

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TATIANA MARA PEREIRA ABIBI SOARES URIAS**

**ESF BOA ESPERANÇA, SAÚDE BUCAL E GESTANTE: UMA  
REALIDADE A SER MUDADA**

**CAMPOS GERAIS – MG**

**2013**

TATIANA MARA PEREIRA ABIBI SOARES URIAS

**ESF BOA ESPERANÇA, SAÚDE BUCAL E GESTANTE: UMA  
REALIDADE A SER MUDADA**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

CAMPOS GERAIS – MG

2013

TATIANA MARA PEREIRA ABIBI SOARES URIAS

**ESF BOA ESPERANÇA, SAÚDE BUCAL E GESTANTE: UMA  
REALIDADE A SER MUDADA**

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

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – Orientador

Prof. Andréa Clemente Palmier - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 07 / 12 / 2013

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a Deus, eterna fonte Divina de luz, e à minha família, presença fraterna na rotina cotidiana, me acalmando com desígnios de amor, carinho e atenção.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo dom da vida, por me orientar, acompanhar e mostrar o caminho a trilhar..

Aos meus **pais** pela educação, amor, atenção, incentivo e ensinamentos a mim dispensados.

Ao meu **esposo** Rodrigo pelo companheirismo, cumplicidade, respeito, atenção, amizade, apoio e incentivo na busca de meus ideais e pelo grande amor que nos une.

Às minhas **filhas** Sophia e Maria Carolina, a minha razão de vida, por todo amor e carinho a vocês.

Aos meus **colegas** de trabalho pelo companheirismo, pelo desenvolvimento deste trabalho, e por compartilhar comigo vários momentos.

Ao meu **orientador** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena pela paciência e colaboração.

Enfim, a **todos** que de uma maneira ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho.

“O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que elas acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis,”

*Fernando Pessoa*

## RESUMO

A gravidez é um período de muitas mudanças no organismo da mulher, necessitando de atenção em saúde de forma especial e prioritária, principalmente com relação à saúde bucal, pois quadros de alterações bucais poderão ser agravados durante a gestação caso não haja conhecimento e cuidados com a saúde bucal por parte da gestante. A falta de informação sobre a importância da saúde bucal na gestação, assim como a existência de mitos e crenças que cercam a assistência odontológica às gestantes, dificultam o acesso aos serviços de saúde bucal. Diante da dificuldade em oferecer uma adequada atenção em saúde bucal às gestantes, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com o intuito de aprimorar o conhecimento sobre o assunto, embasando teoricamente a elaboração de um plano de intervenção para melhorar e/ou adequar a assistência voltada à saúde bucal das gestantes, sendo o objetivo principal deste estudo. Foram utilizados os descritores de ciências da saúde: gestantes, saúde bucal e planejamento em saúde, em bases de dados científicas: Biblioteca Virtual de Saúde, LILACS, SCIELO. Foram selecionados artigos publicados a partir do ano 1997 e que abordassem o tema proposto. Também foram consultados os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e a Biblioteca Virtual do Nescon/Programa Ágora. Concluiu-se que a valorização do trabalho multiprofissional e mudanças no processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família são primordiais para garantir uma atenção integral, universal e igualitária às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal das gestantes.

**Palavras-chave:** Gestantes. Saúde bucal. Planejamento em saúde.

## ABSTRACT

Pregnancy is a time of many changes in a woman's body, requiring health care so special and priority, especially in relation to oral health because frames oral changes may be aggravated during pregnancy if there is no know ledge and care oral health on the part of the mother. The lack of information about the importance of oral health during pregnancy, as well as the existence of myths and beliefs surrounding dental care to pregnant women, hinder access to oral health services. Given the difficulty in providing adequate oral health care to pregnant women, a literature search was performed, in or der to improve know ledge on the subject , basing theoretically the preparation of an action plan to improve and / or adequate assistance focused on the oral health of pregnant women , with the main objective of this study . We used the descriptors health sciences: pregnant, oral health and health planning in scientific data bases: Virtual Health Library, LILACS, SCIELO. Articles published from 1997 which addressed the theme. Were also consulted modules Specialization Course in Primary Care and Family Health Virtual Library Nescon – Program Agora. It is concluded that the appreciation of the multi and changes in the work process of the Family Health Team is paramount to ensure comprehensive care, universal and equal to prevention, promotion and restoration of oral health of pregnant women.

**Keywords:** Pregnant. Oral health. Health planning.



## **LISTA DE QUADROS**

|  |    |
|--|----|
| <b>QUADRO 1:</b> Plano operativo para o problema Baixa Atenção em Saúde Bucal às gestantes da ESF Boa Esperança em Alfenas/MG..... | 38 |
|--|----|

## **LISTA DE FIGURAS**

|  |    |
|--|----|
| <b>FIGURA 1:</b> Explicação do problema Baixa Atenção em Saúde Bucal às gestantes..... | 31 |
| <b>FIGURA 2:</b> Seleção dos “nós- críticos”.....                                      | 32 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS** - Agentes comunitários de saúde

**ASB** - Auxiliar de saúde bucal

**BVS** - Biblioteca Virtual de Saúde

**CD** - Cirurgião dentista

**CEABSF** - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**CEMEI** - Centro Municipal de Educação Infantil

**ESB** - Equipe de Saúde Bucal

**ESF** - Equipe de Saúde da Família

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PES** - Planejamento Estratégico Situacional

**PSF** - Programa de Saúde da Família

**SIAB** - Sistema de Informação de Atenção Básica

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UFMG** - Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>13</b> |
| <b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>  | <b>18</b> |
| <b>3 OBJETIVO.....</b>   | <b>19</b> |
| <b>3.1 Objetivo geral.....</b>                                     | <b>19</b> |
| <b>3.2 Objetivos específicos.....</b>                              | <b>19</b> |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                | <b>21</b> |
| <b>5.1 Importância da saúde bucal durante a gravidez.....</b>      | <b>21</b> |
| <b>5.2 Alterações bucais e a gestação.....</b>                     | <b>23</b> |
| <b>5.3 A gestante e o tratamento odontológico.....</b>             | <b>25</b> |
| <b>5.4 Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal.....</b> | <b>27</b> |
| <b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>                                 | <b>31</b> |
| <b>6.1 Objetivos do plano.....</b>                                 | <b>32</b> |
| <b>6.2 Ações a serem desenvolvidas.....</b>                        | <b>33</b> |
| <b>6.3 Resultados esperados.....</b>                               | <b>34</b> |
| <b>6.4 Pessoas responsáveis pelas ações.....</b>                   | <b>34</b> |
| <b>6.5 Recursos necessários.....</b>                               | <b>35</b> |
| <b>6.6 Cronograma de execução.....</b>                             | <b>37</b> |
| <b>6.7 Acompanhamento e avaliação.....</b>                         | <b>38</b> |
| <b>6.8 Plano operativo.....</b>                                    | <b>38</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                 | <b>42</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>44</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento único na vida de uma mulher (GIGLIO *et al.*, 2009). É um período especial, no qual ocorrem alterações de ordem fisiológica, anatômica, psicológica e hormonal, requerendo, portanto, cuidados diferenciados. Normalmente ela está muito sensível e se preocupa mais com qualquer intervenção em seu corpo.

Durante a gravidez algumas mães têm seu risco à cárie aumentado (MONTANDON *et al.*, 2001). Isto se deve a um desequilíbrio no pH total da saliva, que pode atingir o esmalte e dentina. Esse aumento depende de alguns fatores tais como: quantidade de microorganismos cariogênicos, ingestão mais frequente de carboidratos e maior ocorrência de vômitos. Estas alterações levam à dissolução dos sais de cálcio da estrutura dentária (SPOSTO *et al.*, 1997).

A gengivite também está presente nas gestantes e é uma inflamação limitada aos tecidos moles que circundam os dentes. Segundo Figuero-Ruiz, Prieto e Bascones-Marinez (2006) um aumento da resposta inflamatória aos irritantes locais é atribuído aos hormônios estrógeno e progesterona, podendo determinar o aparecimento da gengivite gravídica, que evolui com a gravidez e costuma ser mais intensa no terceiro trimestre gestacional. Ela pode ser controlada pela diminuição da placa e de outros fatores irritantes.

As gestantes são consideradas pacientes especiais devido a pertencerem a um grupo de risco para doenças bucais, e também pelo fato de apresentarem alterações físicas, biológicas e hormonais que criam condições contrárias ao seu meio bucal.

A paciente grávida necessita de maior atenção odontológica, devendo ser encorajada a cuidar da sua higiene bucal e a consultar o dentista ao menos uma vez a cada trimestre, bem como ter o seu consumo de açúcar orientado, visto que a dieta é uma das únicas e poucas variáveis da etiologia da cárie dentária que um indivíduo pode modificar (KLOETZEL; HUEBNER; MILGROM, 2011).

A conquista da saúde bucal ideal em mulheres grávidas, no entanto, foi prejudicada no passado por mitos que cercam a segurança de atendimento odontológico durante a gravidez. Muitas mulheres também não tem acesso à assistência odontológica, o que interfere na possibilidade de receber tratamento bucal durante a gravidez (BERTOLINE; NIERO;

POMILIO, 2007). Cabe aos profissionais da saúde dar as informações necessárias para mudar este quadro.

O atendimento odontológico durante a gestação deveria ser parte integrante do atendimento pré-natal. A maior parte dos serviços de assistência pré-natal não possui uma integração efetiva com setores odontológicos, o que torna difícil o encaminhamento de gestantes com necessidades deste tipo de tratamento.

Isto se deve à resistência da própria paciente devido aos preconceitos relacionados ao seu estado de grávida, preconceito de alguns odontólogos e a falta de assistência odontológica em grande parte de entidades de assistência pré-natal. E, segundo Tirelli (2004), médicos obstetras também não incluem em sua anamnese questões referentes à saúde bucal não inspecionam a cavidade oral de suas pacientes e não orientam a procurarem cuidados odontológicos.

A importância do pré-natal odontológico inclui ações como a de desmistificar crenças e preocupações sobre a gravidez e o tratamento odontológico, conscientizar a respeito dos problemas bucais, orientar a importância do controle da placa, o uso do flúor, bem como cuidados com o futuro bebê. O acompanhamento odontológico no pré-natal permite a identificação de riscos à saúde bucal, avaliação da necessidade do tratamento curativo e a realização de ações de natureza educativo-preventivas (REIS *et al.*, 2010). Mas para que a Equipe de Saúde Bucal (ESB) de uma Unidade de Saúde consiga cumprir sua meta, é necessária uma interação multidisciplinar das diversas áreas da saúde.

As práticas de atenção à gestante nos serviços de saúde contemplam muito pouco a questão da saúde bucal e do tratamento odontológico durante a gravidez. Essa questão tem pouca prioridade entre os profissionais e a clientela do pré-natal, não fazendo parte da cultura dos cuidados à gestante. Os cuidados odontológicos são vistos como uma atividade à parte, e não se pensa o profissional dentista como parte da equipe multiprofissional do pré-natal. A atenção odontológica no período da gestação é limitada, tanto no sentido de oferta (poucos serviços especializados, poucas vagas) como pelo pouco estímulo ao tratamento, por parte dos profissionais médicos, dentistas e das redes sociais das gestantes (LEAL; JANNOTTI, 2009).

Para conhecer melhor a realidade da área de abrangência onde se atua, seus principais problemas de saúde, suas causas e consequências, é necessário coletar informações importantes, com a participação de toda a equipe de saúde e, sempre que possível, envolver

peças da comunidade, para, então, realizar a elaboração do diagnóstico situacional da referida área de abrangência (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Durante o módulo “Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde” do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi realizado o diagnóstico situacional da Equipe de Saúde da Família (ESF) Boa Esperança em Alfenas/MG, com dados referentes ao ano de 2011, de Janeiro a Setembro, revelando seus problemas de saúde mais importantes. Diante deste diagnóstico, constatou-se a pequena procura, por parte das gestantes da área de abrangência, ao serviço odontológico, mesmo sendo ofertado diariamente este serviço na unidade de saúde.

Portanto, este trabalho tem por objetivo elaborar propostas de intervenção para melhorar a atenção à saúde bucal das gestantes da área de abrangência da ESF Boa Esperança em Alfenas/MG, com uma assistência comprometida com seu bem estar e sua qualidade de vida, embasada nos preceitos da promoção e prevenção da saúde.

### **Conhecendo a ESF Boa Esperança em Alfenas/MG**

O Município de Alfenas situa-se no sul do Estado de Minas Gerais, possui uma população de aproximadamente 75.000 habitantes, sendo esta predominantemente urbana (93,8%) e conta com 12 Equipes de saúde da família e 06 Unidades básicas de saúde convencionais para a população não coberta pelas ESF. Uma destas equipes de saúde da família é a situada no bairro Jardim Boa Esperança.

O bairro surgiu devido ao crescimento da cidade, no local onde existia uma fazenda. É um bairro novo, com uma infraestrutura adequada, sendo que a maioria dos moradores é adulta, jovens e economicamente ativos. Há vários tipos de comércio no bairro, como lojas, supermercados, açougues, padarias, oficinas mecânicas, posto de gasolina, farmácia, salão de cabeleireiro, bares, academias entre outros. Ainda possui uma fábrica grande de peças de moto e uma ótima loja de materiais de construção, que empregam vários moradores locais. Recentemente foi inaugurada uma creche (Centro Municipal de Educação Infantil – CEMEI “Ipê Amarelo”) para crianças de 8 meses até 4 anos.

A ESF Boa Esperança foi implantada em 2002, juntamente com outra ESF e somente em 2006 a equipe foi desmembrada e adquiriu novas instalações. Em 2011, a população adscrita é de aproximadamente 3717 moradores, em um total de 1075 famílias. A área de

abrangência foi dividida em sete microáreas e a unidade de saúde está localizada em uma área central do bairro. É uma casa alugada, onde foram realizadas algumas modificações para suprir as necessidades, mas as salas ainda são poucas para todos os profissionais da equipe. Na parte superior da casa tem um consultório de clínica médica, um consultório com banheiro para ginecologia e demais atendimentos (profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)), uma sala de procedimentos, uma recepção e um banheiro. Na parte inferior, estão a farmácia, o consultório odontológico, um banheiro e a cozinha, que é também a sala dos agentes comunitários de saúde (ACS) e onde são realizadas as reuniões da equipe. As reuniões com a comunidade e outros eventos e atividades são realizados no quintal da unidade, em uma área ampla, porém sem cobertura, dificultando em dias de muito sol ou chuva. A sala de espera fica em uma pequena área na entrada da casa.

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, sete ACS, uma ESB (uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal (ASB)). Conta também com a assistência da equipe do NASF e uma fisioterapeuta, além do apoio de uma recepcionista, uma atendente de farmácia e uma auxiliar de serviços gerais. A unidade funciona das 7 às 11 horas e das 13 às 17 horas, um ponto negativo para uma parte da população que trabalha no mesmo horário ofertado.

Segundo os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e registros da ficha-A, 49,36% da população é masculina e 50,63% é feminina, sendo que 49,55% possuem faixa etária de 20 a 49 anos. A grande maioria da população está empregada nas empresas locais, no comércio local e também em outras empresas da cidade, alguns trabalham durante a colheita de café. No geral, a população é economicamente ativa. Aproximadamente 15% da população possuem plano de saúde e os demais utilizam o SUS, 85%. Atualmente não existe uma associação de bairro, prejudicando as reivindicações da população. Segundo o grau de alfabetização da população, 97,94% das pessoas de 15 anos e mais são alfabetizadas.

Nesta comunidade, 100% das casas são de tijolo/adobe, com acesso à energia elétrica. O lixo é coletado três vezes por semana com destino ao aterro sanitário. De acordo com os dados, 100% das casas possuem abastecimento de água tratada da Copasa e 96,62% possuem rede de esgoto sanitário. Quase todas as ruas são asfaltadas. O córrego que divide o bairro foi canalizado e será construída uma área de lazer no local. Com frequência, os agentes de endemias fazem um trabalho de educação e orientação sobre a dengue de casa em casa e também nos terrenos baldios.



O maior problema de morbidade referida se encontra nas condições crônicas como diabetes e hipertensão, também há grande número de depressão e tabagismo entre a população. Observou-se, através dos indicadores de cobertura, que apesar de 100% das gestantes serem acompanhadas mensalmente pelos ACS nas visitas domiciliares, é muito pequeno o número de gestantes que procuram a ESB da unidade, sugerindo uma maior capacitação dos profissionais em contato com estas gestantes para melhor aconselhá-las sobre a importância do acompanhamento odontológico durante o pré-natal, encaminhando-as para a ESB. Também foi observado, durante a realização do levantamento da produção da equipe, que poucas gestantes realizam o pré-natal na unidade de saúde, prejudicando ainda mais o contato da ESB com estas gestantes, uma vez que as mesmas quase não frequentam a unidade. Sugere-se, então, uma busca ativa através das visitas domiciliares pela ESB, pois estas propiciam importante aproximação com a família, seus membros e suas condições básicas de vida, auxiliando no planejamento e implementação de ações pela ESB, além de ser uma forma de acolhimento, permitindo a criação do vínculo entre a equipe e a gestante. (FARIA *et al.*, 2010).

Os principais problemas identificados na área de abrangência com o diagnóstico situacional foram: falta de opções de lazer; acúmulo de matos e lixos nos terrenos baldios; sinalização de trânsito insatisfatória; violência, falta de segurança e drogas; grande número de hipertensos; risco cardiovascular aumentado; cárie dentária e doença periodontal; baixa adesão da população aos trabalhos desenvolvidos pela ESF (em especial as gestantes); alto número de pessoas com problemas psicossomáticos; risco de proliferação de *Aedys*..

Para a elaboração do diagnóstico situacional, os dados foram coletados pela própria equipe, através das fichas de cadastro das famílias da área de abrangência, registros do SIAB, entrevistas e observação ativa. O problema priorizado para o presente trabalho foi a baixa adesão das gestantes aos serviços de atenção à saúde bucal, devido à importância dos cuidados com saúde bucal neste período, conscientizando as futuras mães sobre a adoção de hábitos capazes de prevenir e/ou controlar doenças como a cárie e a doença periodontal e qualificá-las para práticas em saúde bucal para passarem também a exercerem a função de promotoras de saúde. As ações voltadas para este grupo auxiliam na construção de novos hábitos e modificação de antigos costumes, seja no ambiente familiar ou coletivo, garantindo uma melhor qualidade de vida a todos. (MOURA; MOURA; TOLEDO, 2007).

## 2 JUSTIFICATIVA

É importante salientar que para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definição de saúde é “um estado de completo bem estar físico, mental e social, não apenas a ausência de enfermidades”. Acredita-se que toda mulher ao engravidar deveria ter o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, com a presença do cirurgião-dentista no grupo (BATISTELA *et al.*, 2006).

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população/comunidade está inserida e também a forma como estão organizados os serviços e as rotinas das unidades básicas de saúde e das equipes de PSF (CASTRO; ALMEIDA, 2010).

O interesse pelo tema surgiu pela dificuldade da ESB em oferecer uma assistência de qualidade, integral e igualitária às gestantes da ESF Boa Esperança. Diante de novos conhecimentos, a equipe poderá propor estratégias para melhorar o acesso e assistência às gestantes, facilitando a organização e planejamento das atividades da ESB.

Este estudo torna-se necessário, pois permitirá novos conhecimentos que contribuirão para um melhor desempenho profissional, amenizando ou até solucionando o problema da baixa atenção em saúde bucal às gestantes da área de abrangência. E, por acreditar que a saúde começa pela boca e por saber que a gravidez provoca alterações no organismo da mulher, inclusive na cavidade bucal, que se justifica o presente trabalho.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

O objetivo do presente trabalho é elaborar propostas de intervenção para adequar e/ou melhorar a atenção à saúde bucal das gestantes da área de abrangência da ESF Boa Esperança em Alfenas/MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar pesquisa bibliográfica sobre saúde bucal das gestantes;
- Sensibilizar as gestantes sobre a importância de sua saúde bucal e de seu bebê;
- Destacar a importância do trabalho multidisciplinar nas ações de promoção e prevenção à saúde bucal;
- Garantir o acesso das gestantes ao serviço odontológico, oferecendo assistência integral, igualitária e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

## 4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho algumas etapas foram seguidas:

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da ESF Boa Esperança em Alfenas/MG, em 2011, com base no método da Estimativa Rápida, que “constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.38). Com o diagnóstico, foram identificados os problemas mais relevantes da área de abrangência e priorizado o problema de baixa assistência em saúde bucal às gestantes cadastradas.

A revisão bibliográfica foi realizada por meio de artigos encontrados em bases de dados científicas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), LILACS, SCIELO e Google Acadêmico, utilizando os descritores de ciências da saúde: “gestantes”, “saúde bucal”, “planejamento em saúde”. Foram selecionados artigos publicados a partir do ano 1997 e que abordassem o tema proposto. Também foram consultados os módulos do CEABSF e a Biblioteca Virtual do Nescon– Programa Ágora, entre outras fontes, como livros, periódicos, revistas e linhas-guia.

Enfim, foi elaborado um plano de intervenção para melhorar a atenção em saúde bucal às gestantes, seguindo o conteúdo estudado no módulo de “Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde” do CEABSF, baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que consiste em identificar, priorizar e analisar os problemas através de um processo participativo; elaborar propostas de solução para o enfrentamento dos problemas; analisar e construir viabilidade para as propostas de solução, criando estratégias para que os objetivos sejam alcançados; execução do plano, em que são definidos e implementados o modelo de gestão e instrumentos para acompanhamento e avaliação do plano.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Importância da saúde bucal durante a gravidez

A gravidez é uma condição sistêmica onde ocorrem mudanças fisiológicas múltiplas no organismo, destinadas a prepará-lo para o parto e amamentação (ANDRADE, 2006), alterações bucais (OLIVEIRA *et al.*, 2006). Tudo isto impõe ao profissional dentista conhecer sobre essas alterações sistêmicas para uma abordagem diferenciada (MINAS GERAIS, 2007).

Orientações quanto à saúde bucal durante o período gestacional são de extrema importância, visto que, durante a gravidez, as mulheres estão ávidas a receber novos conhecimentos e receptivas às mudanças de determinados padrões que possam ter consequências positivas sobre a saúde do bebê (KONISHI; KONISHI, 2002; RUSSELL; MAYBERRY, 2008). Dessa forma, a gravidez é uma época oportuna para desmistificar algumas crenças e preocupações sobre o tratamento odontológico, informar sobre a importância do controle do biofilme dentário e de uma dieta adequada, conscientizar sobre as possíveis alterações bucais que possam ocorrer durante a gestação e o que pode ser feito para preveni-las (POZO, 2001; KONISHI; ABREU-E-LIMA, 2002). É imperioso que a relação do trinômio médico/dentista/ paciente redefina os padrões de atendimento em um contato preventivo amplo, com vistas à promoção da saúde. Para tanto, deve-se estabelecer o intercâmbio de informações, buscando desenvolver um atendimento de qualidade à gestante e ao bebê (MOREIRA; CHAVES; NÓBREGA, 2004).

Os médicos ginecologistas são os profissionais que estão constantemente em contato com as gestantes e exercem um grande poder de influência sobre as mesmas (KONISHI; ABREU-E-LIMA, 2002). Menolli e Frossard (1997) realizaram uma pesquisa com 69 médicos ginecologistas/obstetras da cidade de Londrina-PR com o objetivo de estabelecer o perfil dos profissionais com relação à saúde bucal das gestantes. Os resultados demonstraram que 81,9% dos médicos davam orientação quanto à saúde bucal às suas pacientes, apesar de apenas 8,2% indicarem a ida regular ao cirurgião-dentista e 21,3% recomendarem a visita somente quando estas acharem necessário.

Por outro lado, a literatura reporta que ainda são poucas as gestantes com acesso a essas orientações. Santos Pinto *et al.* (2001) ao avaliarem o conhecimento relacionado à saúde

bucal de 237 gestantes da cidade de Araraquara-SP, constataram que apenas 33% receberam orientações sobre como manter sua saúde bucal, sendo o cirurgião-dentista o principal divulgador (37,3%). Em pesquisa realizada por Martins e Martins (2002), das gestantes que aguardavam atendimento médico em núcleos de saúde pública da cidade de Anápolis-GO, apenas 37,5% haviam recebido tais informações. Araújo *et al.* (2005) relataram em seu estudo que apenas 16% das gestantes haviam recebido orientação odontológica preventiva.

Batistella *et al.* (2006) conforme as respostas encontradas em seu trabalho quanto ao fato de terem recebido orientações sobre saúde bucal, houve associação com o local onde realizaram o pré-natal, com gestantes do Sistema Único de Saúde (SUS) recebendo menos informações. O número de informações passadas pelo dentista e pelo médico também foi menor do que o esperado. 64,4% das respostas das gestantes do SUS mostram que não receberam informações sobre o assunto, e das que receberam, 15,8% foram passadas por dentista. Na clínica privada 47,2% das respostas das gestantes também mostram que não receberam orientações, e das que receberam 34,9% foram passadas pelo dentista.

Morgan *et al.* (2009) ao entrevistarem 351 obstetras e ginecologistas verificaram que a maioria concorda que o atendimento odontológico de rotina durante a gravidez é importante (84%). Ainda assim a maioria raramente pergunta a seus pacientes se elas têm retornado recentemente ao dentista (73%), pouco mais da metade pergunta sobre saúde bucal (54%), ou fornece informações sobre higiene bucal (69%). Mais de um terço (38%) não aconselha os pacientes a consultar um dentista para a profilaxia de rotina e 80% deles relatam que não tinha pensado sobre isso.

Kloetzel, Huebner e Milgrom (2011) concluíram que o aumento da comunicação interprofissional para encorajar dentistas a tratarem mulheres grávidas reduzirá o número de mulheres sem cuidado. Prestadores de saúde da mulher devem compreender a importância de proteger a saúde bucal durante a gravidez e educar seus pacientes em conformidade.

Seda e Douglas (2008) afirmam que toda mulher grávida deve ser rastreada para riscos bucais, aconselhadas sobre saúde bucal adequada, e encaminhados para tratamento odontológico, quando necessário. E, segundo Abiola *et al* (2011), há uma necessidade de proporcionar educação em saúde bucal para gestantes atendidas durante o pré-natal, a fim de destacar a importância de uma boa saúde bucal para a boa saúde da mãe e bebê.

Segundo Abiola *et al* (2011), também as relações evidentes entre saúde bucal e geral tanto da mãe como da criança, cuidados de saúde bucal devem ser um objetivo para todos os indivíduos. A gravidez oferece uma oportunidade para educar as mulheres sobre saúde bucal e tratá-las quando necessário.

Segundo Monteiro *et al.* (2012), a maior porcentagem da amostra, 47 pacientes (62,6%) referiram não terem recebido orientação em relação a alterações bucais. Além disso, verificou-se que pontos importantes no que se refere aos cuidados odontológicos preventivos que deveriam ser realizados pelo grupo são insatisfatórios.

Segundo Leal e Janotti (2009), a literatura sobre essa temática corrobora a ideia de que as gestantes devem ser consideradas um grupo populacional prioritário para a atenção odontológica, por que:

- Podem apresentar problemas bucais próprios do período gestacional, relacionados a alterações hormonais, como a gengivite gravídica;
- Tem necessidades acumuladas que podem comprometer a saúde materna e da criança, como demonstram estudos científicos que apontam a associação entre a doença periodontal e a prematuridade e o baixo peso ao nascer e a transmissão vertical de bactérias periodontais e da cárie;
- São multiplicadoras de atitudes na rede familiar, influenciando os hábitos alimentares e de higiene da família;
- É um grupo de fácil acesso por estarem frequentando sistematicamente os serviços de saúde com uma periodicidade programada – o que é facilitador importante, e não abordá-las seria uma oportunidade perdida.

## **5.2 Alterações bucais e a gestação**

Durante o período gestacional, as mulheres frequentemente apresentam certa resistência frente ao tratamento odontológico, por muitas vezes, acreditarem em diversos mitos e crendices associados à gravidez (MAEDA; TOLEDO; PANDOLFI, 2001; CODATO; NAKAMA; MELCHIOR, 2008). As futuras mães relatam receio de que o atendimento odontológico possa trazer algum tipo de risco para a vida do bebê. No entanto, muitas delas reconhecem que a gestação possa implicar alguns problemas bucais, como a cárie e a gengivite (LIVINGSTON; DELLINGER; HOLDER, 1998; MARTINS; MARTINS, 2002).

Segundo Rackchanok *et al.* (2010), mulheres grávidas são 2,9 vezes mais propensas a sofrer de cárie dentária e 2,2 vezes mais de gengivite em comparação com mulheres não-grávidas. Má higiene bucal, falta de conhecimento, aumento da frequência de ingestão de alimentos açucarados e maus hábitos de higiene bucal são fatores de risco importantes para a cárie dentária. De acordo com Moimaz *et al.* (2010), a gestante pode ser considerada uma paciente com risco temporário, maior que o normal, para doenças periodontais, porém a gravidez não causa gengivite, apenas agrava uma condição pré-existente.

Em relação à cárie dentária e hábitos dietéticos predisponentes a esta condição, foi desenvolvido um trabalho avaliando-se seus fatores de risco em 34 gestantes de Curitiba no ano de 2003. Entre a amostra, 56% apresentavam a cárie dentária, 44% possuíam uma higiene dental deficiente, 56% não usavam fio dental, 77% apresentavam uma baixa frequência de visitas odontológicas, 100% empregavam o açúcar para adoçar os alimentos e 53% apresentavam uma alta ingestão deste nutriente (MELO *et al.*, 2007). Nota-se a importância de mudanças de hábitos alimentares durante a gestação, uma vez que estes estão diretamente relacionados ao desenvolvimento da cárie dentária e poderão também influenciar na educação dos hábitos dos filhos e transmissão da doença para o bebê. Os pais exercem papel de espelho na vida dos filhos.

Vogt *et al.* (2012) concluíram que a prevalência de doença periodontal está significativamente associada a maior idade materna, obesidade, má higiene bucal e maior idade gestacional. Para Monteiro *et al.* (2012), em seu trabalho, os maiores índices de sangramento gengival em relação a idade gestacional foram relatados no segundo (48%) e terceiro (44%) trimestres de gestação. Na gestação, fatores como as alterações da composição da placa subgengival, concentração dos hormônios sexuais e resposta imunológica podem influenciar a resposta do periodonto, e em gestantes com precário controle da placa bacteriana, o quadro clínico para doença periodontal poderá ser agravado (MOIMAZ *et al.*, 2010).

Em Araçatuba, no período de 1999 a 2003, o total de gestantes atendidas por um programa específico para o grupo (n= 315) foi analisado em relação à sua condição periodontal. Os índices empregados foram: o Índice Periodontal Comunitário e o índice de Perda de Inserção. Os resultados foram bastante preocupantes, pois 86,7% da amostra apresentaram sinais da doença, 40,7% possuíam bolsas periodontais com profundidades iguais



ou superiores a 4mm. Em relação à perda de inserção, 26,34% da amostra possuíam perdas superiores a 4mm. A gengivite foi o problema mais prevalente (MOIMAZ *et al.*, 2006).

Pesquisas sugerem uma relação entre a doença periodontal e a ocorrência de parto prematuro e de bebês com baixo peso ao nascer, o que reforça a importância da educação em saúde bucal para a realização de controle de placa pela gestante, assim como a sua priorização para avaliação de risco pelo cirurgião dentista (CD). Essa priorização para diagnóstico de presença de doença periodontal ativa e encaminhamento para tratamento tem como finalidade evitar complicações na gestação em função de condições bucais (MINAS GERAIS, 2007, p.178).

Os hormônios sexuais femininos têm um importante papel na progressão das alterações periodontais. Os tecidos periodontais tornam-se susceptíveis a mudanças inflamatórias induzidas por placa dentária diante de alterações hormonais, como o aumento do nível de estrógeno e progesterona durante a gestação (BOSCO *et al.*, 2004). A gengivite gravídica é caracterizada por uma resposta exacerbada à presença de placa dentária e sua prevalência varia entre 35 e 100% das gestantes (FIGUERO-RUIZ; PRIETO; BASCONES-MARTÍNEZ, 2006). Esta condição periodontal é clinicamente semelhante a uma gengivite induzida por placa, com gengiva de coloração avermelhada, edemaciada, com sangramento ao simples toque ou durante a escovação. Pode ser prevenida e desaparecer alguns meses após o parto desde que os irritantes locais sejam eliminados mediante a remoção do biofilme bacteriano por meio de uma boa higiene bucal ou profilaxia profissional (SARTORIO; MACHADO, 2002). O tumor gravídico é uma lesão benigna que surge geralmente no primeiro trimestre da gestação, resultante de agressões repetitivas, micro-traumatismo e irritação local sobre a mucosa gengival. Apresenta características semelhantes ao granuloma piogênico (NEVILLE *et al.*, 2004) e ocorre preferencialmente na região anterior da maxila, por vestibular (SILVA-SOUZA *et al.*, 2000). A remoção cirúrgica é indicada nos casos em que houver interferência na mastigação, na execução da higiene bucal ou em situações de ulceração; caso contrário os irritantes locais devem ser removidos e o tumor preservado até o pós-parto, quando normalmente ocorre sua redução espontânea (SIGLE, 1997).

### **5.3 A gestante e o tratamento odontológico**

Nenhuma necessidade de atendimento odontológico deveria ser negligenciada por medo de colocar em risco a sua saúde bucal ou a do bebê. O fato de a mulher estar grávida não impede a maioria dos procedimentos odontológicos de rotina. A manutenção de boa saúde bucal pode influenciar positivamente, tanto na saúde geral da mãe quanto da criança.

Embora o atendimento odontológico em gestantes seja seguro, principalmente no segundo e terceiro trimestre da gravidez, um bom entrosamento entre profissionais que acompanham o pré-natal é muito importante, auxiliando o cirurgião dentista e toda a equipe a decidir os melhores períodos de intervenção e quais procedimentos podem ser realizados com segurança, ou mesmo certificar-se sobre a segurança do uso de medicamentos em cada fase da gestação que a paciente se encontra (RITTER; SOUTHERLAND, 2007).

O receio por parte dos cirurgiões-dentistas em atender pacientes grávidas, muitas vezes, se sobrepõe às necessidades de tratamento, prejudicando-as. A postergação do atendimento até o nascimento do bebê, ao invés de sanar o problema odontológico ao ser diagnosticado, pode ocasionar um dano maior em função do desenvolvimento da doença.

Apesar de a prevenção ser priorizada, quando houver necessidade curativa, o tratamento deve ser instituído, uma vez que os problemas da cavidade bucal podem ter influência tanto para a mãe quanto para o feto, especialmente quando se compromete a nutrição e contribui-se para a infecção e disseminação de patógenos no sangue (LIVINGSTON; DELLINGER; HOLDER, 1998). O período ideal e mais seguro para o tratamento odontológico é durante o segundo trimestre da gestação. No entanto, os casos que necessitam tratamento de urgência devem ser solucionados sempre, independentemente do período gestacional (ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987).

A maioria dos procedimentos odontológicos pode ser realizada durante a gravidez, observando-se alguns cuidados: planejar sessões curtas, adequar a posição da cadeira e evitar consultas matinais, já que neste período as gestantes têm mais ânsia de vômito e risco de hipoglicemia (ROTHWELL; GREGORY; SHELLER, 1987). Exodontias não complicadas, tratamentos periodontal e endodôntico, restaurações dentárias, instalação de próteses e outros tipos de procedimentos devem ser realizados com segurança, de preferência no segundo trimestre. Tratamentos seletivos como as reabilitações bucais extensas e as cirurgias mais invasivas podem ser programadas para o período de pós-parto (POZO, 2001).

O exame radiográfico deve ser realizado, quando realmente necessário, em qualquer trimestre da gestação, pois, desde que medidas protetoras sejam tomadas (uso de filmes ultrarrápidos e avental de chumbo) uma exposição radiográfica não afeta o desenvolvimento fetal (POZO, 2001). É necessário uma exposição de 5 rads para existir a possibilidade de má-formação ou aborto espontâneo, sendo que uma tomada radiográfica intrabucal equivale a

0,01 milirads de radiação, menos que a radiação cósmica adquirida diariamente (WASYLKO *et al.*, 1998).

Ainda prevalece a crença de que gestantes não podem submeter-se à anestesia local, principalmente se os agentes anestésicos apresentarem vasoconstritor. No entanto, este tipo de anestesia é considerado seguro, desde que o profissional tenha conhecimento de quais substâncias medicamentosas utilizar (WASYLKO *et al.*, 1998). A solução anestésica local que apresenta maior segurança em gestantes é a lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, respeitando-se o limite máximo de dois tubetes anestésicos (3,6ml) por sessão, procedendo sempre injeção lenta da solução (ANDRADE, 1999).

Outro ponto bastante questionado na Odontologia é sobre a prescrição de fluoretos em gestantes. O conhecimento atual sobre o mecanismo de ação do fluoreto indica que seu efeito é predominantemente tópico, ocorrendo principalmente na interface placa/esmalte, através da remineralização de lesões de cárie iniciais e da redução da solubilidade do esmalte dentário (FEATHERSTONE, 1999; RAMIRES; PESSAN; BUZALAF, 2008). Portanto, a prescrição de medicamentos fluoretados no período pré-natal não traz nenhum benefício que justifique sua indicação.

#### **5.4 Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal e acesso**

Com o intuito de melhorar a saúde bucal da população brasileira e mudar o modelo assistencial existente, de curativista para um modelo focado na atenção primária e prevenção das doenças, em 2001 foi incluída a odontologia nas ESF, incentivando a implantação das ESB por todo o país. Em 2006, a edição da Política Nacional de Atenção Básica, redefiniu as atribuições dos profissionais da ESB:

a)participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias, e indivíduos expostos a riscos; b) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, no domicílio e nos demais espaços comunitários; c) realizar ações de atenção integral; d) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e garantia de atendimento da demanda espontânea; e) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando um atendimento humanizado e estabelecendo o vínculo; f) encaminhar e orientar usuários a outros níveis de assistência; g) participar das ações de planejamento e avaliação das ações da equipe; h) garantir a qualidade do registro das atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB e etc (PALMIER, 2008, p.12).

A ESB deve estar atenta para executar de forma consciente todas as ações que lhe são atribuídas, principalmente com relação a grupos específicos que necessitam de atenção especial e acompanhamento continuado, entre eles o grupo das gestantes.

A odontologia deve ser ativa no sentido de participar dos grupos operativos desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde. Normalmente as ESF possuem grupos de gestantes, do qual todas as mulheres grávidas são convidadas a participar. É um bom momento para a abordagem odontológica, dessas pacientes, num ambiente multidisciplinar, onde a participante de grupo pode receber orientações diversas sobre as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez e a importância dos cuidados nessa fase. Os estabelecimentos de hábitos saudáveis e o autocuidado com a saúde bucal pela mãe levam a uma melhora também na saúde do filho, uma vez que os mesmos tendem a se espelhar nas atitudes dos pais. Ouvir as gestantes e formar discussões sobre seus anseios e preocupações em relação ao tratamento odontológico, levando em consideração as crenças, tabus e costumes que permeiam a gravidez e estão inseridos na realidade local é uma boa forma de estreitar a distância entre o profissional e a paciente, fortalecendo as relações positivas entre gravidez e atenção em saúde bucal (MINAS GERAIS, 2007).

Moimaz *et al.* (2010), em um estudo realizado em dois municípios da região de Araçatuba/SP, avaliaram a condição periodontal das gestantes dos dois municípios, sendo que um possuía Programa de Saúde da Família (PSF) em seu serviço de saúde e o outro não. Observou-se que as necessidades de tratamento periodontal não foram diferentes entre os dois municípios, apesar da presença do PSF em um deles, chegando à conclusão de que está havendo falhas no serviço de saúde. “O principal objetivo do PSF, que é a promoção de saúde, não foi devidamente alcançado, o que coloca em risco a saúde do grupo acompanhado e a qualidade do atendimento” (MOIMAZ *et al.*, 2010, p.276). Esta é, talvez, a situação em que muitos municípios se encontram, mostrando que é preciso mudar o processo de trabalho da ESF para alcançar resultados positivos. “São necessários uma melhor organização das ações na prática odontológica na estratégia de saúde da família, identificação dos grupos de risco em cada território, monitoramento das gestantes e integração dos profissionais envolvidos no pré-natal” (MOIMAZ *et al.*, 2010, p.277).

Uma das maiores dificuldades na implantação de um serviço odontológico no pré-natal advém das crenças que decorrem da associação entre gestação e odontologia. Fatores psicológicos como a emotividade, o medo e a crença, transmitidos de geração a geração,

interferem negativamente na resolutividade de necessidades odontológicas e devem ser tratados com muita atenção pelos profissionais envolvidos (CODATO *et al.*, 2008).

A ESF tem entre seus objetivos a ampliação de acesso ao serviço de saúde (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004). A dificuldade de acesso da gestante ao atendimento odontológico é preocupante, apesar de esforços nos níveis administrativos. Dificuldades de agendamento, de transporte, de falta de tempo, falta de informação, localização da unidade de saúde, absenteísmo do dentista, desconhecimento por parte das gestantes da existência do serviço gratuito são alguns dos motivos do problema (MOIMAZ *et al.*, 2010). Muitos CDs, por falta de conhecimento e informação sobre o assunto, se recusam a realizar o atendimento odontológico quando solicitados (MOIMAZ *et al.*, 2007).

Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004) afirmam que gestantes não procuram atendimento odontológico por iniciativa própria, apesar de perceberem a necessidade, pois não se sentem seguras. De acordo com o estudo realizado pelas autoras, as barreiras ao tratamento odontológico de gestantes são aquelas relacionadas à condição social de moradia e de condições de vida. Segundo as autoras, algumas barreiras ao tratamento odontológico:

- Baixa percepção de necessidade: falta de interesse; preguiça; comodismo; esquecimento; indiferença; o fato de não gostarem de dentista ou não pensarem em ir ao dentista na gravidez; baixa valorização da saúde bucal; pouca importância atribuída aos dentes; baixa apreciação dos resultados do tratamento; as crenças populares;
- Ansiedade e medo: possibilidade de sentir dor e desconforto; reprimenda por parte do dentista; barulho da turbina; da anestesia; dos instrumentos utilizados; de embarço; da sala fria; de desconforto com aspectos sensitivos como cheiro, sabor, visão dos instrumentos, refletor, uniformes, máscaras, posição da cadeira na horizontal;
- Custos: alto custo financeiro do tratamento odontológico privado; não dispor de plano de saúde.

A falta de informação gera insegurança tanto na gestante como nos profissionais, tornando primordial a introdução de métodos educacionais durante a gravidez, para substituir o medo e a ansiedade, com ajuda do CD, por meio de informações e motivação e para a

promoção da saúde bucal. Motivadas, as gestantes agirão como agentes multiplicadores de hábitos saudáveis ao bebê e a sua família. É o que deveria ser feito no serviço público e privado (MOIMAZ *et al.*, 2007).

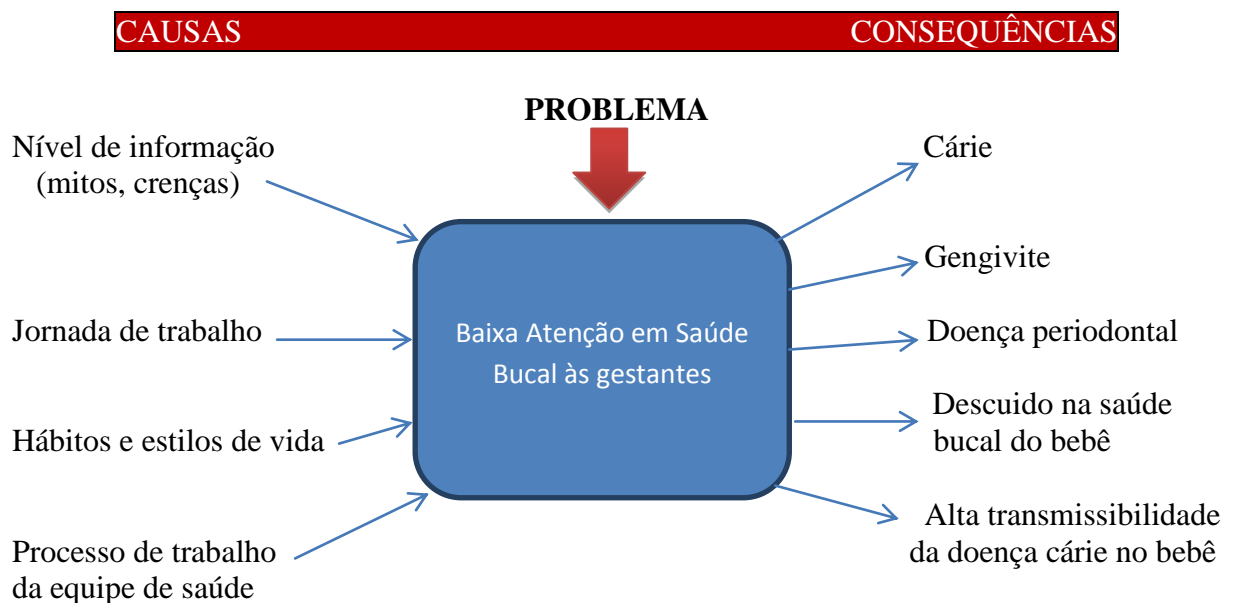
Não só as gestantes precisam de motivação, os cirurgiões-dentistas também, porque muitas vezes alguns se sentem despreparados para atender às gestantes, pois considera que elas são sempre pacientes de risco que devem ser alertadas sobre a ação preventiva da Odontologia. Assim torna-se importante a necessidade de se modificar esse discurso, inserindo maiores informações sobre o assunto nos currículos de graduação e nos meios de comunicação do profissional, a fim de se alcançar uma ampla cobertura, desmistificando-se a crença e promovendo-se o aprendizado. É necessário enfatizar a responsabilidade da Odontologia como formadora da consciência da saúde bucal nas pessoas, num contexto inserido na saúde geral, e como formadora da consciência da cidadania, enfocando-se a manutenção da saúde e a prevenção de doenças transmissíveis, investigando-se hábitos e costumes de indivíduos, para orientá-los na promoção da saúde e na prevenção de hábitos que os levam à condição de doentes (MOIMAZ *et al.*, 2007, p.41).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Através do diagnóstico situacional foram identificados os principais problemas de saúde da área de abrangência da ESF Boa Esperança e foi priorizado o problema da Baixa Atenção em Saúde Bucal às gestantes da área.

Abaixo está a explicação do problema, com suas causas e consequências:

**FIGURA 1:** Explicação do problema Baixa Atenção em Saúde Bucal às gestantes



**Fonte:** Autoria Própria (2013).

### “Nós críticos”

A identificação das causas de um problema é fundamental pois, para enfrentar um problema, estas precisam ser enfrentadas. Sendo assim, “nó crítico” é um tipo de causa que, quando enfrentada, pode ter importante impacto sobre o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A seleção dos “nós-críticos” para o problema de Baixa Atenção em Saúde Bucal às gestantes da área de abrangência da ESF Boa Esperança em Alfenas/MG será demonstrada na figura abaixo:

**FIGURA 2:** Seleção dos “nós- críticos”

**Fonte:** Aatoria Própria (2013).

### 6.1 Objetivos do Plano

A implementação do Plano de Ação para o Atendimento Odontológico a Gestantes na ESF Boa Esperança em Alfenas/MG tem como objetivo uma melhoria no quadro epidemiológico das pacientes a partir do período gestacional, inserido num contexto de saúde geral em que se possa educar, prevenir e controlar a cárie e doença periodontal destas pacientes bem como a formação de agentes multiplicadores de ações educativo-preventivas.

Os principais objetivos específicos e metas deste plano são:

- ✓ Estabelecer um programa educativo e preventivo amplo e permanente para a gestante e o bebê, com a conscientização dos pais e/ou responsáveis pela execução dos mesmos;
- ✓ Disseminar o conceito de saúde bucal como direito e cidadania, com ênfase na atenção precoce e no autocuidado, sempre quando possível;
- ✓ Manter e promover a saúde bucal através do atendimento odontológico, educando a família e profissionais da área de saúde;
- ✓ Realizar procedimentos odontológicos preventivos, curativos e restauradores;
- ✓ Sensibilizar a equipe de saúde sobre o trabalho interdisciplinar e multiprofissional;



- ✓ Promover ações políticas de saúde apontando a importância da atenção odontológica para gestantes;
- ✓ Promover estratégias de ampliação do acesso à gestante.

## 6.2 Ações a Serem Desenvolvidas

Abaixo algumas das ações propostas:

- ✓ Estruturar, implantar e coordenar o programa de atenção à saúde bucal das gestantes;
- ✓ Obter o cadastro de todas as gestantes da área de abrangência;
- ✓ Implantar grupo operativo voltado para as gestantes;
- ✓ Realizar visitas domiciliares, para acolhimento, vínculo e conhecimento da realidade vivida pela gestante, bem como para conquistar a confiança e atrair a gestante para uma atenção mais aprofundada e completa com relação à sua saúde bucal, desmistificando conceitos e crenças e fortalecendo as relações entre gravidez e atenção em saúde bucal; as visitas também poderão auxiliar na busca ativa das gestantes que realizam pré-natal em outras unidades de saúde ou particular, conseguindo cobertura de saúde bucal para gestantes de até 100% na área de abrangência, além de favorecer para realização de ações educativas e preventivas no âmbito familiar;
- ✓ Oferecer horários especiais de atendimento para as gestantes com jornadas de trabalho que impedem o acesso ao serviço de saúde bucal, como atendimento noturno ou aos sábados, conforme a necessidade;
- ✓ Ensinar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos para o atendimento odontológico a gestantes;
- ✓ Incorporar a educação da gestante em saúde bucal, orientando quanto à higiene bucal, hábitos bucais e controle da dieta, com atenção especial à amamentação, cuidados com a saúde bucal do bebê, bem como transmissibilidade do *Streptococcusmutans*, hábitos de sucção não nutritiva;
- ✓ Educar e treinar a gestante para a execução de manobras de prevenção à cárie dentária e doença periodontal;
- ✓ Executar a prática de procedimentos preventivos, de forma segura e eficaz, por meio de retornos à clínica, realização de limpeza e profilaxias profissionais

periódicas, aplicações de soluções fluoretadas e tratamentos curativos, caso necessário;

Um dos desafios a ser enfrentado na ESF Boa Esperança é a criação e implantação de grupos operativos para gestantes, uma vez que temos dificuldade em atrair esta população para a participação. Mas sabendo da sua importância para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde bucal e geral, e, segundo Vasconcelos, Grillo e Soares (2009), trabalhar com grupos operativos não é tão simples assim, mas também não é impossível, colocamos como uma das ações a ser realizada, a criação de um grupo para as gestantes na ESF Boa Esperança. O trabalho com grupos exige planejamento e referencial teórico e são utilizados com o objetivo de promover a saúde do indivíduo. “Possibilita mudanças no modo de ver e agir frente às dificuldades, facilita trocas e aprendizado pessoal, permitindo ao indivíduo perceber que ele não está sozinho e que não é a única pessoa com problemas ou dúvidas” (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009, p. 46). O trabalho deve ser feito de forma multiprofissional, a partir do planejamento conjunto das ações por toda a equipe de saúde dentro do próprio grupo operativo (MINAS GERAIS, 2007).

### **6.3 Resultados Esperados**

Maior conscientização das gestantes sobre a importância do pré-natal odontológico; a satisfação das pacientes e de seus familiares com a resolução de seus problemas odontológicos em todos os níveis de atendimento; o treinamento dos acadêmicos de graduação para o atendimento de gestantes e bebês, preparando-os para estes procedimentos em seus consultórios ou serviço público; educação e motivação para a manutenção da saúde bucal em ambiente familiar; diminuição dos índices epidemiológicos das doenças bucais na infância; profissionais da equipe de saúde capacitados para instruírem sobre saúde bucal e encaminharem os casos de risco; atendimento integral às gestantes; acesso garantido, privilegiado e prioritário a estas usuárias; cobertura de atenção em saúde bucal a 100% das gestantes cadastradas.

### **6.4 Pessoas responsáveis pelas ações**

- CD: responsável por capacitar toda a ESF sobre a importância da saúde bucal (ACS, médico, enfermeira, técnica de enfermagem, etc), para melhor atenção às gestantes

com relação à sua saúde bucal e a do bebê; realizar as ações mencionadas anteriormente.

- ASB: responsável por instruir e ensinar, na prática, sobre higiene bucal para prevenção da cárie e doença periodontal; aplicação de flúor e escovações supervisionadas; participação no grupo operativo.
- Enfermeira: multiplicadora de informações quanto aos cuidados em saúde bucal, encaminhando casos que necessitam de atenção especial da ESB; participação nos grupos operativos voltados para as gestantes.
- Médico: responsável por incluir nas consultas de pré-natal, orientações sobre saúde bucal, sempre encaminhando as gestantes para a ESB para ações educativas, avaliação, exame clínico, prevenção, ações curativas e reabilitação da saúde bucal; participar dos grupos operativos.
- ACS: responsáveis por identificar e cadastrar as gestantes da área de abrangência, repassando as informações para toda a equipe, em um trabalho multidisciplinar; acolher e acompanhar mensalmente estas gestantes através das visitas domiciliares; instruir sobre saúde bucal; participação em oficinas terapêuticas com trabalhos artesanais, o que possibilita relacionamentos interpessoais e momentos de descontração.
- Fisioterapeuta e educadora física: responsáveis por realizarem grupos de alongamento e caminhadas direcionados para as gestantes, para melhor bem estar físico e psíquico, promovendo distração, relaxamento, divertimento e melhora da autoestima.
- Psicóloga: acompanhamento de gestantes que necessitam de uma atenção especial e individualizada, como em casos de depressão, gravidez na adolescência, gravidez não desejada, entre outras causas.

## **6.5 Recursos Necessários**

### **- Cadastramento das gestantes:**

Recursos humanos: ACS, ESB;

Recursos materiais: material de consumo (lápiz, caneta, papel, fichas de cadastramento, prontuários)

Recursos financeiros: para aquisição de recursos materiais.

**- Grupo operativo:**

Recursos humanos: toda a equipe de saúde da família;

Recursos materiais: folhetos educativos, recursos audiovisuais, material didático, estrutura física adequada com mesa e cadeiras;

Recursos financeiros: para aquisição de recursos materiais.

**- Visita domiciliar:**

Recursos humanos: dentista, médico, enfermeira, ASB, ACS;

Recursos materiais: material didático, folhetos educativos;

Recursos financeiros: para aquisição de recursos materiais.

**- Capacitação de recursos humanos (profissionais da ESF):**

Recursos humanos: ESB, médico;

Recursos materiais: recursos audiovisuais, estrutura física adequada (mesa, cadeiras), papéis, caneta, computador, folhetos explicativos educativos, material didático;

Recursos financeiros: para aquisição de recursos materiais.

**- Oficinas terapêuticas:**

Recursos humanos: terapeuta ocupacional, ACS;

Recursos materiais: estrutura física, material didático, material para o artesanato (pintura, bordados, crochê, tricô, etc);

Recursos financeiros: para aquisição do material para o artesanato, que deverá ser conseguido com a venda dos produtos confeccionados.

**- Grupos de caminhada e alongamento:**

Recursos humanos: fisioterapeuta, educadora física e ACS;

Recursos materiais: estrutura física, colchonetes.

**- Programa de saúde bucal (promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal – palestras, atendimento individual, escovação supervisionada e aplicação de flúor):**

Recursos humanos: ESB

Recursos materiais: estrutura física, folhetos e panfletos educativos, recursos audiovisuais, material didático, cartazes educativos, escovas dentais, cremes dentais com flúor, fio dental, clorexidina, macro modelo para ações educativas, consultório com equipo odontológico para o atendimento individual;

Recursos financeiros: para aquisição de todos os recursos materiais.

**- Atendimento psicológico:**

Recursos humanos: psicólogo;

Recursos materiais: estrutura física.

## **6.6 Cronograma de Execução**

Elaborado o plano de intervenção para atenção à saúde bucal das gestantes, este deverá ter início o mais breve possível.

- Cadastramento e acolhimento das gestantes: prazo de 1 mês para o início;
- Grupo operativo: prazo de 3 meses para o início;
- Visita domiciliar: prazo de 1 mês para o início;
- Capacitação de recursos humanos: prazo de 3 meses para o início;
- Oficinas terapêuticas: prazo de 3 meses para o início;
- Grupos de caminhada e alongamento: prazo de 1 mês para o início;
- Programa de saúde bucal: prazo de 1 mês para o início;

- Atendimento psicológico: prazo de 1 mês para o início.

O plano deverá ser executado continuamente, fazendo parte de uma rotina no processo de trabalho da ESF, para que todas as gestantes já cadastradas e aquelas que ainda não foram cadastradas possam receber atenção qualificada por todos os profissionais da unidade de saúde, com ênfase em sua saúde bucal.

### 6.7 Acompanhamento e Avaliação

A ESB fará o acompanhamento das gestantes cadastradas, agendando para retornos periódicos (mensais ou trimestrais), de acordo com o risco para o desenvolvimento de doenças bucais.

### 6.8 Plano Operativo

A seguir será demonstrado o plano de intervenção com suas propostas, resultados esperados, recursos necessários, responsáveis e definindo os prazos para as ações:

**QUADRO 1:** Plano operativo para o problema Baixa Atenção em Saúde Bucal às gestantes da ESF Boa Esperança em Alfenas/MG

| <b>Ações propostas</b>  | <b>Resultados esperados</b>   | <b>Recursos necessários</b>   | <b>Responsáveis</b> | <b>Prazo</b> |
|---|---|---|---------------------|--------------|
| <b>Cadastramento e acolhimento de todas as gestantes da área de abrangência</b> | Cobertura de atenção em saúde bucal a 100% das gestantes cadastradas. | Recursos humanos;<br><br>Recursos materiais: material de consumo (lápiz, caneta, papel, fichas de cadastramento, prontuários)<br><br>Recursos financeiros: para aquisição de recursos materiais | ACS e ESB           | 1 mês        |

|  |  |   |  |                |
|--|--|---|--|----------------|
| <p><b>Criação de grupo operativo para gestantes</b></p>              | <p>Gestantes mais informadas sobre a importância da saúde bucal e geral, amamentação e cuidados com o bebê.</p>                                  | <p>Recursos humanos;</p> <p>Recursos materiais: folhetos educativos, recursos audiovisuais, material didático, estrutura física;</p> <p>Recursos financeiros: para aquisição de recursos materiais.</p> | <p>Toda a equipe de saúde da família</p>       | <p>3 meses</p> |
| <p><b>Visita domiciliar</b></p>                                      | <p>Vínculo com a família; maior conscientização das gestantes sobre saúde bucal; acolhimento bem feito; cadastramento de 100% das gestantes.</p> | <p>Recursos humanos;</p> <p>Recursos materiais: material didático, folhetos educativos;</p> <p>Recursos financeiros: para aquisição de recursos materiais.</p>  | <p>Dentista, médico, enfermeira, ASB e ACS</p> | <p>1 mês</p>   |
| <p><b>Capacitação de recursos humanos (profissionais da ESF)</b></p> | <p>Profissionais da equipe de saúde capacitados para instruírem e orientarem sobre saúde bucal e encaminharem os casos de risco.</p>             | <p>Recursos humanos;</p> <p>Recursos materiais: recursos audiovisuais, estrutura física adequada, folhetos explicativos educativos, material didático;</p> <p>Recursos financeiros: para</p>            | <p>ESB e médico</p>                            | <p>3 meses</p> |

|  |  |  |  |         |
|--|--|--|--|---------|
|  |  | aquisição de recursos materiais.   |  |         |
| <b>Oficinas terapêuticas com trabalhos artesanais.</b>   | Possibilitar relacionamentos interpessoais e momentos de descontração.   | Recursos humanos;<br><br>Recursos materiais: estrutura física, material didático, material para o artesanato;<br><br>Recursos financeiros: para aquisição de materiais para o artesanato, que deverá ser conseguido com a venda dos produtos confeccionados. | Terapeuta ocupacional e ACS            | 3 meses |
| <b>Grupos de caminhada e alongamento</b>   | Melhor bem estar físico e psíquico, promovendo distração, relaxamento, divertimento e melhora da autoestima.   | Recursos humanos;<br><br>Recursos materiais: estrutura física, colchonetes.  | Fisioterapeuta, educadora física e ACS | 1 mês   |
| <b>Programa de saúde bucal (promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal – palestras, atendimento individual, escovação supervisionada e aplicação de flúor):</b> | Maior conscientização das gestantes sobre a importância do pré-natal odontológico; atenção em saúde bucal a todas as gestantes cadastradas; educação e motivação para a manutenção da saúde bucal em ambiente familiar; diminuição dos índices | Recursos humanos;<br><br>Recursos materiais: estrutura física, folhetos e panfletos educativos, recursos audiovisuais, material didático, cartazes educativos, escovas dentais, cremes dentais com flúor, fio  | ESB                                    | 1 mês   |



|                                |  |   |           |       |
|--------------------------------|--|---|-----------|-------|
|                                | epidemiológicos das doenças bucais na infância.  | dental, clorexidina, macro modelo para ações educativas, consultório com equipo odontológico para o atendimento individual;<br><br>Recursos financeiros: para aquisição de todos os recursos materiais. |           |       |
| <b>Atendimento psicológico</b> | Melhorar psicologicamente gestantes que se encontram em situações de transtorno emocional, ajudando para uma melhor qualidade de vida. | Recursos humanos;<br><br>Recursos materiais: estrutura física.  | Psicóloga | 1 mês |

**Fonte:** Autoria Própria (2013).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez é um momento único e especial na vida da mulher, período de mudanças físicas, biológicas e emocional. Período de motivação e bastante receptividade por parte das gestantes a orientações relacionadas à sua saúde e a do bebê. Momento ideal para a atuação da odontologia no sentido de promover ações de educação em saúde, promoção, prevenção e reabilitação da saúde bucal das gestantes.

A assistência odontológica às gestantes ainda é precária. Vários são os fatores que dificultam o acesso desta população aos serviços de saúde bucal, entre eles os mitos, tabus e costumes que permeiam a cultura da população, falta de informação, tanto do CD como da gestante, processo de trabalho das ESF inadequado para prestar atenção integral, falta de interesse das gestantes, desconhecimento das gestantes da existência do serviço gratuito, jornada de trabalho que impedem o acesso ao serviço público, ansiedade, medo, dificuldade de agendamento, entre outros.

Os cuidados e procedimentos com a saúde bucal das gestantes devem fazer parte da rotina de trabalho da ESF. Grupos operativos, de caminhada e alongamento, oficinas terapêuticas, acompanhamento psicológico, visitas domiciliares, capacitação dos profissionais e atenção à saúde bucal feita pelo CD são boas estratégias para garantir uma melhor qualidade de vida e saúde às gestantes e ao bebê, desde que sejam sempre motivadas pela ESF.

A baixa atenção em saúde bucal às gestantes é uma realidade da ESF Boa Esperança em Alfenas/MG, preocupante e que precisa ser mudada diante dos inúmeros benefícios que irão trazer à saúde destas usuárias.

Baseado neste contexto pode-se considerar que:

- ✓ É necessário ter um plano de intervenção como alternativa para melhorar a assistência prestada à saúde bucal das gestantes da área de abrangência;
- ✓ O CD deve ter conhecimento sobre as alterações sistêmicas que ocorrem nesta fase, para poder atuar de forma consciente e segura, transmitindo confiança à gestante;
- ✓ Enfatizar o trabalho multiprofissional e sua importância na prevenção e promoção à saúde bucal e geral da gestante e de seu bebê;

- ✓ Reorganizar os serviços de atenção à saúde bucal das gestantes;
- ✓ Ampliar as ações de saúde bucal durante a gravidez;
- ✓ Conscientizar a importância do pré-natal odontológico;
- ✓ O CD precisa participar de todo o processo de planejamento das ações;
- ✓ Capacitar a equipe para serem multiplicadores nas orientações sobre saúde bucal às gestantes;
- ✓ Reduzir o tempo de espera para tratamento odontológico;
- ✓ Proporcionar um serviço de saúde bucal mais estruturado, buscando um atendimento mais eficiente, humanizado e capaz de criar vínculo com a comunidade.

## REFERÊNCIAS

1. ABIOLA, A. *et al.* A survey of the oral health knowlwdge and paratices of pregnant women in Nigerian teaching hospital, **Afr. J Saúde Reprod**, v. 1, n. 15, p. 14-19. 2001.
2. 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**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.789-796, mai-jun. 2004.
3. ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas. 1999.
4. ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em Odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; p. 129-130. 2006.
5. ARAÚJO, I. C. *et al.* **Condições de saúde bucal das gestantes atendidas em instituições de saúde do bairro do Guamá, no município de Belém** (online). 2005. Acesso em 02 out. 2009. Disponível em: <http://www.ufpa.br/ccs/izamir/izamirtrabgestantesmarizeli.pdf>.
6. BATISTELLA, F. I. D. *et al.* Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal; na rede pública e em consultórios particulares. **Ver Gaucha Odontol**, v. 54, p. 67-73. 2006.
7. BERTOLINE, P. F. R.; NIERO, B. G.; POMILIO, A.. Periodontal Medicine and the woman: the importance of your knowledge for a preventive approach fogynecologists/obstetricians and dentistry. **Rev Cien Med**, v. 16. n. 3, p. 175-185. 2007.
8. BOSCO, A. F. *et al.* A influência dos hormônios sexuais nos tecidos periodontais: Revisão de literatura. **Ver Odontol Araçatuba**, v. 25, p. 22-27. 2004.
9. CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P. ; SANTOS, M. A. . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
10. CASTRO, R. G.; ALMEIDA, L. M. R.. **Diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. 2010. 62 f. (Pet-Saúde – como parte de desenvolvimento de artigo científico) Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.
11. CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R.. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1075-1080. 2008.
12. FARIA, H. P. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p.
13. FEATHERSTONE, J. D. B.. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 27, p. 31-40. 1999.
14. FIGUERO-RUIZ, E.; PRIETO PRIETO, I.; BASCONES-MARTÍNEZ, A.. Câmbios hormonales asociados alembarazo. Afectacióngingivo-periodontal.**Rev PeriodonImplantol**, v. 18, p. 101-113. 2006.
15. GIGLIO, J. A.,*et al*, Oral health care for the pregnant patient. **J. Can Dent Assoc**, v. 75, n. 1, p. 43-48. 2009.

16. KLOETZEL, M. K.; HUEBNER, C. E.; MILGROM, P. Referrals for dental care during pregnancy. **J Obstetrícia Saúde da Mulher**, v. 56, n. 2, p. 110-117. 2011.
17. KONISHI, F.; ABREU-E-LIMA, F. Odontologia intrauterina: a construção da saúde antes do nascimento. **Ver Bras Odontol**, v. 59, p. 294-295. 2002.
18. KONISHI, F.; KONISHI, R.. Odontologia intrauterina: um novo modelo de construção de saúde bucal. In: Cardoso AJR. **Odontopediatria: Prevenção**. São Paulo: Artes Médicas; p. 155-165. 2002.
19. LEAL, N. P.; JANNOTTI, C. B.. **Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente**; Instituto Fernandes Figueira, Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. 2009.
20. LIVINGSTON, H. M.; DELLINGER, T. M.; HOLDER, R. Considerations in the management of the pregnant patient. **Spec Care Dentistry**, v. 18, p. 183-188. 1998.
21. MAEDA, F.H.I.; TOLEDO, L. P.; PANDOLFI, M.. A visão das gestantes quanto às condutas odontológicas na cidade de Franca (SP). **UFES Revista Odontol**, v. 3, p. 8-14. 2001.
22. MARTINS, R. F.O.; MARTINS, Z. I. O.. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal. **Rev ABO Nac**, v. 10, p. 278-284. 2002.
23. MELO, N. S. F. *et al.* Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. **Cogitare Enferm**, v. 12, p. 189-197. 2007.
24. MENOLI, A. P. V.; FROSSARD, W. T. G.. Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. **Semina**,; 18(ed. Especial), p. 34-42. 1997.
25. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007. 290p.
26. MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Condição periodontal durante a gestação em grupo de mulheres brasileiras. **Cienc. Odontol Braz**, v. 9, n. 4, p. 59-66. 2006.
27. MOIMAZ, S. A. S. *et al.* O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.19, n.1, p.39-45, jan-abr. 2007.
28. MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Associação entre condição periodontal de gestantes e variáveismaternas e de assistência à saúde. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.10, n.2, p.271-278, maio/ago. 2010.
29. MONTANDON, E. M. *et al.* Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 4, p. 170-173. 2001.
30. MONTEIRO, R. M. *et al.* Avaliação dos hábitos de higiene bucal de gestantes por trimestre de gestação. **Braz J Periodontol**, v. 22, p. 90-99. 2012.
31. MOREIRA, P. V.L.; CHAVES, A. M. B.; NÓBREGA, M. S. G.. Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 4, p. 259-264. 2004.
32. MORGAN, M. A. *et al.* Oral health during pregnancy. **J Matern Fetal neonatal Med**, v. 22, n. 9, p. 733-739. 2009.

33. MOURA, L. F. A. D. ; MOURA, M. S. ; TOLEDO, O. A. Conhecimentos e práticas em saúde de mães que frequentam um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.1079-1086, 2007.
34. NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
35. OLIVEIRA, A. M. S. D. *et al.* Associação entre doença periodontal materna e parto pré-termo e baixo peso ao nascimento. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS**, v. 4, n. 2, p. 14-18. 2006.
36. PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde bucal**: aspectos básicos e atenção ao adulto. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 72p.
37. POZO, M. A. P.. Tratamiento dental de la paciente gestante. **Mundo Odontológico**, v. 8, p. 54-59. 2001.
38. RAKCHANOK, N. D. *et al.* Dental caries and gengivits among pregnant and non-prgnant women in chiang Mai, Thailand, Nagoya. **J Med Sci**, v. 72, n. 1-2, p. 43-50. 2010.
39. RAMIRES, I.; PESSAN, J. P.; BUZALAF, M. A. R.. Métodos de uso sistêmico dos fluoretos no controle da cárie dentária. IN: Buzalaf MAR. **Fluoretos e saúde bucal**. São Paulo: Editora Santos p.163-194; 2008.
40. REIS, D. M. *et al.* Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan. 2010.
41. RITTER, A. V., SOUTHERLAND, J. H. Talking, with patients. Pregnancy and oral health. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 19, n. 6, p. 373-374. 2007.
42. ROTHWELL, B. R, GREGORY, C. E. B.; SHELLER.B.. The pregnant patient: considerations in dental care. **Spec Care Dentist**, v. 7, p. 124-129. 1987.
43. RUSSELL, S. L.; MAYBERRY, L. J. Pregnancy and oral health: a review and recommendations to reduce gaps in practice and research. **Am J Maternal Child Nurs**, v.33, p. 32-37. 2008.
44. SANTOS-PINTO, L. *et al.* O que as gestantes conhecem sobre Saúde Bucal? **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 4, p. 429-434. 2001.
45. SARTORIO, M. L.; MACHADO, W. A. S.. A doença periodontal na gravidez. **Ver Bras Odontol**, v. 58, p. 306-308. 2002.
46. SEDA, A. B.; DOUGLAS, J. M.. A saúde bucal durante a gravidez. **Am Fam Physician**, v. 77, n. 8, p. 1139-1144. 2008.
47. SIGLE, J. Managing the pregnant dental patient. **Dent Assist**, v. 66, p. 7-9. 1997.
48. SILVA-SOUZA, Y. T. C. *et al.* Clinical and histological evaluation of granuloma gravidarum: case report. **Braz Dent J**, v. 11, p. 135-139. 2000.
49. SPOSTO, M. R. *et al.* Atendimento odontológico da paciente gestante: complicações e cuidados a serem adotados. **Odonto 2000 – Odontologia do século XXI**, v.1, n.1, p. 20-23. 1997.
50. TIRELLI, M. C. **Conhecimentos atitudes e práticas dos médicos ginecologistas e obstetras em relação à saúde bucal e ao tratamento odontológico de pacientes gestantes**

[Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pós Graduação em odontologia Universidade de São Paulo. 2004.

51. VASCONSCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M.. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.73p.
52. VOGT, M. *et al.* Factors associated with the prevalence of periodontal disease in low-risk pregnant women. **Saúde Reprod**, v.24, p. 3,9. 2012.
53. WASYLKO, L. *et al.* A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. **J CanDentAssoc**, v. 64, p. 434-439. 1998.