL, F.L.; MONTANDON-POMPEU, A.A.B.; VALSECKI JR, A. Periodontal screening and recording in pregnant. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.2: p. 157-62, abr.1999.
44. SANTOS-PINTO, L. et al. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? **J Bras Odontopedatr Odontol Bebê**, v. 4, n. 21: p. 429-434, 2001.
45. SARTORIO, M. L; MACHADO, W. A. S. A doença periodontal na gravidez. **RBO**, v.58, n.5: p. 306-08, 2001.
46. SILVA, M. V.; MARTELLI, P. J. L. Promoção em Saúde Bucal para Gestantes: revisão de literatura. **Odontologia. Clín. -Científi c.**, Recife, v.8, n. 3: p.219-224, jul/set., 2009. Disponível em: <http://www.cro-pe.org.br>. Acesso em: 10 mai. 2010.
47. SILVEIRA, E. G.; SILVVA, R. H. H.; ALMEIDA, I. C. S. Avaliação de uma metodologia para um programa educativo-preventivo em saúde bucal para escolares. **Rev. Paul. Odont.**, v.20: p. 22-7, 1998.
48. SUELENE, C.; YULA, F. P. Módulo de Saúde da mulher Horizonte. **Nescon UFMG** Editora Coopmed, p.53, 2009.
49. TRENTIN et al. Doença periodontal em gestantes e fatores de risco para o parto prematuro. **RFO**, v. 12, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.upf.br/download/editora/revistas/rfo/12-01/9.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2001.
50. VENANCIO, L. Q. **AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL DE GESTANTES, USUÁRIAS DO SUS, NO MUNICÍPIO DE DOURADOS – MATO GROSSO DO SUL.** Dissertação (Mestrado) – Universidade de

Brasília/ Centro Universitário da Grande Dourado, Brasília, 2006. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=32144102>. Acesso em: 3 mai. 2010.

51. VIEIRA, G. F; ZOCRATTO, K. B. F. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal.

RFO, v. 12, n. 2, p. 27-31, maio/agosto 2007. Disponível em: <http://bases.bireme.br/>. Acesso em: 5 mai. 2010.

52. VOKURKA, V. L.; EDUARDO, M. A. P. Odontologia Intra-Uterina: o começo de tudo. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 5, n. 3, Abril/Maio1997. Entrevista.

53. WELGATCH, M. K. M.; SAMALEA, D. M. V. Atenção odontológica às gestantes na Estratégia de Saúde da Família. **Rev de divulg téc-científ do ICPG**, v.3, n.12: p. 73-9, 2008.

54. ZACHARIASEN, R. D. The effect of elevated ovarian hormones on periodontal health: oral contraceptives and pregnancy. **Women Health**, v.20, n.2: p. 21-30, jun. 1993.