



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

CORREIA, Sarah Midiã Borges; da SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet
Percepção da Relação Saúde Bucal e Parto Prematuro entre Membros da Equipe de ESF e
Gestantes
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 3, julio-septiembre, 2011,
pp. 347-355
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63722164007>

- Como citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Percepção da Relação Saúde Bucal e Parto Prematuro entre Membros da Equipe de ESF e Gestantes

Perception Regarding the Oral Health and Premature Birth among Members of Staff of FHS and Pregnant women

Sarah Midiã Borges CORREIA¹, João Luiz Gurgel Calvet da SILVEIRA²

¹Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau/SC, Brasil.

²Doutor em Odontologia Social. Docente do Departamento de Odontologia da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau/SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: este estudo descreve a percepção sobre a relação entre saúde bucal e parto prematuro, assim como as condutas de profissionais médicos e dentistas, além das gestantes de uma unidade pública do Sistema Único de Saúde (SUS).

Método: abordagem qualitativa com a aplicação de entrevista semi-estruturada e sua posterior transcrição, envolvendo a participação de 15 sujeitos sendo: três médicos, três dentistas e nove gestantes de três unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Blumenau-SC. Projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (110/09). Categorias de análise encontradas: 1) Tema saúde: a) conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS); b) ausência de doença; c) capacidade laboral; 2) Saúde bucal: a) relacionada a saúde geral; b) estética; 3) Relação entre saúde bucal e gestação: a) admitem; b) não admitem.

Resultados: a) os médicos e dentistas reconhecem a relação sistêmica da saúde bucal e seu risco para a gestação; b) valorizam a abordagem integral da saúde e o processo de trabalho multiprofissional; c) as gestantes representam saúde bucal como estética e não reconhecem adequadamente a relação entre saúde bucal e gestação ou risco de parto prematuro d) foram encontradas contradições entre o que as gestantes afirmavam e o que faziam na prática quanto às orientações de seus respectivos dentistas.

Conclusão: os profissionais de saúde reconhecem a relação sistêmica da saúde bucal e seu possível impacto na gestação. As gestantes precisam conhecer melhor a relação entre saúde bucal e gestação e ampliar seu conceito de saúde bucal para um auto cuidado mais adequado. Há um descompasso entre as percepções sobre saúde bucal e suas implicações na gestação entre os profissionais e as gestantes.

ABSTRACT

Objective: this study describes the perception about the relationship between oral health and premature obstetric labor, as well as the professional conduct of physicians and dentists, including pregnant women in a Public Health System (SUS) service.

Methods: qualitative approach in applying interview structured way and their subsequent transcription, involving 15 participating, being: three doctors, three dentists and nine pregnant women from three units of Family Health Strategy (FHS) of the Blumenau-SC. The research was approved in the Committee of Ethics in Human Research (110/09). Rank of analysis found: 1) Health theme) concept of the World Health Organization (WHO); b) absence of disease; c) labor capacity; 2) Oral health: general health-related; b) aesthetics; 3) Relationship between oral health and pregnancy: a) admit; b) do not admit.

Results: the) physicians and dentists acknowledge the systemic relationship of oral health and your risk for pregnancy; b) value the holistic health and multi professional work process; c) pregnant women represent oral health as aesthetic and do not recognize properly the relationship between oral health and pregnancy or risk of premature birth) were found contradictions between what women claimed and what they did in practice as guidelines for their respective dentists.

Conclusion: health professionals recognize the systemic relationship of oral health and its possible impact on pregnancy. Pregnant women need to know better the relationship between oral health and pregnancy and improve their concept of oral health for a self care most appropriate. There is a gap between the perceptions of oral health and its implications in gestation among professionals and pregnant women.

DESCRIPTORES

Gestantes; Trabalho de parto prematuro; Saúde bucal.

KEY-WORDS

Pregnant women; Premature obstetric labor; Oral health.

INTRODUÇÃO

No conhecimento popular percebe-se alguma resistência ao tratamento odontológico durante a gravidez, sustentadas por comentários como: "a cada gravidez, perde-se um dente"; "há enfraquecimento dos dentes da mãe porque o feto retira cálcio deles", além de preocupações com a formação do feto ou até a perda do mesmo devido ao uso de anestésico odontológico. A grande maioria destes medos, mesmo sem respaldo científico, contribui para o afastamento da gestante da atenção odontológica¹.

Nesse processo podemos levar em consideração dois aspectos. Primeiro as percepções da gestante sobre saúde bucal e abordagens de atenção que exercem grande influência sobre seu comportamento, podendo contribuir para o seu afastamento do tratamento odontológico durante o período gestacional. Em segundo plano as percepções dos profissionais médicos e dentistas sobre saúde bucal, concepções que podem criar divergências quanto à conduta a ser tomada para com a gestante. É possível considerar que as representações sociais (usualmente *idealizadas* a partir da propagação das mensagens e de percepções provenientes do "senso comum") exprimem as condições contextuais daqueles que as elaboram, retratando como o indivíduo, em sua relação com o mundo, constrói e refere significados às suas ações, experiências e projetos pessoais².

A importância advinda de se entender como o indivíduo percebe sua condição bucal é baseada no fato de que seu comportamento é influenciado por essas percepções, pela importância dada a elas e pelos seus valores culturais e experiências passadas no sistema de saúde. Por exemplo, ainda hoje a gestante procura o cirurgião-dentista somente quando algum tipo de alteração já está presente, não sendo corrente uma prática baseada na prevenção das doenças bucais³. Via de regra, no acompanhamento à gestante nas consultas de pré-natal não há contemplação das orientações de saúde bucal por parte do médico, o que limita as ações positivas de saúde bucal que poderiam resultar em benefícios concretos, extensivo a todo o âmbito familiar. Por outro lado, os profissionais dentistas muitas vezes concentram-se unicamente no trabalho técnico-odontológico restrito ao meio bucal, reconhecido como seu *locus* de trabalho, com pouca interação e trocas de informações com profissionais médicos, não contribuindo para a atenção integral do indivíduo numa abordagem multiprofissional⁴.

Por estes motivos reforça-se a possibilidade de não ocorrer uma atenção adequada à gestante durante o período pré-natal, de forma integral, existindo o risco de desfechos indesejados tais como o parto prematuro e o baixo peso ao nascer, conforme a literatura que relata a prematuridade como o problema perinatal mais sério atualmente, responsável por cerca de 75% da morbidade

sobre o parto prematuro⁶. A doença periodontal, que afeta as estruturas de suporte dos dentes, em sua maioria causada por gram-negativos, caracteriza-se por ser uma enfermidade de natureza infecciosa, que pode servir de reservatório crônico para a *transferência* de bactérias ou produtos bacterianos para a unidade fetoplacentária. Conforme pesquisas substâncias como PGE2 e TNF α produzidas pelo periodonto infectado, chegam à placenta através da circulação sanguínea⁵.

Cabe também destacar evidências de que na gravidez ocorre o aumento brusco dos *hormônios* femininos circulantes que podem afetar o mecanismo inflamatório, de forma a exacerbar a inflamação e, assim, desencadear contrações uterinas⁷. Logo existe um mecanismo biológico potencializado pela gestação capaz de afetar o desenvolvimento do feto se não houver uma atenção adequada durante este período⁸.

Na literatura recente existem relatos, baseados em pesquisas, que relacionam o nascimento de recém-nascidos a pré-termo e/ou de baixo peso com a presença de doença periodontal materna⁹. Esse conhecimento aponta para a necessidade de programas de saúde bucal integrados ao atendimento pré-natal realizado pelo médico de forma multiprofissional, capazes de mudar o conhecimento e influenciar o comportamento da gestante para que esta adote hábitos mais saudáveis, além de possibilitar o acesso e a resolutividade para as gestantes, de forma oportuna, no período gestacional.

Alguns autores apontam que a maior dificuldade na implantação de um serviço com atenção odontológica no pré-natal advém das crenças baseadas no mito de que o atendimento odontológico seria maléfico para a gestação¹⁰. Como estratégia para a superação desse quadro, estudos sugerem que projetos de educação para saúde bucal de gestantes devem ser iniciados com o levantamento de tabus para que possam ser desmistificados pelos profissionais envolvidos no cuidado à gestante¹¹.

A relevância desta pesquisa reside em conhecer as percepções de gestantes quanto à saúde bucal, relacionando-as com o período gestacional, possibilitando abordagens de educação em saúde mais adequadas. Considerando ainda que a resignificação da saúde bucal decorrente de uma boa orientação odontológica durante a gravidez, incluindo o acesso para acompanhamento e tratamento odontológico quando necessário, poderiam contribuir para prevenção de casos de nascimentos prematuros. Complementarmente conhecer as percepções e condutas dos médicos e dentistas quanto à saúde bucal da gestante e sua relação com período gestacional é de grande importância para uma melhor integração profissional de forma a garantir que o pré-natal seja um período de promoção de saúde integral numa abordagem multiprofissional, própria do processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Dessa forma o presente estudo objetivou descrever as percepções sobre a relação entre a saúde

METODOLOGIA

Este artigo é um recorte de uma pesquisa originada a partir de um projeto de pesquisa que foi avaliado e aprovado primeiramente na Secretaria da Prefeitura de Blumenau no dia 16/06/2009 e posteriormente pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FURB, sendo aprovado pelo parecer nº 110/09. A concordância dos participantes (profissionais médicos, profissionais dentistas e gestantes) em terem suas entrevistas gravadas foi obtida através de termo de consentimento livre e esclarecido.

Para esta pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa com o emprego da entrevista semi-estruturada. Cada uma das entrevistas foi gravada através de um aparelho *MP4 Tool Player*, sendo realizada pela mesma entrevistadora, aluna do curso de medicina. Para garantir mais qualidade à entrevista e a autenticidade da pesquisa o instrumento utilizado para coleta de dados foi testado previamente com um médico, um dentista e uma gestante, sendo que nenhum deles participou como sujeito da pesquisa. Após cada entrevista gravada foi realizada a transcrição imediata da entrevista. Foram feitas abordagens quanto às noções sobre saúde, saúde bucal, relação entre saúde bucal e gestação, assim como autocuidado de saúde bucal entre as gestantes e condutas profissionais. Buscou-se verificar o conhecimento da relação entre saúde bucal e gestação.

A pesquisa qualitativa não é baseada no critério numérico para garantir sua representatividade, sendo que a amostra ideal é definida como aquela que dá conta da totalidade do tema nas suas múltiplas dimensões¹². A entrevista semi-estruturada ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador oferece todas as possíveis perspectivas para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, dando riqueza à investigação. O processo da entrevista semi-estruturada dá melhores resultados quando se trabalha com diferentes grupos de pessoas¹³.

Foram entrevistados ao todo 15 sujeitos, seis profissionais de unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo três profissionais médicos e três profissionais dentistas e nove gestantes usuárias dos serviços das ESF (três gestantes por unidade). Estas faziam pré-natal com o mesmo médico e eram pacientes do mesmo dentista em suas respectivas unidades.

Para a análise de dados foi empregado o método Hermenêutico-Dialético proposto por Minayo¹². Este tipo de análise "coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir de seu interior e no campo de especialidade histórica e totalizante em que é produzida"¹². Este método consiste em dois níveis de interpretação:

Primeiro nível de análise:

Realizado com base nas determinações fundamentais que dizem respeito à conjuntura socioeconômica e política na qual as gestantes e os

comunidade, constituição da equipe de saúde, vínculo e outros aspectos. Enfim o contexto local.

O segundo nível é constituído de:

Ordenação dos dados: elaborada a partir da sistematização de todos os dados recolhidos por gravação, seguida pela transcrição das entrevistas, realizadas com as gestantes, os respectivos médicos e dentistas, como também a sistematização das leituras de documentos, anotações das observações realizadas durante a pesquisa de campo e a síntese das entrevistas por cada grupo pesquisado;

Classificação: realizada com base em leituras repetitivas dos textos das entrevistas para que fosse possível a identificação do que é relevante na pesquisa, procurando grifar as expressões mais significativas para a categorização a partir das falas dos sujeitos;

Análise final: estabelecida através da articulação entre os dados e os referenciais teóricos para as respostas às questões da pesquisa.

Os temas geradores das entrevistas que deram origem às categorias para a verificação das percepções foram:

- 1- Saúde.
- 2- Saúde Bucal.
- 3- Relação entre saúde bucal e gestação.

Quanto às condutas e comportamentos dos sujeitos frente aos temas buscou-se apreender nas entrevistas:

- 1- Entre médicos e dentistas: conduta profissional e integração entre medicina e odontologia.
- 2- Entre gestantes: comportamentos e conduta frente às orientações.

A partir das entrevistas realizadas foram surgindo categorias de análise com intuito de sistematizar a profusão de informações sobre os temas.

RESULTADOS

As nove gestantes usuárias das respectivas das unidades de ESF na faixa etária dos 14 e 30 anos, estando entre o segundo e nono mês de gestação. Destas, duas encontravam-se no primeiro trimestre gestacional (22.22%), quatro no segundo trimestre (44.44%) e as três restantes encontravam-se no terceiro trimestre (33.33%). Quanto ao grau de escolaridade, seis possuíam o ensino médio completo (66.67%), uma com ensino superior completo (11.11%), uma somente até o segundo ano do ensino médio (11.11%) e a última com o ensino fundamental incompleto (11.11%). Seis delas tinham livre acesso ao serviço odontológico da unidade e três não tinham: uma delas por ter chegado há pouco tempo na cidade de Blumenau, a outra por preferir utilizar o serviço particular de odontologia ao do posto e a última que relatou só ter conseguido cadastrar sua filha mais velha. Todas as gestantes faziam acompanhamento pré-natal regularmente nas unidades. Sobre o tema saúde obtivemos como resultados nas entrevistas as seguintes

tema saúde bucal surgiram as seguintes categorias: a) *Relacionada a implicações sistêmicas*; b) *Estética*. Sobre a relação entre saúde bucal e gestação foram observadas duas categorias: a) *Admitem existir relação entre a saúde bucal e a gestação*; b) *Não admitem existir relação entre a saúde bucal e a gestação*. Entre a maioria dos profissionais foi admitida a relação, revelando alguma integração entre medicina e odontologia. A formação acadêmica influencia nas condutas dos profissionais e percebendo-se contradição entre o que as gestantes afirmavam e o que faziam na prática quanto às orientações do dentista.

Para os três temas geradores das entrevistas foram encontradas as seguintes categorias de análise, como percepções dos sujeitos entrevistados:

- 1) Tema saúde: a) conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS); b) ausência de doença; c) capacidade laboral.
- 2) Saúde bucal: a) relacionada a saúde geral; b) estética.

DISCUSSÃO

Sobre o tema “saúde” percebe-se que o conceito da OMS estava presente entre todos os profissionais médicos e dentistas das respectivas unidades. Sendo ilustrada nas falas que se seguem:

“[...] se a gente pegar lá pela a definição da Organização Mundial de Saúde, é aquela coisa de um completo bem estar biopsicossocial; isso é influenciado pela vivência pessoal de cada um pela condição de vida socioeconômica de cada um.” (M1)

“[...] se você for bem mais a fundo e for no próprio conceito da OMS, é mais amplo que isso; é o bem estar completo, social, psicológico, físico, acesso ao lazer, acesso ao transporte, ao saneamento básico...” (D1)

“[...] a definição da OMS, que era a saúde como um bem estar físico, mental, social e não somente a inexistência de doenças [...]” (M2)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) saúde pode ser definida como sendo “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.”¹⁴ A saúde seria, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela. Abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, pode ser considerado um conceito positivo porém este conceito foi alvo de críticas devido ao seu alto grau de abstração.

A explicação para que essa categoria aparecesse mais frequentemente entre os profissionais da saúde pode ser compreendida pela formação acadêmica desses profissionais, considerando que esta definição é um conceito clássico, difundido em algumas disciplinas do currículo nos diferentes cursos da área da saúde.

A categoria “ausência de doença” foi uma das mais frequentes entre as gestantes. Muitas delas ainda utilizam o conceito proposto em 1977, definindo a saúde

poder comer qualquer coisa sem ter medo da possibilidade de diabetes. Minha família toda tem, mas não deu nada até agora na gravidez.” (G9)

“A importância da saúde para mim é que se você não tiver saúde então é porque você está doente.” (G4)

“[...] Saúde é em primeiro lugar e o dinheiro em segundo lugar. É viver mais. Ter saúde física.” (G5)

Tal fato pode ser explicado pelos contextos cultural e socioeconômico em que as gestantes se encontram. Então a saúde passou a ser limitada apenas à ausência de doença, frente às prioridades de sobrevivência.

A “Capacidade laboral” foi outra categoria recorrente entre as gestantes para representar o tema saúde. Por consequência pode-se chegar à mesma conclusão de alguns autores de que “a visão de saúde-doença da população apóia-se nas suas condições reais de existência”, ou neste caso de sobrevivência. Conforme segue nos relatos abaixo:

“Como eu vou te explicar? É que nem eu te falei, você não irá conseguir trabalhar [se adoecer]; por exemplo, eu sou casada, não vou conseguir cuidar dos filhos, da minha casa e nem de mim própria vou conseguir; vou ter que depender de alguém para estar me auxiliando se eu estiver doente e não ter saúde.” (G2)

“[...] Eu acho que a qualidade de vida é importante para você conseguir viver bem, trabalhar e fazer o que qualquer cidadão normal faz.” (G8)

“Se você não tiver saúde é difícil trabalhar; por exemplo, uma pessoa obesa tem dificuldade para tudo, para se vestir e depende em tudo dos outros. Qualquer coisa já tá cansada [...]” (G1)

Esse fato pode ser explicado porque muitas delas trabalhavam como costureiras autônomas em suas casas contribuindo com a renda familiar e ao mesmo tempo tendo que desempenhar serviços domésticos. Algumas delas tinham ainda que cuidar dos outros filhos. Neste caso então, a saúde é tida como algo relacionado mais a sobreviver em meio ao contexto sócio econômico em que estão inseridas. Logo as questões do bem estar social e lazer são vistas em segundo plano, portanto dispensáveis, enquanto alternativa à saúde física. Dessa forma, a simples idéia de ficarem doentes sendo impedidas de desempenhar seus papéis de trabalhadoras e donas de casa, parece ser simplesmente inaceitável. A possibilidade de ter que depender dos outros também se constitui numa preocupação entre elas. Conforme o relato:

“Eu vejo pelo meu pai que está com problema no coração. A gente sempre tem que estar ajudando ele. Ele também tá vendo que sozinho não pode fazer as coisas, tem que ter alguém junto com ele; é por aí que eu vejo.” (G2)

A saúde bucal “relacionada a implicações sistêmicas” foi verificada como categoria de análise entre todos profissionais da saúde, revelando mais uma vez a formação acadêmica como a forma de representar a saúde bucal, conforme os relatos:

“Para mim ela [a saúde bucal] inclui junto com a

bactérias orais; é uma porta de entrada para que bactérias atinjam outros órgãos.” (M3)

“[...] é a saúde do órgão da boca, em sua totalidade, não só os dentes mas a gengiva, a bochecha, a língua e no sentido da mastigação; por exemplo quem é desdentado ou quem tem falta de dentes acaba por prejudicar a mastigação e acarreta em outros problemas como gastrite; na face, temos: quem é respirador bucal, engole os alimentos rápidos e mal mastigado, consequentemente terá problemas de otite(ouvido) com muita frequência. Então o bucal é a boca mas também é um todo.” (D3)

Conforme a literatura a saúde bucal deve ser considerada como estado de harmonia ou higidez da boca que deve ser acompanhada de saúde geral do indivíduo. Deste modo, pode-se afirmar que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral e diretamente relacionada às condições de vida do indivíduo. Porém as muitas especialidades da odontologia, embora enriqueçam o conhecimento fragmentado de cada campo, acabam por dificultar a abordagem integral do indivíduo para a manutenção ou resgate de sua saúde geral¹⁶. Existem estudos que relacionam a presença de infecções periodontais com problemas sistêmicos tais como a endocardite inflamatória, reumatismo articular agudo, gastrite e até parto prematuro¹⁷.

A percepção da saúde bucal como “estética” enquanto categoria de análise foi a mais frequente entre as gestantes usuárias entrevistadas. Muitas delas relacionavam e limitavam a questão da saúde bucal à imagem pessoal, enfatizando a importância da estética bucal como saúde, com consequências para o relacionamento, conforme as falas que seguem:

“Uma imagem. É uma pessoa que vai sorrir para você e se ela tiver algum problema no dente; ainda mais que está no rosto, né?” (G1)

“[...] eu acho que é importante por isso: esse lado estético. Por exemplo, eu já sou casada, mas e uma pessoa solteira que tem os dentes estragados, como é que vai arrumar namorado?” (G2)

“[...] Representa para mim a boniteza. Porque eu acho bonito você ter os dentes saudáveis [...]” (G6)

A partir desses exemplos podemos inferir que a importância dada à saúde bucal pelas gestantes está fortemente ligada à questão da aparência. A boca é a parte mais proeminente do corpo. Em um mundo competitivo do ponto de vista econômico e social uma boa aparência torna-se uma necessidade, então os dentes e sua aparência acabam por receber cada vez mais atenção:

“[...] Quem não quer uma boca saudável? Pois é a tua aparência; tem que ter aparência para a gente se sentir bem. Eu acho horrível você chegar e conversar com uma pessoa que não tem os dentes. Pois nós precisamos dos dentes em bom estado.” (G3)

“É uma qualidade de vida. Por exemplo, a primeira coisa que eu vejo numa pessoa quando ela vem falar comia são os dentes. Se está branco eu vejo o

Entre os sujeitos que “aditem existir relação entre a saúde bucal e a gestação” vale ressaltar que todos os profissionais de saúde entrevistados assim como uma parte significativa das gestantes admitiram essa relação:

“Sim, nós temos várias patologias bucais que interferem numa gestação. A gente sabe que a base dela é relativa à doença periodontal. Porque normalmente as pessoas adultas já têm uma doença periodontal instalada. E até com as alterações hormonais na gestação essa patologia costuma se agravar. E essa patologia tem uma íntima relação com a parte uterina feminina [...]” (D3)

“[...] A saúde bucal repercute em alguns aspectos na saúde da gestante. Como por exemplo, o fato da gestante estar com saúde gengival prejudicada (gengivite ou periodontite), pode significar prematuridade no parto.” (D1)

Segundo a literatura na gravidez ocorrem grandes mudanças fisiológicas das quais decorrem várias alterações hormonais, entre elas estão o aumento dos níveis dos hormônios esteróides como o estrógeno que promoverá a proliferação células endometriais bem como o desenvolvimento de caracteres secundários sexuais femininos e a progesterona que preparará o útero para a gravidez e as mamas para a lactação, ambos produzidos nos folículos ovarianos¹⁸. Tais hormônios afetam a saúde da gestante como um todo, inclusive no que concerne à saúde bucal. É aceita a teoria de que o repentino aumento destes hormônios circulantes seja responsável pela acentuação da reação inflamatória⁷. Ainda a prostaglandina E2 (PGE2), presente em níveis elevados na doença periodontal, é importante regulador dos processos fisiológicos do parto e seu nível eleva-se durante a gestação até atingir nível crítico para induzir contração, dilatação cervical e o nascimento. Esta citocina (PGE2) e o TNF- α também têm sido associados a uma diminuição de 15-18% do peso fetal⁵.

Porém entre as gestantes que admitiram a relação entre saúde bucal e geral o fizeram baseadas em argumentos que não apresentam embasamento científico, sendo fruto do senso comum. Isso pode ser explicado pela curiosidade em saber o que ocorre no interior do organismo durante a gestação propiciando uma atmosfera de dúvidas medo, inquietações e fantasias¹⁹.

“[...] alguma cárie porque de repente podia transmitir quando meu filho nascesse ou durante a gestação [grifo nosso], sei lá! Eu tive que passar no dentista para ver se tinha uma cárie para não passar para meu filho; pelo menos foi isso que eu entendi.” (G3)

“[...] pois vai muita vitamina para o bebê e pouca para a mãe e ajuda a enfraquecer os dentes. Eu acho que é por aí.” (G2)

“[...] É o cálcio né! Pode ficar muito baixo, daí pode quebrar o dente. eu acho que tem que escovar bastante. Tomar bastante leite por causa do cálcio.” (G9)

As gestantes, na busca por informações que esclarecessem suas dúvidas, deparam-se com dados que

constituem exemplos de abordagens envoltas em cultura popular¹⁸. Esse quadro é agravado pela falta de informação no que concerne às possibilidades de atendimento nos serviços de saúde disponíveis somadas à inexistência do processo do real envolvimento das mulheres referente à questão e solução possível de seus problemas e necessidades¹⁴.

Entre as entrevistadas que “*não admitem existir relação entre a saúde bucal e a gestação*” percebe-se a falta de informações sobre o tema.

“[...] eu não vejo relação eu não acho importante ir no dentista, mesmo que tenha revista dizendo que tem a ver; que é que tem a ver dentista com o parto?... Eu vejo uma coisa bem separada da outra. ... é como eu comentei antes: se vou tratar do meu bebê, né, o que é que tem a ver a minha boca com a minha barriga, com a criança ou com qualquer outro acompanhamento, mesmo para a criança.” (G1)

“Eu acho que não tem nada a ver a minha boca com a minha barriga [...]” (G4)

“[...] Eu acho que não tem nada a ver o útero com o dente [...]” (G5)

O paradigma cirúrgico restaurador da odontologia que dominou o ensino e as práticas profissionais, e ainda prevalece em certas abordagens, determina condutas profissionais que deixam de lado o conhecimento científico sobre o processo saúde-doença, com centralidade nos procedimentos técnicos invasivos sobre as sequelas bucais. Nessa perspectiva o dentista deixa de orientar o paciente sobre as diferentes dimensões do processo saúde-doença bucal, excluindo a perspectiva preventiva e educativa do atendimento que se limita a procedimentos sobre a doença e suas consequências²⁰. Portanto, o atendimento odontológico limitado ao paradigma cirúrgico-restaurador exclui sistematicamente a gestante do atendimento odontológico por considerar a gestação um estado de risco para os procedimentos invasivos, praticamente exclusivos dessa abordagem, sem apresentar embasamento científico para esta conduta. Essa forma de excluir a gestante da atenção odontológica pode determinar duas consequências graves: a falta de avaliação e necessária intervenção do estado bucal com consequente agravamento durante todo o período gestacional e a negação de uma orientação preventiva. Aliado a esse fator temos as crenças que permeiam entre as gestantes tais como “o cálcio vai para ao bebê, enfraquecendo os dentes”, ou “Vou perder os dentes”, o que acaba por afastar a mesma da atenção odontológica durante o pré-natal, o que pode prejudicá-la e até mesmo o feto¹⁷.

Levando-se em consideração que o período gestacional além de mudanças fisiológicas ocasiona também mudanças de ordem psicológicas complexas, gerando uma maior receptividade e interesse em novas informações por parte da gestante, este momento torna-se favorável para a promoção de saúde, pela perspectiva de introdução e incorporar novos hábitos²¹.

profissionais da saúde, tanto médicos como dentistas, sem nenhuma distinção entre eles, o reconhecimento de que a gestação é um momento oportuno para uma abordagem efetiva em relação à saúde bucal, com introdução de novos hábitos de higienização. Neste aspecto cabe a afirmação em favor de uma conduta multiprofissional de que “*o médico obstetra é o primeiro e, muitas vezes, único profissional da área da saúde a entrar em contato com a gestante*”²¹. Conforme os relatos:

“[...] É o que eu te falei. até nas crianças que estão passando comigo, puericultura, eu sempre oriento nos cuidados [...] em lugares em que a gente trabalhava, a dentista cuidava dessa parte de pediatria, então ela orientava [...] nasceu o nenê? já encaminha para mim. [...] então ela vai estar orientando sobre saúde bucal mesmo, como faz a escovação do dente direitinho. Com isso já acaba criando um hábito de estar manipulando a boca do nenê. Então fica mais fácil [...]. a criança não escova os dentes, não cuida, não faz nada. Então quando for adulto, também não vai cuidar.” (M3)

“[...] É nesse momento que a gente pensa que essa é a hora em muitas mulheres que não fazem consultas regularmente e estão em idade jovem, não têm muitas doenças e comorbidades. Então esse é o momento em que elas devem vir ao posto; é também o momento da gente acertar na consulta para o dentista, que também é uma forma de prevenção e tem que ser rotina [...] pois muitos vivem muito longe e não vão ao dentista; vêm diretamente para a gente.” (M1)

Conforme encontrado na literatura, as gestantes formam um grupo estratégico para a promoção da saúde bucal, que necessita de um programa de atenção odontológica, devido às características biopsicossociais inerentes ao processo reprodutivo e ao papel que exercerão na promoção de saúde de seus filhos²². A maneira como a gestante percebe a própria saúde bucal será a maneira que levará à motivação e adoção ou não de hábitos de cuidados com higiene bucal na criança²³.

Logo a comunicação entre os profissionais de diferentes especialidades é essencial para o atendimento satisfatório da gestante, pois possibilita um saber e um fazer interdisciplinar e, assim, melhora a integralidade da atenção à gestante. Isso possibilita que os profissionais aprendam uns com os outros e falem numa linguagem comum à luz do conhecimento científico²⁴.

Mais especificamente entre os dentistas, verificou-se que todos efetuavam procedimentos nas gestantes, quando necessários, não as excluindo sistematicamente do atendimento:

“[...] eu atendo todas em todas as fases; só que no primeiro e no último trimestre é para evitar. Evitar coisas mais complicadas, tais como extração de dentes, tratamento de canal. nesse meio termo, ou seja, no final do terceiro trimestre, quarto mês, quinto mês e no começo do sexto mês eu chego a fazer extração, mas tudo conversado direitinho com o paciente.” (D2)

“[...] Mas como a gente sabe que a saúde bucal é feita em segundo plano, a gente sempre tem que estar

Essa forma de conduta por parte dos dentistas denota a superação do paradigma cirúrgico-restaurador da odontologia que excluía sistematicamente as gestantes, sem uma avaliação com base científica do seu estado bucal e geral. O cirurgião-dentista como qualquer profissional da saúde estabelece um vínculo com a paciente grávida, ao identificar o tempo de gestação, o profissional poderá atender preventivamente e ou com procedimentos cirúrgico-restauradores quando indicados com segurança e embasamento científico, já que a intervenção dos diferentes aspectos emocionais e físicos exige cuidados e restrições a serem respeitados em cada trimestre²⁵.

A maioria dos profissionais entrevistados admitiu a necessidade e a existência de uma prática integrada entre a medicina e a odontologia, conforme os relatos:

“Existe [...] Quando, por exemplo, eu vejo uma prótese de longa data, é idoso, e a mesma está machucando eu mando direto para o dentista, apresento o paciente e já marco uma consulta. Nós temos essa conversa.” (M1)

“Sim. A maneira que ocorre a integração aqui no ESF é através de encaminhamento da gestante. Quando uma gestante passa em consulta com a médica e ela percebe necessidade da consulta odontológica, é encaminhada, e vice versa [...]” (D1)

Verificou-se que a maioria dos médicos e dentistas entrevistados que admitiram esta integração relacionavam a mesma com situações por eles vividas enquanto equipe da ESF. Ou seja, quando o profissional médico precisou do profissional dentista e vice-versa. A abordagem multiprofissional aparece em relatos recorrentes entre os entrevistados:

“Para quem trabalha nessa área de saúde da família, a gente acaba tendo uma relação porque acaba tendo uma integração na equipe. A saúde da família tem essa característica.” (D1)

“A gente tem atuação junto com a parte médica, de enfermagem; e tudo envolvido junto; é aquela questão da integralidade que é um dos princípios do SUS. Então a gente acaba assimilando isso e vendo uma situação em que o usuário que muitas vezes é da parte médica assim como o médico detecta algumas coisas que são da parte da odontologia. E nisso acaba ocorrendo uma inter-relação, uma complementaridade [...]” (D3)

A interdisciplinaridade necessária ao processo de trabalho multiprofissional, essencial na ESF, reforça a necessidade de um aprofundamento científico entre áreas do conhecimento e categorias profissionais, estabelecendo relações. Para este fim é necessária a sensibilização de cada profissional em processos de formação e educação permanente. Isto requer humildade e disponibilidade, identificando e superando dificuldades e posicionamentos divergentes em relação a um mesmo objeto²⁶.

A proposta do trabalho em equipe multiprofissional tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na

na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes e o bem-estar dos pacientes e da comunidade. Para se alcançar os objetivos os membros de uma equipe multiprofissional, uma vez respeitada a especificidade de sua formação básica, devem conhecer a ação individual de cada um dos outros membros²⁸.

Verificou-se, nas falas dos profissionais de saúde entrevistados que os mesmos atribuíam importância à inter-relação entre os diferentes profissionais, a fim de que todos os membros da equipe pudessem ter uma visão integral do paciente, melhorando, portanto, a qualidade do atendimento prestado, bem como a troca de conhecimento. A valorização desse processo de trabalho ficou mais nítida entre os dentistas, afirmando que “agilizariam” mais o atendimento prestado se conversassem com médico antes de atender o paciente, conforme o relato:

“[...] Eu preciso saber qual é o perfil do paciente acamado; eu sei o que está escrito no papel (prontuário) mas a gente conversando sabemos qual é o perfil do paciente. Antecipadamente. Se a gente já tem uma avaliação do profissional médico, já estaremos cientes do que pode ou não pode fazer [...]” (D2)

O autocuidado remete às decisões que cada indivíduo toma relacionadas à sua própria saúde, o que está diretamente ligado às condições de vida dos indivíduos e também às crenças, mitos e medos que fazem parte de seu universo cultural¹⁴.

Ficou clara a importância atribuída à saúde bucal nas respostas dadas anteriormente pelas gestantes, porém muitas delas representam saúde bucal como estética, não estabelecendo, conseqüentemente, uma relação com as possíveis repercussões sistêmicas decorrentes de uma condição de saúde bucal deficiente durante a gestação. Dessa forma as gestantes não viam a necessidade de ir ao dentista durante este período, a não ser se estivessem acometidas por alguma afecção dentária auto-percebida ou desconforto, conforme os relatos:

“Se você vai no dentista é por que está com alguma coisa na boca. Sei lá, eu nunca tive nada. Se eu não sinto nada não vou.” (G4)

“Eu fui ano passado. Eu ainda não fui esse ano. Eu não vou. Meus dentes não são muito certinhos. Por enquanto eu não preciso ir.” (G5)

Entre as gestantes a preocupação prioritária é com a saúde do filho, seja admitindo a relação da saúde bucal com a gestação ou não, frequentando o dentista durante a gravidez ou não. A representação da saúde bucal como estética para essas gestantes remete a uma menor prioridade. Algo que poderia ser deixado de lado em nome da saúde do filho que estava para nascer. Conforme os relatos:

“Sim! Porque tu cuida da questão do seu filho e não pensa tanto nos seus dentes também. Você pensa na sua alimentação, você tem que dormir bem. Então você não pensa nos dentes, tem uma cáriezinha e não pode arrumar porque está grávida.” (G6)

ela falou que eu nunca tive cárie, então não vejo tanta prioridade.” (G9)

“Eu vou pelo meu bebê, pois quero que ele nasça com saúde. Quero que ele nasça bem.” (G7)

Também pudemos observar que a maioria das gestantes, ainda que afirmassem seguir firmemente as recomendações de seus respectivos dentistas, ficava evidente a manutenção de seus hábitos costumeiros de higiene anteriores à gestação, não tendo a gravidez alterado suas rotinas quanto à saúde bucal:

“Eu escovo os dentes direitinho, uma ou duas vezes por semana, nem sempre eu uso o fio dental. Não tenho muita paciência, mas quando dá eu uso.” (G3)

“[...] eu não posso dizer que sigo corretamente, usar flúor, passar o fio dental [...] a questão é que eu escovo as três vezes que dá, manhã, tarde e noite; tem vezes em que eu escovo mais os dentes e tem vezes em que eu escovo menos os dentes[...]”(G8)

“A única coisa que eu faço é escovar os dentes; eu escovo bastante. Sei lá! Eu acho que é por esquecimento, relaxamento mesmo. Fio dental, lá de vez em quando eu passo. Mas não é sempre.” (G5)

Percebe-se nestas falas pouco conhecimento ou motivação para a manutenção de hábitos saudáveis de higiene bucal no cotidiano das gestantes. Estudos afirmam que cuidados especiais com higienização bucal durante o período gestacional são desnecessários, porém os cuidados são os mesmos que uma mulher não-grávida deve ter, ou seja, adequada higienização dos dentes com uso da escova diariamente e uso regular de fio dental¹⁰.

A literatura relata que no período pré-natal o acolhimento da gestante deve ser um objetivo no início da gravidez, considerando que neste período há mudanças de ordem física e emocional, constituindo uma experiência nova e distinta para cada gestante¹⁸.

A cultura popular precisa ser considerada quando se aborda a saúde bucal, pois se apresenta com diferentes significados e simbolismos¹⁹. Dessa forma os profissionais de saúde são importantes agentes educadores que colaboram para desmistificar medos e mitos ligados à atenção odontológica durante o período pré-natal, sem desconsiderar em sua agenda o contexto social e cultural em que as gestantes estão inseridas⁴.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde reconhecem a relação sistêmica da saúde bucal e seu possível impacto na saúde do feto de forma coerente com a literatura científica. Valorizam, em sua maioria, a abordagem integral da saúde defendendo o processo de trabalho multiprofissional da ESF, porém suas práticas são baseadas no encaminhamento da gestante entre profissionais.

Entre as gestantes a percepção da saúde bucal como estética é reducionista e pode significar um desafio a ser superado pelos profissionais da saúde no sentido de

As gestantes não reconhecem a relação entre saúde bucal e gestação ou risco de parto prematuro de forma coerente com a literatura científica. Quando estabelecem alguma relação baseiam-se em “mitos” que podem representar um ponto de partida para uma aproximação com o tema em abordagens educativas culturalmente contextualizadas, coerentes com o conhecimento atual.

Há um descompasso entre as representações sobre saúde bucal e suas implicações na gestação entre os profissionais e as gestantes.

Sugere-se que processos de educação em saúde possam levar a um novo significado do conceito de saúde bucal e suas implicações entre as gestantes, possibilitando uma melhor motivação para a mudança de hábitos cotidianos, autocuidado e procura preventiva por atenção odontológica, de forma cotidiana, sendo o período gestacional oportuno para a consulta odontológica, com ou sem queixa específica.

REFERÊNCIAS

1. Codatto AL, Nakama L, Melchior L. Percepção de gestantes sobre a atenção odontológica durante a gravidez. Cienc. saúde coletiva. 2008; 13(3): 1075-80.
2. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho Guraeschi. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
3. Correa SRS, Rosell LF, Valsuki A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. Rev. bras. saúde Matern. Infant. 2006; 6(4):405-10.
4. Britto CLA. Pré-natal odontológico e saúde bucal: Percepções e representações de gestantes. [Dissertação]. Londrina: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Londrina; 2005.
5. Passanezi E et al. Interação entre a doença periodontal e a gravidez. Periodontia. 2007; 17(12): 32-8.
6. Camata CB, Macedo FA, Duarte DA. O impacto do processo saúde-doença periodontal em gestantes em relação ao parto prematuro. RGO. 2007; 55(3):267-70.
7. Passini R, Nomura LM, Politano TG. Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco? Rev. bras. ginecol. obstet. 2007; 29(7):371-75.
8. Offenbacher S, Becker J. The oral conditions and pregnancy Study: Status of a cohort of pregnant women. J Periodontol. 2004; 75(1):116-26.
9. Offenbacher et al. Periodontal Disease and pregnancy outcomes: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2006; 61(5):307-09.
10. Konishi F, Lima P. A. Odontologia intra uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. RBO. 2002; 59(5):294-95.
11. Queiroz SMPL. Promovendo a saúde bucal nos diferentes ciclos da vida: gestante e bebê. Rev CRO Paraná. 2005; 11(51):8-9.
12. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
13. Triviño ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987.
14. Gilio AD. Saúde bucal do gestante: uma abordagem de

15. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saúde Pública*. 1988; 4(4):356-62.
16. Chaves MM. *Odontologia Social*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986. 448p.
17. Finkler M, Oleinisky DM, Bramos FRS. Saúde bucal materno infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto & contexto enferm*. 2004; 13(3):360-8.
18. Vieira FG, Zocratto KFB. Percepção das gestantes quanto a sua Saúde bucal. *RFO*. 2007; 12(2):27-31.
19. Martins RFO, Martins ZIO. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal. *Rev. ABO Nac*. 2002; 10(5):278-84.
20. Krüger L. *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. 504p.
21. Feldens et al. A Percepção dos Médicos Obstetras a Respeito da Saúde Bucal da Gestante. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr*. 2005; 5(1):41-6.
22. Scavuzzi AIF, Rocha MCBS, Vianna MIP. Influência da gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia*. 1999; 18:15-21.
23. Menino M, Bijella T. Necessidades de Saúde Bucal em Gestantes dos Núcleos de Saúde de Bauru: Conhecimentos com Relação à Própria Saúde Bucal. *Rev. FOB*. 1995; 3(1/4):5-16.
24. Saliba O, Moreira AS, Costa ICC. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. *RPG Rev. Pos Grad*. 2002; 9(3):232-43.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde e Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000. Brasília, 2000.
26. Garcia IL. Cuidados dentales en la mujer embarazada. *Rev. Rol Enferm*. 1995; 18(205):31-32.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997.
28. Oliveira MC. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades de interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. *Rev. bras. educ. méd*. 2008; 33(3): 347-55.
29. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde; conceito e tipologia. *Rev. saúde pública*. 2001; 35(1): 103-09.
30. Tomita NE. Projeto Paiva: modelo integrado de assistência em saúde bucal. *Rev. Fac. Odontol. Bauru*. 1994; 2(2):51-8.

Recebido/Received: 07/07/2010

Revisado/Reviewed: 12/03/2010

Aprovado/Approved: 27/05/2010

Correspondência:

João Luiz Gurgel Calvet da Silveira
FURB, Campus III, Rua São Paulo, 2171, Itoupava Seca,
Blumenau, SC CEP: 89030-000.
E-mail: gurgeljl@gmail.com