



Artigo original

Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil

Marlos Cesar Bomfim Cabral^a, Thiago de Santana Santos^{b,*} e Thiago Pelúcio Moreira^c

^a Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic (SLM), Campinas, SP, Brasil

^b Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP/USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^c Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 6 de novembro de 2011

Aceite a 21 de maio de 2013

On-line a 13 de julho de 2013

Palavras-chave:

Gestantes

Percepção

Saúde bucal

Programa Saúde da Família

R E S U M O

O presente trabalho objetivou compreender a percepção das gestantes do Programa Saúde da Família em relação aos problemas bucais e ao tratamento odontológico na gestação, no município de Ribeirópolis-SE. Foram entrevistadas 41 gestantes, utilizando-se um roteiro de entrevista com questões abertas e fechadas, e a análise dos resultados foi desenvolvida através de metodologia quantitativa e qualitativa. Os resultados mostraram que a grande maioria das gestantes acreditam em mitos e crenças enraizados na cultura popular, no que se refere principalmente a prejuízos à saúde bucal decorrentes da gestação e à contraindicação do tratamento odontológico na gravidez. Concluiu-se que os profissionais das equipes de saúde devem buscar desmistificar tais mitos e crenças, priorizando ações de promoção de saúde que conduzam à melhoria da saúde bucal e qualidade de vida tanto da mãe quanto dos seus filhos.

© 2011 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Perception of the pregnant women of the family health program in relation to the oral health in Ribeirópolis, Sergipe, Brasil

A B S T R A C T

The present work aimed to understand the perception of pregnant women in the Family Health Program related to the oral problems and dental treatment during gestation, in the city of Ribeirópolis-SE. Forty-one pregnant women were interviewed based on direct or indirect questions by following a script, and the analysis of this results were developed through quantitative and qualitative methodology. The results indicated that the great majority of pregnant women worry about myths and beliefs truly mixed into the local popular culture namely the damages of oral health care during gestation and the contraindication of any odontology treatment in pregnancy.

Keywords:

Pregnant women

Perception

Oral health

Family Health Program

* Autor para correspondência.

Correio eletrônico: thiago.ctbmf@yahoo.com.br (T.S. Santos).

We found that health care professionals must clarify such myths and beliefs, prioritizing oral health actions that may lead to the improvement of oral health and to the quality of life of mother and children.

© 2011 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

O período gestacional é um momento único e especial na vida da mulher. Representa uma época repleta de oportunidades de interação das mulheres com os serviços de saúde, possibilitando uma atuação dentro da perspectiva de promoção da saúde, educação em saúde, prevenção, identificação e tratamento de problemas tanto da gestante quanto de seu futuro filho¹. A atenção integral à gestante no pré-natal constitui hoje, sobretudo no Programa Saúde da Família (PSF), fator relevante para os profissionais de saúde, uma vez que quando a mulher é assistida e cuidada neste período melhora-se a possibilidade de uma gravidez tranquila e filhos saudáveis².

Diante da necessidade de atenção específica à gestante, foi instituído, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e a assistência ao parto e puerpério. Desta maneira, é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária dos profissionais de saúde e organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e humanizado³.

Assim, de acordo com as Diretrizes da política nacional de saúde bucal⁴ propostas em 2004, as ações educativo-preventivas com gestantes qualificam sua saúde e tornam-se fundamentais para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. Em trabalho conjunto com a equipe de saúde, a gestante, ao iniciar o pré-natal, deve ser encaminhada para uma consulta odontológica, que minimamente inclua os seguintes atos: orientação sobre a possibilidade de atendimento durante a gestação, exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal, diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo, diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento, e orientações sobre hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal.

O período gestacional revela-se como oportunidade peculiar para a prevenção de problemas bucais e para a educação em saúde, já que as gestantes se encontram receptivas e ávidas de conhecimentos que possam contribuir para o bem-estar do bebê⁵.

No entanto, a saúde bucal da gestante é cercada de muitas dúvidas e crenças que são passadas ao longo dos tempos, através de experiências relatadas por suas avós, mães e outras gestantes. Vários estudos têm evidenciado que as gestantes desconhecem fatores biomédicos importantes referentes à saúde bucal⁶⁻¹³ e possuem percepções arraigadas na cultura popular no que diz respeito às doenças bucais e gravidez, bem como ao tratamento odontológico no período gestacional¹¹⁻¹⁵.

Desta maneira, muitas gestantes não colocam o pré-natal odontológico como prioridade^{11,12,14,16-18}, contribuindo para

o agravamento de problemas bucais e para a precariedade das condições bucais tanto da mãe quanto de suas crianças.

Neste sentido, a educação em saúde bucal para gestantes deve ser enfatizada, uma vez que as mães exercem um importante papel no núcleo familiar, atuando como multiplicadoras de informações, formando opiniões e construindo muitos comportamentos que seus filhos terão^{19,20}.

Torna-se indispensável, portanto, que as equipes de saúde amadureçam na perspectiva de desmistificar crenças relacionadas com a saúde bucal e gravidez, sem, contudo, aviltar o saber popular, destacando a importância da prevenção e promoção da saúde durante o período pré-natal. Diante disto, as principais questões levantadas neste estudo foram: (a) qual a percepção das gestantes em relação às doenças bucais no período gestacional? e b) qual a percepção das futuras mães no tocante ao tratamento odontológico durante a gravidez?

Considerando que o PSF destaca a atenção a grupos prioritários, em especial gestantes e crianças, e que as mães desempenham importante papel na saúde de seus filhos, este estudo buscou compreender a percepção das gestantes no que concerne aos problemas bucais e ao tratamento odontológico na gravidez, em Ribeirópolis-Sergipe (SE).

Metodologia

O estudo tratou-se de uma pesquisa do tipo exploratória, de natureza descritiva, utilizando os recursos técnicos da abordagem qualitativa. O espaço geográfico da pesquisa foi o município de Ribeirópolis-SE, situado na região oeste, agreste sergipano, a 75 km da capital Aracaju. Possui uma área territorial de 262 km² e uma população residente estimada de 16.320 habitantes. As principais atividades econômicas são: comércio, agricultura (feijão e milho) e pecuária (bovinos). Trata-se de uma cidade que possui muitos comerciantes, sendo conhecida como «terra de comerciantes bem-sucedidos», pois várias pessoas do lugar adquiriram belas casas trabalhando apenas como feirantes.

Percebeu-se claramente duas realidades distintas entre as zonas urbana e rural. Na zona urbana a maior parte das pessoas sobrevivem através da renda proveniente de emprego no setor público municipal e no setor privado, bem como através da renda do trabalho autônomo, sendo que as mulheres na sua maioria são donas de casa. Além disto, todas as ruas são pavimentadas e todas as casas contam com o sistema de água tratada de abastecimento público. Já na zona rural a grande parcela das famílias não possui renda fixa e praticam a agricultura de subsistência, porém muitas mulheres trabalham como empregadas domésticas e diaristas. A maioria das ruas não são pavimentadas e muitas residências não são contempladas pelo sistema público de abastecimento de água.

Corresponde a um município privilegiado do agreste sergipano por possuir 2 indústrias que geram emprego e renda.

Conta também com a atuação da Fundação Paes Mendonça, no povoado Serra do Machado, que tem beneficiado a população local através das instituições de ensino fundamental e de educação infantil, filarmônica, asilo e cooperativa das bordadeiras.

A Igreja Católica – Igreja Matriz de Ribeirópolis Sagrado Coração de Jesus – possui grande legitimidade para a população municipal, sendo a principal responsável pelos eventos religiosos e filantrópicos da região.

Em relação à atenção à saúde pública, Ribeirópolis possui atualmente 8 unidades de saúde, distribuídas nas zonas rural e urbana, 6 equipes de saúde da família, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e 4 equipes de saúde bucal, compostas por cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário.

Foi neste contexto que se situou o presente trabalho, no qual as gestantes inscritas no PSF mencionaram suas percepções sobre saúde bucal. A escolha pelo município de Ribeirópolis-SE se deu em virtude da atuação do pesquisador no PSF da região e pelo desejo de que os resultados deste estudo possam servir como instrumento para planejamento de ações em saúde bucal dirigidas às mulheres no período pré-natal.

Neste estudo, as gestantes foram pesquisadas em 2 estabelecimentos de saúde onde atuam as equipes de saúde da família: Clínica de Saúde de Ribeirópolis, localizada na sede do município, e Centro de Saúde Irmã Alice de Jesus Fernandes, situado no povoado Serra do Machado. Inicialmente, as gestantes eram esclarecidas sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, as entrevistas eram realizadas.

A amostra foi constituída por 41 mulheres grávidas, que corresponderam ao total de gestantes cadastradas no programa de pré-natal (SIS-PRENATAL) no mês de fevereiro de 2010 e acompanhadas pelo PSF local.

Para a coleta de dados, a técnica escolhida foi a entrevista, utilizando como instrumento um roteiro de entrevista, elaborado exclusivamente para a pesquisa, contendo 3 blocos de perguntas: dados pessoais e sócio-econômicos (idade, estado conjugal, nível de escolaridade, ocupação, renda familiar e local de residência), dados sobre a gestação (trimestre de gestação, número de gestações e orientação sobre saúde bucal) e informações acerca da percepção sobre problemas bucais e tratamento odontológico na gravidez.

Realizou-se análise qualitativa através do método hermenêutico-dialético proposto por Minayo²¹, após a transcrição e codificação dos dados e informações coletados. Esta etapa envolveu a organização do material de acordo com as unidades de contexto, elaboração das categorias, experiência pessoal do pesquisador e, posteriormente, o confronto dos dados a partir do referencial teórico sobre o assunto. Com o propósito de preservar a identidade das gestantes pesquisadas, seus nomes foram substituídos. As falas apresentadas foram destacadas do texto em *itálico* e entre aspas e transcritas respeitando-se a grafia e a sintaxe utilizadas pelas entrevistadas.

A partir do método hermenêutico-dialético, foram identificadas as seguintes temáticas centrais relacionadas à percepção das gestantes sobre saúde bucal, visando atingir os objetivos propostos: conceito de saúde, processo

saúde/doença bucal, gravidez e problemas bucais e tratamento odontológico na gestação.

A abordagem qualitativa favorece a identificação em detalhes das atitudes, necessidades e valores de grupos-alvo específicos, além da avaliação de programas de educação em saúde e de políticas sociais voltadas para a saúde bucal²². Esta avaliação demanda uma compreensão mais profunda de opiniões, significados, emoções, ações e o modo como tudo isto interfere no comportamento em saúde no ambiente onde o indivíduo vive^{23,24}.

Através da pesquisa qualitativa é possível aprofundar o conhecimento em estágio precoce da pesquisa²⁴, investigar questões sociológicas relacionadas à saúde²³, entender comportamentos não aparentes, além de revelar de maneira acurada e com bases científicas o pensamento dos indivíduos sobre a atenção em saúde bucal e acesso à assistência odontológica²².

Os dados quantitativos foram processados através do programa Microsoft Excel 2003® e SPSS 13.0® e apresentados em forma de tabelas, com valores absolutos e percentuais.

Para Minayo²¹, o trabalho de pesquisa de caráter quantitativo permite uma menor incidência de erros nos resultados, visto que sua abordagem, desde a antiguidade, oferece uma margem de dados estatísticos regulares, matemáticos, além de possibilitar uma interação entre o pensamento e a linguagem e o seu desenvolvimento mútuo, possuindo ainda a importância de mensurar, observar e representar extensivamente o objeto estudado, como também a interpretação dos fatos em suas diversas formas.

Por se tratar de estudo que envolve seres humanos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob o protocolo n.º 007/2006.

Resultados e discussão

Os resultados foram apresentados através de três seções – aspectos sócio-econômicos, dados sobre a gestação e percepção sobre saúde bucal – e analisados de forma qualitativa, correlacionando-os com o referencial teórico pesquisado.

Adentrando no contexto sócio-econômico

Algumas características pessoais e sócio-econômicas foram apresentadas para se conhecer o grupo estudado (*tabela 1*). As gestantes participantes da entrevista estavam na faixa etária de 17-37 anos, sendo predominante o estado conjugal casado (85,3%).

A maioria das gestantes possuía o segundo grau completo (39,0%), discordando dos estudos de Menino e Bijella¹⁶, Stamford et al.¹⁰, Santos-Pinto et al.¹² e Tiveron et al.¹⁸, em que a maior parte das mulheres grávidas pesquisadas – 62,3, 62,5, 45,7 e 55,9%, respectivamente – possuíam apenas o primeiro grau.

Em relação à ocupação, 46,3% das entrevistadas tinham como ocupação principal os afazeres domésticos. Este resultado corrobora com os achados de Menino e Bijella¹⁶ (59,3%)

Tabela 1 – Distribuição das gestantes segundo características sócio-econômicas

Características sócio-econômicas	n	%
Estado conjugal		
Casado	35	85,3
Solteiro	05	12,2
Separado	01	2,5
Nível de escolaridade		
Analfabeto	02	4,9
1.º grau incompleto	07	17,1
1.º grau completo	10	24,5
2.º grau incompleto	06	14,7
2.º grau completo	16	39,0
Ocupação		
Dona de casa	19	46,3
Autônoma	08	19,5
Comerciária	07	17,1
Estudante	05	12,2
Empregada doméstica	02	4,9
Renda Familiar		
Sem renda fixa	05	12,2
Menor que um salário mínimo	05	12,2
1-2 salários mínimos	27	65,8
Maior que 2 salários mínimos	04	9,8
Local de residência		
Zona urbana	17	41,4
Zona rural	24	58,6

e Tiveron et al.¹⁸ (58,8%), uma vez que a maioria das gestantes por eles pesquisadas também referiram ser donas de casa.

Mais da metade das futuras mães (65,8%) possuía renda familiar de um a 2 salários mínimos. Os trabalhos de Menino e Bijella¹⁶ e Tiveron et al.¹⁸ também mostraram que 70,6 e 81,3% das gestantes, respectivamente, vivem com menos de 3 salários mínimos.

Quanto ao local de residência, 41,4% das mulheres moravam na zona urbana e 58,6% moravam na zona rural. No entanto, em estudo realizado por Santos-Pinto et al.¹², a grande maioria das gestantes (91,1%) residiam na zona urbana.

Nove meses de espera: investigando a gestação

No que concerne à gestação, buscou-se algumas informações que pudessem exprimir o curso e experiências do período pré-natal no recorte de mulheres pesquisado (tabela 2). Os resultados mostraram que 17,0% das gestantes estavam no primeiro trimestre, 56,1% no segundo e 26,9% no terceiro. Entretanto, a maioria das gestantes pesquisadas por Maeda et al.¹¹ (49,13%) e por Santos-Pinto et al.¹² (53,8%) estavam no terceiro trimestre de gestação.

Quanto ao número de gestações, 53,6% eram primigestas, ou seja, estavam na primeira gravidez, e 46,4% eram multigestas (tabela 2), concordando com o estudo de Santos-Pinto et al.¹², em que a maioria das gestantes entrevistadas (48,1%) eram primigestas. Todavia, o trabalho de Maeda et al.¹¹ mostrou que 64,65% das mulheres pesquisadas eram multigestas e apenas 35,5% eram primigestas.

Verificou-se também que durante o período gestacional apenas 31,7% das gestantes pesquisadas receberam

Tabela 2 – Distribuição das gestantes quanto a informações sobre a gestação

Informações sobre a gestação	n	%
Trimestre de gestação		
Primeiro	07	17,0
Segundo	23	56,1
Terceiro	11	26,9
Gestações		
Primigesta	22	53,6
Multigesta	19	46,4
Orientação sobre saúde bucal durante a gestação		
Sim	13	31,7
Não	28	68,3

orientações sobre saúde bucal, ao passo que 68,3% delas não receberam nenhuma orientação (tabela 2). Estes resultados estão em concordância com os identificados por Menino e Bijella¹⁶ e Tiveron et al.¹⁸, uma vez que em suas pesquisas 95,3 e 97,6% das mulheres, respectivamente, não receberam no período gestacional nenhum tipo de orientação sobre saúde bucal.

Dando a luz a um sorriso: a percepção sobre saúde bucal

Para facilitar a compreensão, os aspectos referentes à percepção das gestantes sobre saúde bucal foram divididos em 4 temáticas principais que seguem.

Conceito de saúde

Os depoimentos das gestantes no que se refere ao conceito de saúde remetem a uma associação da saúde com a ausência de doença: «Pra mim saúde é não ter doença... é tá bem», Filomena, recepcionista de 23 anos; «Eu acho que saúde é viver bem, sem nenhuma doença ou problema de saúde», Hinaiaira, estudante de 20 anos; «Saúde é ter todo o corpo saudável...», Wanilda, babá de 25 anos. Poucas entrevistadas conseguiram emitir um conceito mais abrangente para a saúde, como fica ilustrado no depoimento de Gioconda, dona de casa de 29 anos: «Pra mim saúde é estar bem no físico, no emocional e no espiritual...».

Os relatos sobre o conceito de saúde, baseado na explicação eminentemente biomédica, ainda é comum nos dias atuais. Percebe-se que a visão do problema de saúde e os comportamentos de busca de saúde se ativam unicamente quando a dor, a infecção ou a moléstia estão presentes em alguns dos membros do grupo familiar¹⁶. Porém, o processo saúde/doença não deve ser considerado apenas do ponto de vista biológico. É importante analisar a concepção de saúde dentro de um largo espectro social, político, econômico e cultural, uma vez que o indivíduo não é somente um ser físico, que esporadicamente é acometido por doença, mas também é um ser social, devendo-se levar em conta as diferenças entre as pessoas que vivem em condições bastante distintas, no mais amplo sentido.

Assim, em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) confere à saúde o estado de completo «bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade»²⁵. Este conceito, criticado por muitos autores, não remete à importância da promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos²⁶.

Já a Conferência de Ottawa, em 1986, veio a confirmar a importância da definição ampla de saúde, na medida em que associa à saúde valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania e paz, conferindo ao conceito uma dimensão integradora e complexa, dentro de uma perspectiva inovadora de promoção da saúde²⁷. A conferência enfatiza ainda ser a saúde um conceito positivo, um recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como importante dimensão da qualidade de vida²⁸.

Por outro lado, Canguilhem²⁹ traz uma importante contribuição conceitual ao tratar o conceito de saúde colocando em xeque a concepção de saúde como oposto de doença. Este autor afirma que é valendo-se da capacidade dos indivíduos para tolerar as infidelidades e variações do meio que se deve pensar o conceito de saúde. Outrossim, reforça que as intervenções em saúde necessitam se orientar, não apenas a fim de impedir que a doença aconteça, mas também prover meios para que os indivíduos e grupos possam adoecer e recuperar-se.

É mister destacar que as concepções de saúde, apesar de por vezes não corresponderem ao conhecimento científico, podem ser integradas ao conhecimento social e cultural de uma população e influenciadas por fatores históricos de uma determinada época, convergindo ou divergindo de acordo com o extrato social³⁰. Desta forma, Canguilhem²⁹ defende que a saúde não pode ser concebida como um conceito científico, e sim vulgar, ou seja, ao alcance de todos. E isto porque, segundo Caponi³¹, a saúde implica uma experiência subjetiva vivenciada pelo sujeito, que não pode ser totalmente apreendida pelo conhecimento científico nem se pretender um conceito de valor universal.

Torna-se claro, portanto, que o conceito de saúde é algo em construção, dependente de valores sociais, culturais, subjetivos e históricos. Trata-se de uma relação harmoniosa que oportuniza aos indivíduos viver com qualidade, de relações mais solidárias, de respeito à natureza e responsabilidade ecológica, relações cidadãs com o Estado, com perspectivas positivas para a vida e para o futuro. O significado destas relações é a construção da saúde num sentido mais amplo, de luta contra as desigualdades, construção da cidadania e da constituição de sujeitos.

Assim, a promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia que requer a articulação de saberes técnicos e populares, atuações intersetoriais e a participação da comunidade, de modo a garantir que as forças e recursos aplicados neste sentido atinjam seus objetivos em seus múltiplos aspectos na busca da qualidade de vida para a população³².

Processo saúde/doença bucal

As gestantes conferem ao adoecimento bucal o fato de haver na boca dentes cariados, necessitando de tratamento e extração, como relata Adelaide, doméstica diarista de 33 anos: «A nossa saúde bucal fica ruim quando a gente tem dentes furados e que precisa ser arrancado». Para elas, a saúde bucal torna-se muito restrita à saúde dos dentes, como algo compartimentalizado, não fazendo parte do restante do organismo, como ressalta a seguinte fala: «...Eu acho que saúde bucal é ter todos os dentes são, sem buracos», Laudicéia, feirante de 35 anos.

A saúde bucal, como parte integrante da saúde geral, deve ser compreendida não apenas por processos mórbidos,

localizáveis biológica e individualmente, mas também fundamentada nos determinantes sociais e nas relações que os indivíduos estabelecem entre si ao viverem em sociedade. E isto pode ser evidenciado no relatório da I Conferência Nacional de Saúde Bucal: «A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso aos serviços de saúde e à informação»³³.

Neste sentido, é preciso que todos os indivíduos incorporem a dimensão mais profunda do processo saúde/doença que é determinado socialmente, uma vez que a saúde deve ser garantida aos cidadãos mediante a adoção de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. Com isto, Canguilhem²⁹ apresenta a possibilidade e a necessidade de tratar da questão da saúde através da participação de todos os atores sociais que vivenciam a experiência do processo saúde/doença, na produção de conhecimento e nas intervenções sobre este processo.

Contudo, algumas gestantes relataram que «saúde bucal é ter dentes limpos e saudáveis, fazendo boa escovação...». Percebe-se que muitas mulheres já compreendem a importância do controle do biofilme bacteriano para a manutenção da saúde bucal. Os métodos eficientes de prevenção e controle das doenças bucais já são bastante conhecidos. No entanto, existe ainda a necessidade de mudanças na forma de abordagem destas doenças. Tais mudanças implicariam em trabalhar com os seus fatores determinantes e não somente com seu caráter biológico, incluindo maior interação por parte das políticas de saúde, que passariam a entender a saúde bucal como parte de um todo³⁴.

Outro fato relevante é que muitas gestantes vêem a escovação como algo capaz de propiciar dentes mais embelezados, o que pode ser evidenciado pelo relato de Jussara, estudante de 19 anos: «Se a gente escova os dentes, fica com os dentes mais bonitos e com uma aparência melhor... pra mim saúde bucal é isso, é ter dentes bonitos». Parece haver cada vez mais a busca por uma aparência estética melhor, baseada em estereótipos mitificados pela mídia e pela sociedade moderna. A saúde bucal tem sido sinônimo de dentes bonitos, brancos e harmônicos, muitas vezes sem levar em conta os perfis individuais e os aspectos sócio-econômico-culturais dos indivíduos.

Gravidez e problemas bucais

Para a maioria das gestantes (63,4%) há ocorrência de problemas bucais durante o período gestacional, no entanto, 36,6% afirmaram não existir esta relação (tabela 3). Em contrapartida, 52,4% das gestantes pesquisadas por Tiveron et al.¹⁸ relataram não acreditar que a gestação induz ao aparecimento de alterações na cavidade bucal.

O desconhecimento das gestantes sobre aspectos importantes relacionados à atual abordagem da odontologia no período gestacional tem proporcionado um hiato entre as mulheres grávidas e o pré-natal odontológico, o que, por outro lado, tem contribuído para a precariedade das condições bucais neste recorte da população e nas crianças ainda na primeira infância.

Do total de entrevistadas que atribuíram à gestação um período propício ao estabelecimento de doenças bucais, 38,4%

Tabela 3 – Distribuição das gestantes em relação aos problemas bucais e ao tratamento odontológico na gravidez

Problemas bucais e tratamento odontológico na gravidez	n	%
<i>Percepção sobre problemas bucais no período gestacional</i>		
Sim	26	63,4
Não	15	36,6
<i>Problemas bucais</i>		
Cárie dentária	10	38,4
Sangramento gengival	08	30,8
Aumento de salivação	08	30,8
<i>Realização de tratamento odontológico na gestação</i>		
Sim	17	41,5
Não	24	58,5
<i>Percepção sobre a indicação do tratamento odontológico na gravidez</i>		
Sim	15	36,6
Não	26	63,4

referiram a cárie dentária como o principal problema bucal de aparecimento na gravidez, 30,8% o sangramento gengival e 30,8% o aumento da salivação (tabela 3). Estes achados estão em discordância aos obtidos por Santos-Pinto et al.¹², em que a maioria das gestantes por eles pesquisadas (20,3%) apontaram que o sangramento gengival é a condição bucal mais comumente encontrada durante o período gestacional, seguida de aumento de salivação (18,5%) e queda de restaurações (8,6%).

Muitas gestantes relataram ser a cárie dentária uma ocorrência inerente à gravidez, uma vez que para elas «é porque os dentes ficam fracos» ou então «porque o nenê tira cálcio dos dentes da gente quando a gente tá grávida». Além disto, algumas falas denotam a falta de conhecimento acerca do processo saúde/doença que ocorre na cavidade bucal: «Não tem jeito... já é a terceira barriga e toda vez que fico grávida meus dentes fica furado e quebra...», Madalena, vendedora de 24 anos; «Sinto muita dor de dente quando tô grávida... as obturações caem toda, fica um monte de buraco nos dentes», Rivalda, dona de casa de 27 anos.

Para Oliveira e Oliveira³⁵, embora muitas mulheres afirmem sofrer aumento de lesões de cárie durante a gravidez, evidências sugerem que seu estado não contribui diretamente no processo da cárie. Antes, isto pode ser atribuído a um ou mais fatores: a sensibilidade gengival e os enjões podem fazer com que a grávida evite escovar os dentes e passar o fio dental, resultando em acúmulos de biofilme bacteriano por higiene bucal negligenciada; a capacidade estomacal diminui enquanto a gravidez avança e, muitas vezes, as futuras mães alimentam-se com mais frequência, deste modo, expondo seus dentes a desafios ácidos.

Neste aspecto, tanto a cárie dentária quanto a doença periodontal, bem como suas consequências, podem ser evitadas através do controle dos fatores irritantes locais, com o conhecimento e prática de técnicas de higiene bucal adequadas³⁶. Para isto, é imprescindível que as gestantes estejam motivadas a realizar a higiene bucal e que os cirurgiões-dentistas estejam preparados para promover a saúde bucal através de aproximações sucessivas ao contexto sócio-econômico-cultural em que as mulheres grávidas estejam inseridas.

Tratamento odontológico na gestação

Ao serem questionadas sobre a realização de tratamento odontológico durante o período pré-natal, 41,5% das gestantes afirmaram ter recebido ou estarem recebendo o tratamento e 58,5% responderam que não foram atendidas pelo cirurgião-dentista no transcorrer da gestação (tabela 3). Resultados mais preocupantes foram verificados nos estudos de Menino e Bijella¹⁶, Maeda et al.¹¹ e Santos-Pinto et al.¹², em que apenas 25, 39,6 e 17,3% das mulheres pesquisadas, respectivamente, tinham recebido atenção odontológica durante a gravidez.

Segundo Alves², o pré-natal odontológico deve ser considerado uma etapa essencial por todos os membros que trabalham no PSF e por todas as mulheres grávidas. Para tanto, deve-se trabalhar visando a sensibilização desses atores sociais, de tal modo que a atenção odontológica para as gestantes passe a ser rotina nas unidades básicas de saúde e que as equipes de saúde bucal possam sair do seu restrito espaço clínico e buscar a integralidade das ações junto aos demais profissionais da equipe de saúde da família.

No entanto, as justificativas mais comuns das gestantes pela não realização do pré-natal odontológico estiveram relacionadas principalmente à baixa percepção de necessidade, corroborando com o trabalho de Albuquerque et al.¹⁵. Muitas mulheres relataram que não havia necessidade de tratamento já que «os dentes tavam bons», ou mesmo porque «todos os dentes já tão tratados».

Alguns depoimentos mostraram indiferença para a saúde bucal, comodismo, falta de motivação para ir ao dentista e medo, como se percebe nas seguintes falas: «... Não precisei ir no dentista, aliás nem pensei em ir...», Dalecárdea, costureira de 30 anos; «Eu tenho muito preguiça de ir no dentista, ainda mais de barrigão... é uma dificuldade pra eu sair de casa com essa barriga, os pés incham, eu fico cansada...», Geórgia, dona de casa de 26 anos; «Pra falar a verdade eu tenho muito medo de dentista, sofro demais naquela cadeira, afi... dá vontade de correr da sala», Romina, lavradora de 34 anos.

Algumas gestantes ainda reportaram as dificuldades para ir até a unidade de saúde fazer o tratamento odontológico, como ilustra o relato de Wanda, promotora de vendas de 22 anos: «Eu moro longe, não tenho como ir no posto». Já outras declararam falta de tempo: «...Não tenho tempo pra fazer tratamento dentário, ainda mais agora que tô grávida», Catarina, estudante de 18 anos.

Percebe-se que existe uma falta de valorização da saúde bucal pelas gestantes, sendo que muitas mulheres atribuem à gravidez um empecilho à realização do pré-natal odontológico. Isto revela que não há uma consciência das mulheres sobre o seu papel diante de questões sanitárias indispensáveis para a melhoria das condições de saúde no núcleo familiar. Desta forma, a grande maioria das mães são fortemente cobradas em relação ao seu papel social na saúde familiar, sendo culpadas pelas condições de saúde bucal dos seus filhos.

Ademais, muitas vezes não é dada à mãe a opção de fazer seus filhos crescerem sem problemas bucais, porque ela simplesmente desconhece que existe uma postura de prevenção e que ela é determinante neste processo.

A respeito da indicação do tratamento odontológico durante a gravidez, 36,6% das mulheres pesquisadas afirmaram que o pré-natal em saúde bucal pode ser realizado com segurança, porém, a maioria (63,4%) acredita que há contraindicação (tabela 3). Em contrapartida, a maioria das

gestantes pesquisadas por Santos-Pinto et al.¹² (72,2%) e por Leite¹³ (64,5%) relataram não haver contraindicação para a realização do tratamento odontológico no período gestacional.

O percentual elevado de gestantes que reportaram a contraindicação denota uma percepção fortemente associada a aspectos culturais, não somente sobre a indicação do tratamento, como também sobre a importância do pré-natal odontológico, uma vez que a gestação é um período propício para a aquisição de novos conhecimentos e para mudanças de hábitos saudáveis que visam a melhoria da saúde bucal tanto da mãe quanto de seus filhos.

Os motivos que levam a maioria das entrevistadas a acreditarem que há riscos se o tratamento odontológico for realizado durante a gravidez estão diretamente relacionados a relatos de familiares, amigos, vizinhos, curandeiros e até mesmo profissionais de saúde que vão passando como uma herança cultural fortemente disseminada na sociedade. As citações mais frequentes foram: «Medo de prejudicar o bebê», «minha mãe disse que faz mal», «todo mundo fala que não pode», «não pode arrancar, porque dáorragia», «não pode tomar anestesia», «a gente pode desmaiar e até perder o bebê».

Alguns depoimentos definem bem esta problemática, bastante enraizada na cultura popular: «Porque pode ter muitos problemas pra meu filho... Tanto minha mãe como minhas irmãs não iam no dentista quando tavam grávidas e sempre me dizem pra eu não ir...», Tâmisia, servente de 32 anos; «Porque dói muito quando a gente tá grávida e eu ouvi dizer que meu filho pode nascer com problema», Cacilda, lavradora de 37anos; «Dizem que eu posso perder meu filho... eu não quero isso», Francisca, balconista de 23 anos.

Apreende-se que são muitos os mitos e crenças que desaconselham as gestantes a procurarem o cirurgião-dentista, dificultando o acesso das mulheres à assistência odontológica e aos meios que beneficiam sua saúde e a de seu futuro bebê.

Diante disto, o profissional da odontologia e as equipes de saúde bucal precisam cada vez mais atuar como agentes promotores de saúde, contribuindo para desmistificar conceitos tradicionalmente conservados pelas gestantes, seja no contato direto ou no planejamento das ações coletivas, extrapolando sua atuação para além dos serviços de reparação de danos causados pelas doenças bucais.

O bom nível de conscientização das mães, que deve ser estimulado no período pré-natal, está diretamente ligado ao empenho da equipe de saúde e de todos os atores sociais envolvidos na promoção da saúde. Deve-se atentar que mudar mitos e crenças arraigados na cultura popular não é algo que ocorre com tanta facilidade, por isto, a educação em saúde bucal torna-se um instrumento necessário dentro da Estratégia Saúde da Família que deve ser levado a sério por todos que compõe este modelo de atenção à saúde.

Conclusões

Com a realização deste estudo, constatou-se que a maioria das gestantes acreditam em muitas crenças envolvidas e enraizadas na cultura popular, no que diz respeito aos problemas bucais e ao tratamento odontológico durante a gestação, contribuindo para o distanciamento das mulheres da atenção odontológica neste período.

Os profissionais que compõem as equipes de saúde da família e as equipes de saúde bucal devem buscar desmistificar mitos e crenças em torno da odontologia na gravidez, proporcionando educação contínua e culturalmente adequada ao estilo de vida das gestantes e, assim, gerar subsídios para a melhoria da condição de saúde bucal das mães e de seus filhos e suas relações com a problemática social.

Torna-se imprescindível que os cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família estejam conscientes da importância dos programas de atenção odontológica à Estratégia gestante e realmente priorizem a assistência a esta demanda, fundamentalmente devido ao importante papel que as mães exercem na promoção da saúde bucal dos seus filhos.

Por outro lado, o sistema formador de recursos humanos deve repensar para quem, como e com que propósitos vem formando os profissionais da área odontológica. É fato que os cirurgiões-dentistas que atuam na Estratégia Saúde da Família não tiveram preparo durante a graduação para lidar com os problemas enfrentados na saúde pública, principalmente no que diz respeito às ações de promoção da saúde a grupos específicos, como é o caso das gestantes. Portanto, a educação continuada se constitui num instrumento capaz de sensibilizar os cirurgiões-dentistas para o trabalho com gestantes segundo os pressupostos da atual realidade que envolve a atenção básica à saúde no país.

A partir desta pesquisa, torna-se evidente a necessidade emergencial de reformulação das estratégias que beneficiem a atenção integral às gestantes, de acordo com as diretrizes de uma política nacional de saúde, dentro de um modelo que valorize a humanização, a resolutividade e a relevância social e que contemple efetivamente os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Agradecimentos

À Prefeitura Municipal de Ribeirópolis-SE, através da Secretaria Municipal de Saúde, e às gestantes participantes da pesquisa.

BIBLIOGRAFIA

1. Ribeiro Filho B. Avaliação de qualidade da atenção pré-natal em quatro unidades do Programa de Saúde da Família do município de Manaus-AM. Manaus: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. Dissertação de Mestrado.
2. Alves CS. Atenção odontológica no pré-natal: a percepção das gestantes do bairro Padre Palhano, Sobral-CE. Sobral: Escola de Formação de Saúde da Família Visconde de Sabóia; 2004. Monografia de Especialização.
3. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

5. Konishi F, Konish R. Odontologia intra-uterina: um novo modelo de construção de saúde bucal. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN, organizadores. *Odontopediatria: prevenção*. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2002. p. 155-66.
6. Goepel E, Goepel K, Stock KH, Gunay H. The need for cooperation between the gynecologist and dentist in pregnancy: a study of dental health education in pregnancy. *Gehurtshife Frauenheilkd*. 1991;3:231-5.
7. Gunay H, Goepel K, Stock KH, Schneller T. Position of health education knowledge concerning pregnancy. *Oralprophylaxe*. 1991;13:4-7.
8. Barbosa TRCL, Chelotti A. Avaliação do conhecimento de aspectos da prevenção e educação em odontologia, dentição decídua e oclusão, em gestantes e mães até 6 anos pós-parto, como fator importante na manutenção da saúde bucal da criança. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 1997;1:13-7.
9. Baroni de Carvalho R, Sarcinelli R, Barroso AA. Conhecimentos e atitudes de mães sobre saúde oral. *JBC*. 2000;16:29-32.
10. Stamford T, Pereira D, Grinfeld S, Rebelo C. Risco de cárie e grau de conhecimento da saúde oral em gestantes do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP. *Revista do IMIP*. 2000;1:73-8.
11. Maeda F, Toledo L, Pandolf M. A visão das gestantes quanto às condutas odontológicas na cidade de Franca (SP). *UFES Rev Odontol*. 2001;2:8-14.
12. Santos-Pinto L, Uema APA, Galassi MAS, Ciuff NJ. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2001;20:429-34. Monografia de Especialização.
13. Leite ICC. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe; 2005.
14. Martins RO, Martins ZO. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal. *Rev ABO Nac*. 2002;5:278-84.
15. Albuquerque OM, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil, 3. *Cad Saúde Pública*; 2004. p. 789-96.
16. Menino RM, Bijella VT. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru: conhecimentos com relação à própria saúde bucal. *Rev FOB*. 1995;1/4 Supl:5-16.
17. Costa ICC, Marcelino G, Berti-Guimarães M, Saliba NAA. A gestante como agente multiplicador de saúde. *RPG Rev Pos Grad*. 1998;2:87-92.
18. Tiveron ARF, Benfatti SV, Bausells J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestantes do município de Adamantina-SP. *JBP Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2004;35:66-77.
19. Shein B, Tsamtsouris A, Rovero J. Self reported compliance and the effectiveness of prenatal dental education. *J Clin Pediatr Dent*. 1991;2:102-8.
20. Medeiros EB, Rodrigues MJ. Conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal de seu bebê. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2003;5:381-6.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.
22. Blinkhorn AS, Leathar DS, Kay JK. An assessment of the value of qualitative and quantitative data collection techniques in oral health promotion research. London: British Dental Association Headquarters; 1992.
23. Nettleton S. Understanding dental health beliefs: introduction to ethnography. *Br Dent J*. 1986;161:145-7.
24. Gift HC. Values of select qualitative methods for research, education and policy. *J Dent Educ*. 1996;60:703-8.
25. Callahan D. The WHO definition of health. *Stud Hastings Center*. 1973;1:1-3.
26. Almeida Filho N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev Bras Epidemiol*. 2000;3:4-20.
27. Guimarães TAA, Melo AA, Silva AA, Fernandes MH. A concepção de professores do ensino fundamental do município de Jequié-BA sobre saúde-doença. *Rev Saúde e Com*. 2005;1:95-9.
28. Alves RB. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:319-22.
29. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
30. Armond JE, Temporini ER. Crenças sobre saúde ocular entre professores do sistema público de ensino do município de São Paulo. SP-Brasil *Rev Saúde Pública*. 2000;34:9-14. Dissertação de Mestrado.
31. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Hist Cienc Saude Manginhos*. 1997;4:287-307.
32. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9:131-8.
33. Ministério da Saúde. Relatório final: I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
34. Kuhn E. Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo-preventivo na cidade de Ponta Grossa-PR. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
35. Oliveira ACAP, Oliveira AFB. Saúde bucal em gestantes: um enfoque educativo-preventivo. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 1999;7:182-5.
36. Tarsitano BF, Rollings RE. The pregnant dental patient: evaluation and management. *General Dentistry*. 1993;41:226-34.