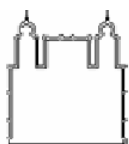


**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER**

Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente

Neide Pires Leal

Rio de Janeiro, setembro de 2006



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER**

Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em saúde da criança e da mulher do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Autora: Neide Pires Leal

Orientadora: Prof^a. Claudia Bonan Jannotti

Rio de Janeiro, setembro de 2006

Dedico este trabalho a Catarina e Mateus,
meus filhos e as duas grandes razões da
minha vida.

“Se é a razão que faz o homem,
é o sentimento quem o conduz.”
(Rousseau)

AGRADECIMENTOS

À memória dos meus pais, por terem me dado a vida e guiado os meus primeiros passos.

A minha irmã e grande amiga pelo apoio, dedicação e carinho, fundamentais durante todo o decorrer da minha vida.

A minha família pela solidariedade e apoio em todas as minhas jornadas.

A minha querida orientadora, Cláudia Bonan, quero manifestar a minha gratidão pelo estímulo ao meu crescimento profissional e a sua valiosa orientação e empenho fundamentais para o desenvolvimento desse trabalho.

Aos professores do Curso de Mestrado do Instituto Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz por partilharem seus conhecimentos e experiências com dedicação e competência.

Aos professores da banca examinadora, Kátia Silveira da Silva e Urubatan Vieira de Medeiros pelas contribuições e orientações valiosas.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher / Fundação Oswaldo Cruz pela solidariedade e momentos de construções compartilhados.

Aos membros da Secretaria Acadêmica pelo apoio e dedicação constantes.

Aos médicos, dentistas e pacientes entrevistados cuja participação possibilitou a execução desse estudo.

RESUMO

A saúde bucal, parte importante e indissociável da saúde geral, vem sendo pouco abordada e priorizada nas políticas de atenção à saúde das gestantes no Brasil. Estudos científicos apontam que a atenção odontológica durante a gestação é indicada e pertinente, seja porque muitas mulheres apresentam perturbações orais decorrentes das alterações hormonais nesse período, seja porque há evidências da associação entre a doença periodontal e a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Além disso, demonstram que, com certas precauções, o tratamento é seguro. Entretanto, crenças, mitos, receios e resistência dificultaram por muito tempo esse cuidado, e, ainda hoje, confundem pacientes e profissionais.

Realizamos um estudo de natureza qualitativa em unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de investigar os conhecimentos, as práticas e as representações de médicos do pré-natal, dentistas e gestantes sobre a atenção à saúde bucal durante a gravidez, visando compreender como estes podem influenciar na oferta, na procura e na adesão a esse cuidado.

Concluimos que, apesar da heterogeneidade encontrada no universo estudado, práticas, conhecimentos e representações dos três grupos de sujeitos da pesquisa contribuem para uma cultura que não valoriza nem estimula a atenção odontológica durante a gravidez. Cuidados com a saúde bucal ainda não fazem parte da rotina da atenção pré-natal e da noção de direitos da gestante. A atenção odontológica nesse período é limitada, tanto pela oferta restrita (poucos serviços especializados), como pelo pouco estímulo ao tratamento, por parte dos médicos, dos dentistas e das redes sociais das gestantes, o que determina uma baixa procura e adesão ao tratamento.

Palavras-chave: saúde bucal, gestante, representação

ABSTRACT

Oral health is an important and altogether crucial component of general health. Nevertheless, it has not been deemed an adequate approach or prioritization in health policies directed to pregnancy in Brazil. The indication for dental care during pregnancy has been advocated by many studies. Pregnant women, because of hormonal oscillation, are prone to specific oral problems. Recent studies, for example, have pointed to an association between low birthweight and prematurity and periodontal disease in adults. Many studies have pointed to a safe treatment, but myths and beliefs have made this care very difficult over the years and still make patients and health professionals alike subject to confounding practices. We conducted a qualitative study directed to physicians, dentists and patients in Rio de Janeiro city, aiming to study the associated knowledge, practices and representations on dental treatment during pregnancy, while trying to understand the way in which these might influence adherence to, as well as supply of and demand for dental services in this population. We might specify different found perspectives related to this study, but we observed that representations, practices and overall knowledge actually interfere with dental treatment, non-stimulating this care during pregnancy. Dental care has not been integrated to pregnant women routine. This care has not been considered as part of pregnant women's rights. We observed restricted supply of dental services during this period (few specialized services). Health professionals do not stimulate dental treatment as well, influencing low demand for and low adherence to the treatment.

Key words: oral health, pregnancy, representation.

SUMÁRIO

1 - Introdução.....	1
2 - Questões teóricas em torno do objeto de estudo	
2.1 - Políticas de saúde bucal e políticas de saúde da gestante: uma aresta a ser construída.....	5
2,2 - Revisão da literatura médico-científica sobre a saúde bucal da gestante.....	9
2.3 - As contribuições dos estudos sócio-antropológicos ao tema da saúde bucal da gestante.....	15
3 – Materiais e métodos.....	25
4 – Trabalho de campo, dados e resultados	
4,1 - Aproximação do campo.....	29
4.2 - Os sujeitos da pesquisa.....	31
4.3 - Análise das entrevistas.....	34
5- Discussão dos resultados.....	66
6- Considerações finais.....	78
7- Referência bibliográfica.....	82
8 – Anexos.....	87
9- Apêndices.....	91

1 – INTRODUÇÃO

“A saúde bucal é o que você vê. Você olha para o indivíduo desdentado, que valor você vai dar para ele?”(M 14).

A atenção ao parto e ao pré-natal tem sido priorizada como uma das principais políticas de saúde nas sociedades contemporâneas, promovendo um benefício diferenciado ao grupo de gestantes e crianças. No Brasil, nas últimas três décadas o acesso aos serviços de saúde para a atenção ao parto e ao pré-natal vem aumentando, o que faz das gestantes um grupo de fácil contato que pode e deve ser alvo de políticas e de programas de saúde. Entretanto, a proposta de atendimento integral às necessidades de saúde da gestante, dentro do marco maior da atenção integral à saúde da mulher, ainda não se concretizou plenamente. A saúde bucal da gestante é pouco avaliada, em decorrência da escassa disponibilidade de serviços que ofereçam este tipo de atenção e pela ausência de uma cultura deste cuidado entre os gestores, os profissionais de saúde e a clientela.

Muitos autores (Corrêa *et al*, 2003; Pinto *et al*, 2001; Elias *et al*, 2003; Tirelli *et al*, 1999; Sposto *et al*, 1997) afirmam que o grupo das gestantes deve ser considerado um grupo populacional prioritário para a atenção odontológica por que as gestantes: 1) podem apresentar algumas alterações bucais próprias do período gestacional; 2) têm necessidades acumuladas que podem comprometer a saúde materna e da criança; 3) devem ser alvo de programas de educação em saúde porque elas são multiplicadoras de atitudes na rede familiar, influenciando os hábitos alimentares e de higiene da família; 4) são um grupo de fácil acesso por estar freqüentando sistematicamente nesse período os serviços de saúde, o que é um facilitador importante e, além disso, elas podem ser enquadradas em programas de periodicidade programada e não abordá-las seria uma oportunidade perdida.

Muitos fatores condicionam o processo de assistência odontológica à gestante: a ausência de incorporação da questão da saúde bucal à gestante nas políticas e programas de atenção à saúde da mulher; a escassez da oferta de serviços e a inexistência de instalações físicas adequadas; a pouca capacitação dos profissionais obstetras e dentistas para abordar essa questão; as dificuldades de efetivar o princípio da integralidade e do trabalho multiprofissional na área da atenção à gestante; uma cultura geral que ainda prioriza pouco a saúde bucal e, especificamente, a saúde bucal da gestante. Além disso, não podemos esquecer que em nossa cultura as representações do tratamento odontológico envolvem imagens muito negativas e geram medos e ansiedades. Nas gestantes, esse medo pode ser potencializado. É muito comum entre elas e suas famílias, a crença que esse tratamento pode influenciar no curso da gestação e provocar danos ao seu bebê.

Meu interesse por esse tema decorre do fato de, desde 1986, trabalhar com atenção odontológica a gestantes no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, unidade que pertence à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ/RJ. Nessa unidade, a assistência está em grande parte voltada para a saúde da criança e da gestante. Ao longo desses anos, verifiquei que as gestantes apresentavam muita resistência a certas manipulações e cuidados odontológicos. O receio de que procedimentos odontológicos possam comprometer ou interferir no curso da gestação foi frequentemente relatado pelas mulheres. Quando estavam mais abertas para submeterem-se aos cuidados odontológicos, relatavam encontrar dificuldades de acesso a serviços e/ou se deparavam com resistências dos próprios profissionais de saúde e, quando apresentavam um problema mais agudo, tinham dificuldades de serem atendidas por odontólogos em emergências nos serviços de saúde da rede pública e privada.

A temática da saúde bucal da gestante pode ser estudada a partir de distintos ângulos: o desenvolvimento das políticas de saúde para gestantes, as visões e prioridades dos gestores, a formação dos profissionais obstetras e odontólogos e as práticas da clientela, entre outros. Elegi especificamente como objeto de estudo as práticas, conhecimentos e representações de profissionais do pré-natal, dentistas e gestantes sobre a atenção odontológica no período gravídico. O objetivo geral desta pesquisa foi compreender como práticas, conhecimentos e representações desses atores poderiam interferir na procura, na adesão e na oferta da atenção à saúde bucal durante a gravidez.

A pesquisa foi realizado em quatro unidades da rede pública de saúde do município do Rio de Janeiro. O estudo foi de natureza qualitativa. Fizemos entrevistas com roteiros semi-estruturados com profissionais diretamente envolvidos na assistência e com as gestantes que freqüentavam esses serviços.

Embora este estudo aborde a questão da saúde bucal da gestante a partir de um ângulo específico – e, por isso, temos de reconhecer que sua contribuição é parcial -, abordar as dinâmicas envolvidas na atenção odontológica à gestante no nível primário pode contribuir para ajudar a pensar os desafios da atenção básica em saúde.

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos. O primeiro é a *Introdução* aqui apresentada. O segundo capítulo, *Questões teóricas em torno do objeto de estudo*, é composto de três partes: *Políticas de saúde bucal e políticas de saúde da gestante: uma aresta a ser construída*; *Revisão de literatura médico-científica sobre saúde bucal da gestante*; *As contribuições dos estudos sócio-antropológicos ao tema da saúde bucal da gestante*. No terceiro capítulo, apresentamos os *Materiais e Métodos* da pesquisa. O quarto capítulo, *Trabalho de campo, dados e resultados*, é composto de três partes: *Aproximação do campo*; *Os sujeitos da pesquisa*; *Análise das entrevistas*. No quinto

capítulo, procedemos à *Discussão dos resultados* e, no sexto capítulo, apresentamos as *Considerações finais*.

2 - QUESTÕES TEÓRICAS EM TORNO DO OBJETO DE ESTUDO

“Eu acho que assim, um divisor de águas é a criação, a inclusão dos dentistas nas equipes do PSF.” (D7).

2.1 *Políticas de saúde bucal e políticas de saúde da gestante: uma aresta a ser construída*

A Constituição Federal de 1988 consagra o direito à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Em 1990, com a Lei 8.080, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. Entretanto, a proposta de atendimento integral às necessidades de saúde da população não pôde se realizar de imediato, dado que a construção de um sistema de saúde demanda tempo e implica em profundas mudanças e adequações na própria organização e estruturação dos serviços.

Uma das áreas que ficou à margem desse processo nas últimas décadas foi a saúde bucal, em parte devido ao alto custo que os procedimentos odontológicos aportam para a assistência e também pela ausência de uma cultura voltada para essa atenção.

Alia-se a isso a formação que o profissional odontólogo recebe desde a universidade, fundada em uma ideologia de profissional voltado para a assistência privada, e a escassez de oferta de postos de trabalho para os profissionais de odontologia no sistema público de saúde, corroborando com o quadro de fragilidade de saúde bucal apresentado.

Dados epidemiológicos do último levantamento das Condições da Saúde Bucal da População Brasileira, Ministerio da Saúde, (2002-2003), denominado Projeto SB Brasil, mostraram que entre os entrevistados 45% da amostra não tem acesso regular à escova de dente. Na faixa dos 65 aos 74 anos, três entre cada quatro pessoas são desdentadas parcialmente e 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista. Existe uma

relação direta entre a pobreza e a ocorrência da cárie, assim como uma desigualdade significativa em relação aos cuidados com a boca. Quando comparamos os dados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste com os das regiões Sul e Sudeste essas diferenças são também muito grandes, com menor incidência de cárie nas duas últimas.

Os indicadores de saúde bucal vêm melhorando no país. Estamos avançando no controle da cárie dentária e alcançamos em 2003 um Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) de 2,78, que corresponde à meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano de 2000, que era de atingir um CPO-D menor do que três, na idade de 12 anos.

O primeiro grande passo dado no país para esse avanço foi a fluoretação da água de abastecimento, medida que reduz o índice de cárie em pelo menos 50%. A adição de flúor às águas de abastecimento público, como estratégia de saúde pública para prevenir a cárie dentária, foi iniciada no Brasil em 1953, em Baixo Guandu, Espírito Santo. A Lei Federal 6.050, de 1974 regulamenta e determina a fluoretação das águas de abastecimento no Brasil. Até o início de 2003, aproximadamente 70 milhões de brasileiros estavam sendo beneficiados. Dados de dezembro de 2005 mostram que foram implantados 205 novos sistemas de fluoretação, abrangendo 106 municípios em seis estados. A meta do Ministério da Saúde é promover a fluoretação da água em 100% dos municípios que têm estações de tratamento e distribuição de água.(Unidade Técnica de Sistemas de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS, 2006).

Nos últimos seis anos, a atenção odontológica foi incorporada como componente fundamental da política de saúde através do Programa da Saúde da Família (PSF). A orientação é que cada equipe do PSF tenha entre seus membros a Equipe da Saúde Bucal (ESB), composta por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário

(Modalidade I) ou por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental (Modalidade II). Essa regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS, 1.444, de 28 de dezembro de 2000. O PSF atualmente já incorpora 24.562 equipes de trabalhadores da saúde para prestação de atenção básica, correspondendo a uma cobertura populacional de 78,6 milhões da população brasileira. Embora nem todas as equipes do PSF contem com odontólogos, vem acontecendo um acréscimo gradual no número desses profissionais nessas equipes. Em dezembro de 2005 existiam 12.603 ESB, o que corresponde a 51,3% de presença nas equipes de saúde do PSF. A inclusão da saúde bucal no PSF, historicamente, representa uma importante iniciativa, pois cria possibilidades objetivas de expansão e reorganização das atividades de odontologia na atenção básica. (Unidade Técnica de Sistemas de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS, 2006).

A Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, lançada em 2004, pelo Ministério da Saúde, é o primeiro documento que explicita a política nacional de saúde bucal e tem como objetivo ampliar a cobertura e garantir a assistência odontológica à população constituindo-se em uma iniciativa pioneira na história do país em que a saúde bucal foi colocada como uma prioridade nacional. Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, essa iniciativa está pautada em uma política de integralidade e equidade em franca articulação com a política geral de saúde e com as demais políticas públicas. Uma das metas da Política Nacional de Saúde Bucal é criar Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para garantir à população acesso a tratamentos mais complexos, com a oferta de serviços especializados como endodontia, periodontia, odontopediatria, cirurgia e prótese. Assim, o Ministério da Saúde rompe com a lógica de que a saúde bucal na área pública deva se restringir à atenção básica. Até dezembro de 2005 foram criados 336 desses Centros (Diretrizes da Política

Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, 2004; Unidade Técnica de Sistemas de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS, 2006).

A importância desses dois programas de saúde – PSF e “Brasil Sorridente” – é indiscutível e espera-se, em médio prazo, um impacto positivo e significativo nas condições de saúde bucal da população brasileira. É importante continuar a aprofundar os caminhos que possibilitem mudanças positivas no perfil epidemiológico da saúde bucal da população. O principal desafio situa-se exatamente em promover e estender essa atenção aos diferentes grupos da população, particularmente àqueles mais desfavorecidos socialmente.

No âmbito de políticas públicas de atenção à saúde da mulher criadas no Brasil salienta-se o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), lançado em 1975, centrado nos aspectos preventivos e nos cuidados básicos voltados para o pré-natal e o parto. Em meados da década de 1980, cria-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que busca ampliar o enfoque da atenção materno-infantil para o de assistência integral à saúde da mulher, priorizando uma visão de interdisciplinaridade na saúde. Em 2000, O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), ressalta o direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal e constitui-se numa resposta às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Entretanto, a atenção odontológica à gestante vem sendo pouco abordada nessas políticas e a proposta de atendimento integral nem sempre contempla a questão da saúde bucal.

Algumas políticas de saúde, no entanto, vêm apontando a importância da atenção odontológica para a gestante. Na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança (2004), a saúde bucal da gestante é citada como a 10ª linha de cuidado e nela está escrito: “a saúde bucal da criança começa com o cuidado à saúde

bucal da gestante”. E no programa Brasil Sorridente (2004), o grupo da gestante está incluído na política de ampliação do acesso.

Verifica-se assim, que a saúde bucal da gestante começa a se constituir em um componente da política de saúde, muito embora ainda tenha uma pequena inserção no cotidiano das práticas assistenciais da atenção básica.

2.2 Revisão da literatura médico-científica sobre a saúde bucal da gestante

Alterações físicas, emocionais e hormonais que ocorrem durante a gestação vão afetar muitos órgãos, dentre eles, a gengiva (Loe & Silness, 1963; Cordeiro & Costa, 1999; Elias *et al*, 2004). Há uma predileção para as doenças inflamatórias gengival e periodontal (tecido de sustentação dos dentes composto por gengiva, osso, cimento e ligamento) durante o período de desequilíbrio dos hormônios sexuais. A ligação existente entre gravidez e inflamação gengival é conhecida há muitos anos. A prevalência e a severidade da doença gengival são maiores durante a gestação devido à resposta acentuada à placa/biofilme dental, modificando o quadro clínico (Sartorio & Machado, 2001). Os efeitos da gravidez sobre a inflamação gengival pré-existente podem ser sentidos a partir do segundo mês, isso porque é exatamente nesse momento que ocorre a elevação dos níveis plasmáticos de estrógeno e progesterona. Esse nível chega ao seu ponto máximo no oitavo mês, momento em que a gengivite gravídica atinge a sua máxima severidade. Observa-se que, freqüentemente, além do aumento da gravidade da gengivite ocorre também o aumento da mobilidade dentária (Cordeiro & Costa, 1999; Sartorio & Machado, 2001; Elias *et al*, 2004). Estudos mostram que a flora associada à doença periodontal sofre alterações no período gestacional. Quando os níveis de progesterona e estrogênio sobem, aumenta o número de *Prevotella intermédia* (Lindhe, 1997; Cordeiro & Costa, 1999).

Outra manifestação estomatológica, menos freqüente, mas só presente durante a gravidez, é o granuloma ou tumor gravídico, que ocorre em 5% das gestantes, sendo mais comum na maxila, região anterior por vestibular e tendo o seu início na vigésima terceira semana (Lindhe, 1997; Sposto *et al*, 2000; Elias *et al*, 2004). Tanto o granuloma gravídico quanto a gengivite regridem após a gestação, o que faz confirmar a associação dessas com a presença dos hormônios (Elias, 1995; Lindhe, 1997).

Diagnosticar e tratar doenças bucais que podem comprometer a saúde da mulher e do seu bebê são medidas fundamentais para a garantia de um pré-natal seguro. A pesquisa atual sugere que a doença periodontal pode alterar a saúde sistêmica e comprometer o bem estar do feto. Estudos vêm apontando a associação entre a doença periodontal e a prematuridade e o baixo peso ao nascer (Collins *et al*, 1994; Offenbecker *et al*, 1996; Louro *et al*, 2001; Vettore, 2006). Infecções periodontais são causadas por bactérias anaeróbicas gram-negativas e apresentam um nível elevado de prostaglandina que é um importante indutor fisiológico do parto. A pesquisa pioneira realizada por Offenbecker e colaboradores (1996), em uma amostra de 124 mães, verificou que pacientes grávidas que apresentavam doença periodontal tinham 7,5 vezes mais chances de desenvolver prematuridade e baixo peso ao nascer. Em 1998, Offenbecker e colaboradores desenvolveram um novo estudo, dessa vez, com uma amostra reduzida a 44 mulheres, colheram o fluído gengival e observaram que o nível de prostaglandina no líquido gengival de mães de recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer era duas vezes maior quando comparado às mães que tiveram o parto a termo. Eles concluíram que a doença periodontal em mulheres grávidas é um fator de risco para prematuridade e baixo peso.

Estudo experimental feito por Collins e colaboradores (1994), em ratos submetidos a periodontite experimental, confirmaram a ocorrência desta condição.

Esses dados gozam de credibilidade no meio científico e a doença periodontal na mulher grávida vem recebendo uma atenção considerável sendo o papel da doença periodontal como fator de risco para doenças sistêmicas um dos assuntos mais investigados na atualidade na área da periodontia. Um maior número de pesquisas necessita ainda ser feito para confirmar esta importante associação.

Entretanto, a simples incidência de problemas periodontais na gestante já justifica a necessidade do tratamento. A transmissibilidade vertical de patógenos bucais tem sido uma preocupação. Estudos mostram que o *Actinobacillus actinomyicetencomitans* (A.a) e *Porphyromonas gingivalis* (P.g), dois importantes periodontopatógenos, são transmitidos entre membros de uma mesma família e a colonização bucal do A.a. se estabelece entre cinco e sete anos de idade. Filhos de mães com doença periodontal apresentam um elevado risco em desenvolver doença periodontal destrutiva (Asikanen *et al*, 1997).

A cárie é também uma doença transmissível e, sendo a mãe a cuidadora, ela é uma das principais fontes de bactérias cariogênicas para as crianças (Torres & Andrade, 1984; Caufield *et al*, 1993). A contaminação e a transmissibilidade da cárie ocorrem por contatos freqüentes e repetidos entre o cuidador e o filho, e quanto mais cedo a criança é contaminada, maior é a possibilidade do aparecimento precoce da doença cárie (Alaluusua & Renkonen, 1983). Estudo de Caufield e colaboradores (1993) mostra que a criança está mais propícia a adquirir a infecção por *estreptococos mutans* entre os 19 e 31 meses, com média de 26 meses, e esse período foi chamado de “janela da infectividade”. Pesquisa realizada em Bauru, onde foi coletada a saliva de cinquenta gestantes de baixo nível econômico, constatou que 96% delas estavam contaminadas e 60% apresentavam níveis de *estreptococos mutans* compatíveis com a transmissão precoce da cárie para os seus filhos (Torres *et al*, 1999). Para o controle da

contaminação, faz-se necessário o tratamento curativo dessas lesões para que ocorra uma redução do número de microorganismos cariogênicos. Dessa maneira, a mãe se encontrará em melhor condição bucal na hora do nascimento do seu filho.

Apesar de ser inverídico que a gravidez provoque o aparecimento da cárie, muitas vezes a gestante apresenta uma grande quantidade de dentes cariados, decorrente de necessidades acumuladas e não atendidas ao longo da vida (Cozzupoli, 1981). Esta constatação demanda a necessidade de um tratamento odontológico imediato. Para essa gestante, é importante resgatar a sua saúde bucal, já para o seu filho, esse padrão de saúde ou doença vai ser uma das determinantes do seu grau de resistência ou suscetibilidade à cárie.

Sabe-se que não há a remoção do cálcio dos dentes para a formação da ossatura do bebê e, quanto à microbiota da cárie, não há aumento da sua patogenicidade (Elias, 1995; Fourniol Filho, 1998). Estudos clínicos comprovam que não é verdade que os dentes se tornem mais frágeis no período da gestação (Scheutz, 2002). A rigor, em uma pessoa adulta, o cálcio que compõe a estrutura da apatita é relativamente estável; a demanda de cálcio do feto é suprida através do cálcio circulante no sangue materno, oriundo da alimentação. O consenso científico atual é no sentido de que as cáries podem surgir ou avançar na gravidez, seja em consequência da acidez bucal decorrente dos enjoos, de uma maior frequência alimentar e/ou de uma deficiência de escovação,

A cárie é uma doença multifatorial e os fatores determinantes para a sua etiologia são: a microbiota, a dieta inadequada, o hospedeiro suscetível, a deficiência na higiene dental e o tempo. Entretanto, pode ocorrer o aumento da incidência da cárie dentária e uma evolução do processo carioso já presente, ocasionada pelo excesso de placa dentária, pois é comum nesse período uma ingestão mais frequente de alimentos. O descuido com a higiene oral é outro fator que pode estar presente em consequência do

enjôo que a pasta de dente pode provocar nessa paciente. Outro ponto a destacar é a ocorrência freqüente de vômitos na gestante o que provoca a hiperacidez bucal, fator associado à desmineralização dentária (Cozzupoli, 1981; Elias, 1995; Menino & Bijella, 1995; Sposto *et al*, 1997).

Estudos científicos atuais convergem na afirmação de que o tratamento odontológico durante a gravidez é pertinente e indicado (Torres & Andrade, 1984; Pinto *et al*, 2001; Corrêa *et al*, 2003). Alguns autores como Sposto *et al* (1997), Fourniol Filho (1998) e Tirelli (1999) preconizam ser o segundo trimestre o período mais indicado, pois, no primeiro trimestre, encontramos a fase da organogênese, em que o feto é mais suscetível à ação teratogênica dos medicamentos e o índice de aborto espontâneo é maior, sendo portanto, aconselhável evitar manipulações na gestante nessa fase. No terceiro trimestre, além de haver um maior risco de parto prematuro, o desconforto para a paciente é grande, e na posição deitada da cadeira odontológica pode ocorrer a compressão da veia cava inferior pelo útero grávido, o que vai interferir no retorno sanguíneo e pode causar hipóxia.

Até 1920, recomendava-se somente o atendimento emergencial e este só poderia acontecer no segundo trimestre da gravidez (Fourniol Filho, 1998), entretanto, na atualidade, é consenso entre os autores que as consultas sempre que necessárias podem ocorrer em qualquer momento da gestação, sendo que alguns cuidados devem ser tomados em relação às tomadas radiográficas, medicações e duração da consulta. Uma anamnese detalhada, contendo a história clínica da gestante, deve ser feita e o intercâmbio com o médico que acompanha a paciente é sempre recomendável (Oliveira, 1990; Sposto *et al*, 1997; Fourniol Filho, 1998; Corrêa *et al*, 2003).

As radiografias só devem ser feitas em casos indispensáveis para o estabelecimento de um diagnóstico. A gestante tem que estar protegida e usar avental

de chubo com 75/60 cm e deve ter a espessura de no mínimo 0,50 mm de chunbo. É recomendável o uso de filtros, colimadores e de filmes de alta velocidade (Torres & Andrade, 1984; Elias *et al*, 2004).

Em relação ao uso de medicamentos, recomenda-se que ele seja criterioso durante a gravidez, pois sabe-se que a droga administrada à gestante atravessa a barreira placentária e chega ao feto. O principal mecanismo de passagem dos fármacos para a placenta é o de difusão simples (Silva *et al*, 2000). Alguns medicamentos provocam efeitos deletérios e teratogênicos em relação ao feto. A época que exige mais cuidado é a da organogênese, ou seja, os três primeiros meses da gravidez. Portanto, devem ser evitados excessos de medicamentos, especialmente de antibióticos, e a relação risco-benefício deve ser avaliada ao se administrar qualquer droga. Os antibióticos de eleição nesse período são as penicilinas e as eritromicinas por serem dotadas de baixa toxicidade. A tetraciclina é contra-indicada, pois fixa-se nos ossos e dentes e pode comprometer o crescimento osséo e causar mal-formações dentárias, alterando a coloração da dentina. (Elias, 1995; Sposto *et al*, 1997; Fourniol Filho, 1998; Elias *et al*, 2004).

A solução anestésica é o fármaco mais empregado nas consultas odontológicas e, quando necessário, ela deve ser aplicada para a eliminação da dor, pois certamente o estresse e a ansiedade das gestantes ao sentir dor durante os procedimentos clínicos podem provocar uma descarga de adrenalina causando injúria à mãe e ao feto. É consenso entre os autores que o uso é recomendável, embora o desaconselhem no primeiro trimestre. O anestésico mais indicado é a lidocaína, que tem uma maior capacidade de ligação às proteínas plasmáticas, dificultando a passagem placentária. Devem ser usados na dose máxima de dois tubetes. Alguns autores recomendam a solução anestésica com vasoconstrictor pois este torna mais lenta a absorção do

anestésico local, o que promove conforto para a paciente, pois, ao aumentar a efetividade da droga, evita-se o estresse provocado pela necessidade de repetir a anestesia. O vasoconstrictor de escolha para as gestantes é a adrenalina por ser mais seguro e potente, devendo ser usado na concentração de 1:100.000. É importante lembrar que a adrenalina é uma substância produzida naturalmente pelo organismo, estando presente na corrente circulatória. Entretanto, existem divergências entre autores em relação ao uso de anestésicos com vasoconstrictor durante a gravidez, especialmente no primeiro trimestre (Sposto *et al*, 1997; Silva *et al*, 2000; Corrêa *et al*, 2003).

As consultas devem ocorrer num ambiente calmo, o odontólogo deve transmitir confiança e segurança para a gestante, esclarecendo sempre que necessário as suas dúvidas, tentando evitar o desconforto, o estresse e a ansiedade da paciente. Devem ser curtas e, de preferência, durar no máximo trinta minutos, especialmente na segunda metade da gravidez, quando o volume uterino é grande, provocando uma maior frequência urinária e a possibilidade de ocorrer hipóxia (Tirelli *et al*, 1999; Corrêa *et al*, 2003).

2.3 As contribuições dos estudos sócio-antropológicos ao tema da saúde bucal da gestante

Representações e conhecimentos sobre o processo saúde-doença são construções sociais e históricas imbricadas nos processos de produção e reprodução social - que envolvem poder, ideologias, conflitos, dominação, resistência – e, por isso, são dinâmicos e estão sujeitos a constantes reinterpretações e transformações (Minayo (1996). Para Jodelet (2001), as representações sociais são “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com objetivo prático, e que contribui para a

construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Para essa autora, as representações “devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando – ao lado da linguagem e da comunicação – a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm que intervir ”(pág. 22). Minayo (1996) defende uma perspectiva parecida ao afirmar que, para as ciências sociais, as representações sociais são definidas como “categorias do pensamento, de ação e de sentimento com as quais as pessoas buscam elaborar e expressar sua percepção da realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (pág. 158). Saberes científicos, saberes do senso comum e crenças transmitidas de uma geração a outra se mesclam nos processos de construção das representações e conhecimentos sobre saúde e doença, que variam segundo a estrutura de relações sociais e as lógicas culturais de cada sociedade e grupo em um período da história. Em resumo, na perspectiva dialética inscrita nas reflexões dessas duas autoras, as representações e os conhecimentos não são meros produtos de elaborações mentais dos indivíduos e tampouco são neutros: eles influenciam e são influenciados pelas dinâmicas das relações sociais, envolvendo ideologia e poder. Por isso, o estudo das representações sociais e dos conhecimentos que orientam o agir dos sujeitos e dos grupos sociais nos permite compreender os aspectos dos contextos e realidades sócio-históricas que os cercam, e não somente realidades individuais ou particulares.

Segundo Misrachi & Sáez, (1989), as condutas sociais e culturais são fatores importantes na etiologia, no predomínio e distribuição de muitas doenças. O modo como vivem, o que comem, o que crêem, o que valorizam e as tecnologias disponíveis são determinantes significativos da saúde individual e coletiva.

Os cuidados com a gestante são cercados de crenças. Um exemplo bastante conhecido são as prescrições populares em torno da alimentação da mulher grávida.

Alguns conceitos são bem familiares: a mãe deve comer bastante durante a gestação, pois “ela come por dois”; ela deve comer vagarosamente, pois “a criança ingere tudo o que a mãe come e o bebê corre o risco de se engasgar se a mãe não triturar bem os alimentos”; mães que comem bananas gêmeas correm riscos de ter filhos gêmeos.

Lendas e crenças nortearam por muito tempo a atenção odontológica na gravidez. Acredita-se que a mulher grávida não pode fazer tratamento odontológico. Os estudos comprovam que a resistência das gestantes aos tratamentos odontológicos é real e está fundada em crenças populares que são transmitidas pelos relatos familiares.

Albuquerque *et al* (2004) observaram que uma das barreiras ao tratamento odontológico na gestação está associada a crenças do relacionamento com o dentista e o modo como estão organizados os serviços de saúde. Sobre essa questão, Oliveira & Oliveira (1999) complementam que as crenças, os mitos e os receios populares influenciam significativamente na relação dentista/gestante.

Bernd *et al* (1992) fizeram um estudo qualitativo com gestantes da Unidade de Valão, R.S, com o intuito de responder o porquê das gestantes não procurarem a atenção odontológica. A constatação de que mesmo quando oferecido o acompanhamento odontológico para 212 gestantes somente 6 procuraram essa atenção, evidenciou para os pesquisadores um problema e a necessidade de trabalhar com esse grupo. Os autores fazem nesse trabalho uma reflexão antropológica sobre o valor atribuído à saúde bucal em seus aspectos culturais e sociais e sobre a prática odontológica como resposta à problemática de saúde bucal.

Segundo Romero *et al* (2001), apesar do tratamento odontológico das gestantes ser considerado pela Secretaria de Saúde do México como uma atenção prioritária, a demanda pelos serviços dentais é baixa, pois existem crenças e temores quanto ao tratamento dentário.

Cordeiro & Costa (1999) revelaram que esse medo das gestantes é reforçado pelo receio de que hemorragias bucais e a anestesia possam levar ao aborto, por comprometerem a fixação do óvulo fecundo ao endométrio. Os autores ressaltaram que a ação conjunta dos profissionais de Medicina e Odontologia ajudaria a vencer esses temores injustificados, dado que a segurança psicológica é um fator importante para eliminar essas crenças arraigadas nas culturas antepassadas.

Tiveron *et al* (2004), em pesquisa realizada em Adamantina (SP), em estudo com 170 gestantes, observaram que somente 29 procuraram o tratamento dentário. Das 170 gestantes, 89 responderam ter medo de ir ao dentista na gravidez e quando perguntadas sobre os motivos do medo 67,4% responderam ser o de prejudicar o bebê e 29,2%, de passar mal.

No trabalho da Cozzupoli (1981) em uma amostra de 170 grávidas, o medo do tratamento dentário na gravidez é manifestado por 89% das entrevistadas, sendo que o medo mais freqüente verificado, (53%), foi o de perder a criança em decorrência de hemorragia provocada pelo tratamento odontológico.

Pinto *et al* (2001) entrevistaram 237 gestantes de Araraquara, São Simão e Sertãozinho e observaram que os fatores que geravam insegurança em relação ao tratamento eram os riscos para a saúde do bebê, a anestesia e o RX.

Kanishi & Abreu-e-Lima (2002), relataram que o odontólogo deve fazer abordagens à gestante e ao pai da criança, sendo que a primeira abordagem relacionada por eles foi a de desmistificar crenças e preocupações sobre o tratamento odontológico na gravidez.

Albuquerque *et al* (2004), em estudo qualitativo feito em Cabo de Santo Agostinho (PE) numa unidade de saúde que oferece o tratamento odontológico para gestantes, constatou que só compareceram ao agendamento 24,5% das pacientes, o que

demonstra barreiras que vão além do próprio acesso. Nas reuniões com os grupos focais com as gestantes que não procuraram a atenção odontológica oferecida pelo serviço foram identificadas como as principais causas: a falta de interesse, a indiferença, o fato de não gostar de dentista e nem pensar em ir ao dentista na gravidez. Além disso, foi mencionada também a pouca valorização dada à saúde bucal e aos dentes, a baixa percepção dos resultados dos tratamentos e as crenças populares que desaconselham a ir ao dentista no período gestacional. Segundo os mesmos autores, as barreiras ao tratamento odontológico concernentes aos indivíduos são: baixa percepção de necessidades, ansiedade, medo, custos e dificuldade de acesso. Para eles, o sentimento mais forte em relação à própria saúde bucal e que as gestantes expressam em relação ao dentista é medo.

O medo do dentista foi abordado também por Misrachi & Saez, (1989), e nessa pesquisa 68% das entrevistadas abordaram esse tema. Elas destacaram ser essa experiência “lenta e dolorosa” e a decisão de procurar o dentista é assumida geralmente quando a dor se torna insuportável, o que geralmente coincide com um grande dano ao dente.

Uma outra vertente a ser explorada pelos estudos é que, sendo a boca um órgão de expressão emocional, o temor da manipulação oral pode ser entendido como uma reação emocional defensiva (Savastano & Novo, 1981; Bernat & Sebastiani, 1998).

Trabalhos e pesquisas realizadas com gestantes demonstram que mulheres grávidas vão menos ao dentista do que mulheres não grávidas da mesma faixa etária (Mangskau & Arrindel, 1996). Embora percebam a necessidade de tratamento, elas não buscam o serviço por iniciativa própria porque não se sentem seguras quanto a sua indicação durante a gestação (Cozzupoli, 1981; Rocha, 1993; Romero *et al*, 2001; Albuquerque *et al*, 2004;).

Scavuzzi *et al* (1998) realizaram entrevistas com 204 gestantes com nível educacional baixo na cidade de Salvador (BA) e constataram que, apesar do relato da presença de sintomas como dores e sangramento gengival, somente 7,4%, ou seja, 15 mulheres procuraram o dentista. Mesmo apresentando dor de dente somente 10,6% delas procuraram o dentista e das que percebiam apenas sangramento gengival, somente 9,2% procuraram. Esses dados demonstram uma pouca valorização ou certo conformismo com os problemas na saúde bucal, bem como podem estar expressando o preconceito contra o tratamento.

Romero & Sánchez (1988) analisaram os questionários em 280 mulheres que freqüentavam o Serviço de Estomatologia do Instituto Nacional de Perinatologia no México e observaram que, mesmo sendo oferecido o serviço odontológico, freqüentemente, elas só procuravam a atenção odontológica para o tratamento curativo na fase aguda. As que não manifestavam problemas se mostravam passivas, mas, uma vez em contato com o odontólogo, verificava-se uma inversão da falta de motivação em pouco tempo.

Não necessariamente a recusa e o afastamento do tratamento acontecem por falta de informações: gestantes de nível sociocultural mais alto também resistem à atenção odontológica. Como visto, existem resistências que perpassam as classes sociais e os níveis de conhecimento.

Oliveira Junior *et al* (1990), em pesquisa realizada com gestantes da classe média de Araraquara, concluíram que o conhecimento popular, os mitos e receios influenciam no comportamento das pessoas. Uma grande parte das gestantes (42%) tem receios de que o tratamento odontológico realizado durante a gestação prejudique o desenvolvimento do seu filho. Estas, mesmo com problemas, só procurariam o profissional após o nascimento da criança.

A insegurança das gestantes muitas vezes é reforçada por parentes e amigos (Bernd *et al*, 1992; Scavuzzi *et al*, 1998) e essa é uma das principais barreiras ao tratamento odontológico, mas certamente não é a única

Bernd *et al* (1992), entrevistando gestantes, relataram que o tema que aparece de forma mais marcante quando inquiridas sobre o tratamento odontológico na gestação são os conselhos de amigos, familiares e dentistas sobre a impossibilidade de tratamento na gestação.

Alguns profissionais de odontologia compartilham das idéias e temores apresentados pelas suas pacientes (Narvai, 1984; Torres&Andrade,1984; Bernd *et al*, 1992; Costa *et al*, 2002). Relatos de gestantes revelam que muitas delas, ao procurarem o odontólogo, são desaconselhadas a realizar uma intervenção dentária no período gravídico (Menino & Bijella 1995; Scavuzzi *et al*, 1998; Romero *et al*, 2001).

Bernd *et al* (1992) afirmaram que, paradoxalmente, parece ser a partir do discurso “científico” dos dentistas que se conforma a percepção de que o tratamento dentário na gravidez não é recomendável.

A recusa pura e simples de boa parte dos cirurgiões-dentistas em prestar serviços quando são procurados acontece sob várias alegações, na maioria das vezes, desprovidas de fundamentação científica e, infelizmente, reforçadoras do tabu. Tal fato contribui para que a auto-medicação seja praticada como meio para solucionar problemas odontológicos, acarretando prejuízos à saúde materna e fetal (Narvai, 1984).

Scavuzzi *et al* (1998), constatou no seu trabalho que, de 204 gestantes, 15 procuraram o dentista, e dessas, somente seis foram atendidas. As outras não o foram porque o odontólogo desaconselhou uma intervenção dentária no período gravídico. Para as autoras, esse fato é bastante grave e demonstra que a crença de que o tratamento

prejudica a gestante e o seu filho tem origem possivelmente na própria concepção do profissional. A partir destas evidências as autoras recomendam mudanças nos currículos dos cursos de graduação em odontologia e uma campanha nos meios de comunicação de massa a fim de desmistificar a crença e produzir um aprendizado.

Menino & Biljella (1995) estudaram uma amostra de 150 gestantes e constataram que a procura do tratamento odontológico não era prioridade nesse grupo. Somente 17,3% foi ao cirurgião dentista. Havia certo receio das grávidas e do próprio dentista, pois, das grávidas que buscaram os cuidados do cirurgião-dentista, 15,4% foram recusadas.

Costa *et al* (2002), em pesquisa qualitativo-quantitativa realizada com médicos, dentistas e gestantes, concluíram ser o grupo de dentistas o que apresentava maior preconceito em relação ao tratamento odontológico da gestante.

Os cuidados com a atenção odontológica na gravidez parecem fazer parte de um sistema de significados negativos e, por esse motivo, a desatenção em relação aos cuidados bucais fica ainda mais evidente na gestação. Nessa fase da vida, esse descuido parece se justificar, dando a impressão de que faz parte da “normalidade” da gestação as complicações e perdas de elementos dentários.

O adágio popular “Para cada gravidez, um dente” circula em várias regiões do mundo (Cozzupoli, 1981; Torres & Andrade, 1984) e representa o conformismo e a aceitação das possíveis perdas dentárias que venham a ocorrer nessa fase da vida.

Misrachi & Saez, (1989), num estudo qualitativo-quantitativo, realizado em 50 mães de baixa renda, no Chile, detectou que 88% das entrevistadas acreditavam ser a gravidez o principal fator que influencia na deterioração e perda dos elementos dentários.

Romero *et al* (2001), entrevistaram 958 mulheres e constataram que, independente da idade e escolaridade, elas acreditavam que a perda de dentes e a descalcificação são inquestionáveis durante a gestação, mas para elas é recomendável não procurar os serviços odontológicos pelos danos que o tratamento pode trazer para o bebê.

Albuquerque *et al* (2004), em pesquisa realizada com gestantes, observou que algumas delas chegaram a associar a dor de dente ao estado gestacional “... é normal quando a pessoa está grávida ter dor de dente...até o dente bom fica doendo...” Elas, em parte por acreditarem nesse padrão de normalidade, referem que não foram ao dentista porque “nem precisou”, mesmo sentindo dor de dente, o que caracteriza a baixa percepção da necessidade. O relato das gestantes desse estudo demonstra o comodismo e a desvalorização da sua saúde: “enquanto o dente não incomodou eu não fui” ou “o que empurra para ir é uma dor de dente”.

Existe a crença de que os dentes enfraquecem durante a gravidez porque a mãe perde cálcio para a criança que está se formando. Isto representa a doação materna para a formação do seu filho e, conseqüentemente, funciona como uma justificativa para os possíveis danos que ocorrem na cavidade oral.

Araújo, *et al* (2005) aplicaram questionário em uma amostra de 70 gestantes, e observaram nesse estudo a crença popular de que a gravidez provoca cárie e que a maioria das gestantes achava que o bebê retirava cálcio dos dentes da mãe para formar os seus ossos.

Pinto *et al* (2001) entrevistaram 237 gestantes de Araraquara, São Simão e Sertãozinho, e observaram que 40,7% das gestantes entrevistadas acreditavam no mito de que a gravidez provoca cárie na mãe. Esse estudo investigou os fatores que levavam as gestantes a não procurarem tratamento odontológico durante a gestação e o item mais

referido (75,6% das gestantes) foi a perda de tempo em fazer restaurações que cairiam pela perda de cálcio.

Como observamos, os trabalhos demonstram que o conhecimento popular e suas crenças têm grande influência no comportamento frente à saúde geral e bucal e, especificamente em relação a esta, exerce interferências nas relações paciente/profissional. A resistência das gestantes e dos cirurgiões-dentistas à procura e à oferta, respectivamente, da atenção odontológica reforça a necessidade de um trabalho educativo de conscientização para esses grupos.

3 - MATERIAIS E MÉTODOS

“O sorriso é muito importante, não é? Existem tantas pessoas bonitas que não podem nem dar um sorriso.”
(P20).

A pesquisa realizada para a elaboração desta dissertação foi um estudo qualitativo. Ela se realizou na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2006. O trabalho de campo foi desenvolvido em três unidades da rede municipal de saúde que trabalham com assistência à gestante e em um núcleo do Programa de Saúde da Família (PSF) de uma unidade assistencial da Fiocruz, que também trabalha com assistência pré-natal (Quadro 1). O Hospital Maternidade Alexander Fleming é uma unidade que atende à gestação de alto risco e oferece assistência odontológica para todas as gestantes. No

Hospital Municipal Miguel Couto, o serviço de pré-natal atende gestantes de baixo risco e essa unidade possui assistência odontológica voltada exclusivamente para a emergência. O Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth também é voltado para a atenção à gestação de alto risco e não tem assistência odontológica. O núcleo do PSF que trabalha dentro do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/Ensp/Fiocruz tem o serviço odontológico em fase de estruturação e faz um trabalho de promoção da saúde bucal. Sem um planejamento específico em relação à atenção pré-natal, esse núcleo atende corriqueiramente gestantes da comunidade adstrita.

Na intenção de compreender conhecimentos, práticas e representações que condicionam a atenção à saúde bucal da gestante, optamos por incluir na pesquisa três tipos de sujeitos: médicos pré-natalistas, dentista e gestantes, utilizando os seguintes critérios:

- a) *profissionais de saúde* - trabalharem na unidade há pelo menos um ano;
- b) *gestantes* - terem realizado pelo menos duas consultas de pré-natal.

Esse desenho de estudo, possibilitou a coleta de dados em uma diversidade de situações, isto é, em diferentes contextos institucionais, e a escuta de profissionais e gestantes com experiências distintas.

Realizamos entrevistas com roteiros semi-estruturados específicos para cada categoria de sujeitos pesquisados: gestantes, médicos obstetras e dentistas (ver apêndices 1, 2 e 3). Os roteiros foram organizados em torno de algumas perguntas centrais com o objetivo de estimular as narrativas e as associações livres dos entrevistados e coletar material que nos permitisse compreender suas experiências e as lógicas que articulam seus discursos sobre os temas propostos. Por isso, os roteiros foram aplicados de maneira flexível, de modo a não interromper o fluxo dos relatos. Havíamos definido, a princípio, que entrevistaríamos doze sujeitos de cada categoria,

entretanto, o conteúdo das entrevistas e a capacidade de alcançarmos os objetivos procurados foram fatores que determinaram o número de entrevistas realizadas. Quando observamos saturação nos relatos de uma categoria de sujeitos, o encerramento da coleta dos dados foi determinado¹.

As entrevistas foram individuais, e realizadas todas pela pesquisadora, que procurou colocar sempre as perguntas da mesma maneira, tentando evitar vieses. Elas aconteceram entre março e maio de 2006, e foram gravadas em gravador Panasonic, modelo IC Recorder RR-QR160. A transcrição das mesmas foi feita pela pesquisadora.

Os profissionais de saúde entrevistados responderam inicialmente a um questionário com dados de identificação profissional. Antes das perguntas semi-estruturadas, as gestantes responderam um questionário composto por duas partes: a primeira, uma ficha de identificação incluindo dados socioeconômicos, e a segunda, dados relativos à gestação.

No que diz respeito aos princípios éticos, esta pesquisa seguiu estritamente a Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o protocolo nº 100/05, parecer nº 98A/2005.

Antes do registro de identificação e das entrevistas gravadas, todos os participantes leram o termo de consentimento livre e esclarecido, e manifestaram por escrito a sua anuência para participação na pesquisa (anexos 1 e 2).

¹ Segundo Minayo, 1992, a pesquisa qualitativa não pode basear-se no critério numérico, para poder garantir a sua representatividade. A amostra boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. (pág 104). Ela sugere que uma amostragem qualitativa deve: ter um número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações; o conjunto dos informantes pode ser diversificados para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças, e o lócus e o grupo de observação devem conter o conjunto de experiências que se pretende objetivar com a pesquisa .

Quadro 1 – Descrição das unidades pesquisadas segundo o tipo e característica da atenção odontológica prestada. Rio de Janeiro, 2006.

HOSPITAIS	ATENÇÃO ODONTOLÓGICA	TIPO DE ATENÇÃO ODONTOLÓGICA	ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	TIPO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL
MIGUEL COUTO	sim	emergência	sim	maternidade
ALEXANDER FLEMING	sim	especializado	sim	maternidade
OSWALDO NAZARETH	não	–	sim	maternidade
NÚCLEO DO PSF	sim	promoção	sim	ambulatório

Para a análise e interpretação das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), indicada quando o interesse é conhecer aquilo que está por trás das palavras. Presta-se a estudar motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, visto que possibilita investigar as relações dos indivíduos com objetos, com outros indivíduos e com os fenômenos que os cercam.

O tratamento dos dados prevê as seguintes etapas: pré-análise, quando se faz a leitura flutuante das entrevistas e a seleção do “corpus” da pesquisa, exploração do material (leituras sucessivas e construção das categorias e subcategorias) e tratamento dos resultados (interpretação e significado das entrevistas).

4- O TRABALHO DE CAMPO, DADOS E RESULTADOS

“Porque muito brasileiro não tem nem dente. Usa dentadura. Usa dentadura por quê? Não podia ter dentista para se tratar, não é?” (P18).

4.1- Aproximação do campo

A aproximação do campo de pesquisa ocorreu com o agendamento de um primeiro contato com os diretores e visita às unidades, ocasião em que foi solicitada autorização para acesso aos pacientes, aos profissionais e às dependências da unidade. Nessa oportunidade, foram também feitos os primeiros contatos com as chefias e profissionais de saúde a fim de definir um calendário das entrevistas.

Nos Hospitais-Maternidade Alexander Fleming e Oswaldo Nazareth e no núcleo do PSF, os contatos com diretores e chefias do setor médico e do setor odontológico

foram bastante positivos, pois os mesmos foram receptivos e sensíveis à proposta da pesquisa, disponibilizando-se para contribuir para o andamento da investigação. No Hospital Municipal Miguel Couto, entretanto, tivemos algumas dificuldades para a execução do trabalho. Acreditamos que, em parte, isso se deu pelo fato de ser um hospital de nível terciário, que presta atendimento de emergência, onde os médicos trabalham intensamente. Devido a isto, restringimos o trabalho aos médicos que fazem o ambulatório do pré-natal e, com estes, foi possível a realização das entrevistas. No setor da odontologia, que atende exclusivamente em caráter de emergência, percebemos a mesma dificuldade no que diz respeito ao ritmo, que era acelerado. Porém, a equipe procurava facilitar as condições para a realização das entrevistas e os profissionais se organizavam, às vezes até se revezavam, para que fosse possível a concretização do trabalho.

No total, foram entrevistados quatorze médicos, vinte e três gestantes e doze cirurgiões-dentistas (Quadro 2). As entrevistas com os médicos e dentistas aconteceram em seus consultórios ou em salas reservadas. Geralmente foram pré-agendadas e duraram de 30 a 60 minutos. As entrevistas com as pacientes não foram pré-agendadas; as gestantes que se encontravam na unidade no dia, para a consulta do pré-natal ou odontológica, eram convidadas a participar da pesquisa. As gestantes, contatadas na sala de espera, mostravam-se curiosas e receptivas, faziam algumas perguntas e freqüentemente concordavam em participar. Entretanto, houve algumas dificuldades na realização das entrevistas em virtude da falta de privacidade: grande parte das entrevistas foi feita na sala de espera, e somente em algumas vezes foi possível guiar as gestantes para um local mais reservado, mas ainda assim, elas estavam sempre atentas à chamada para a consulta e, algumas vezes, estavam acompanhadas por parentes. Esses fatos podem ter interferido no conteúdo das entrevistas, o que determinou a realização

de um número maior do que o inicialmente previsto para alcançar o objetivo do estudo.

As entrevistas das pacientes tinham duração média de 30 a 40 minutos.

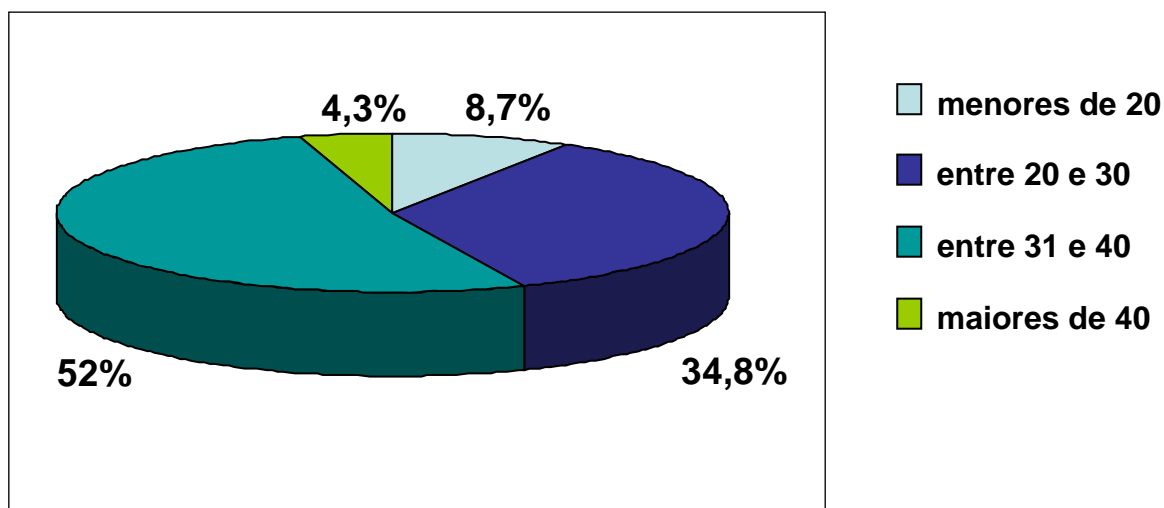
Quadro 2 - Distribuição dos sujeitos entrevistados segundo categoria e unidade de saúde Rio de Janeiro, 2006.

HOSPITAL	MÉDICOS	ODONTOLOGOS	GESTANTE
MIGUEL COUTO	3	7	5
ALEXANDER FLEMING	3	5	4
OSWALDO NAZARETH	3	0	13
NÚCLEO DO PSF	5	0	1
TOTAL	14	12	23

4.2- Os sujeitos da pesquisa

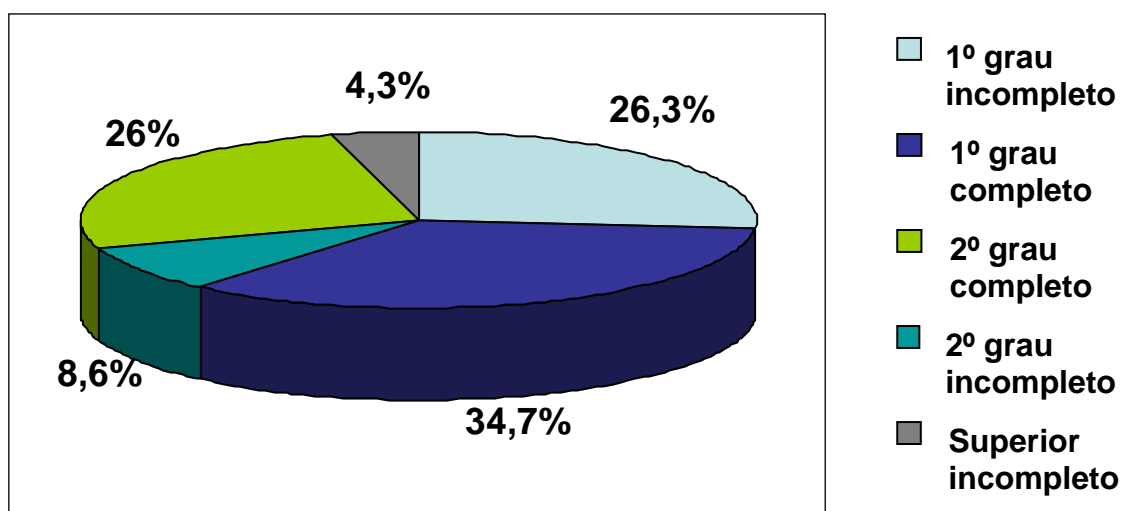
Os dados que constituem o perfil das pacientes estão expostos nos gráficos 1, 2, 3 e 4. As gestantes entrevistadas foram em número de 23 e tinham a média de idade de 30 anos. No gráfico 1, podemos observar que a maioria delas (52%) tem entre 31 e 40 anos.

Gráfico 1– Distribuição da frequência relativa das gestantes segundo a faixa etária. Rio de Janeiro 2006.



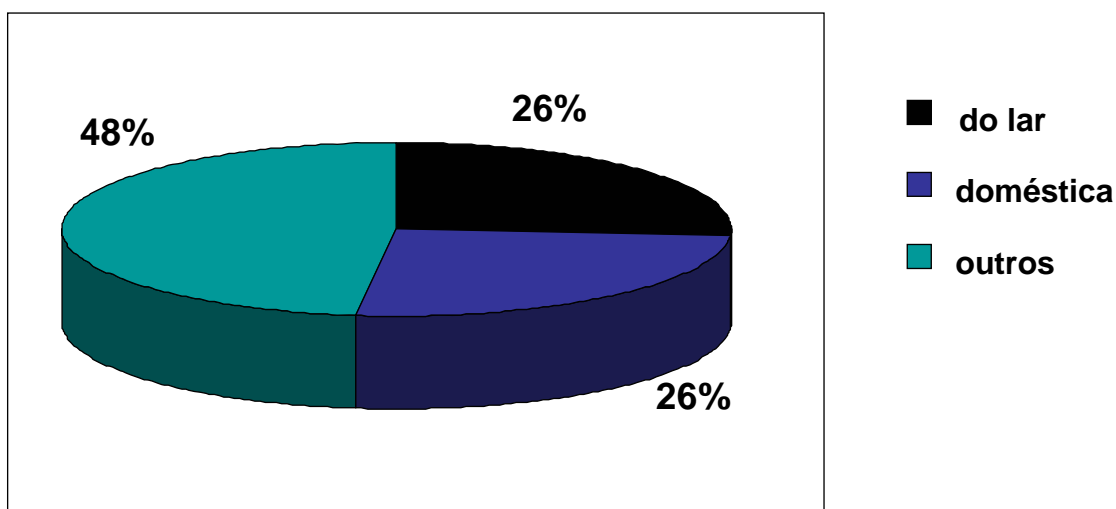
Quanto ao grau de escolaridade, verifica-se que mais de um terço das gestantes tinha primeiro grau completo. Somadas as mulheres que tinham o primeiro grau completo com aquelas que tinham níveis maiores de escolaridade, pôde-se alcançar um percentual de 73,7%.

Gráfico 2 – Distribuição da frequência relativa das gestantes segundo o grau de escolaridade. Rio de Janeiro 2006.



Quanto ao trabalho, 26% das gestantes não tinham trabalho remunerado; as demais, ou seja, 74% tinham algum tipo de ocupação remunerada, sendo a mais comum a de doméstica.

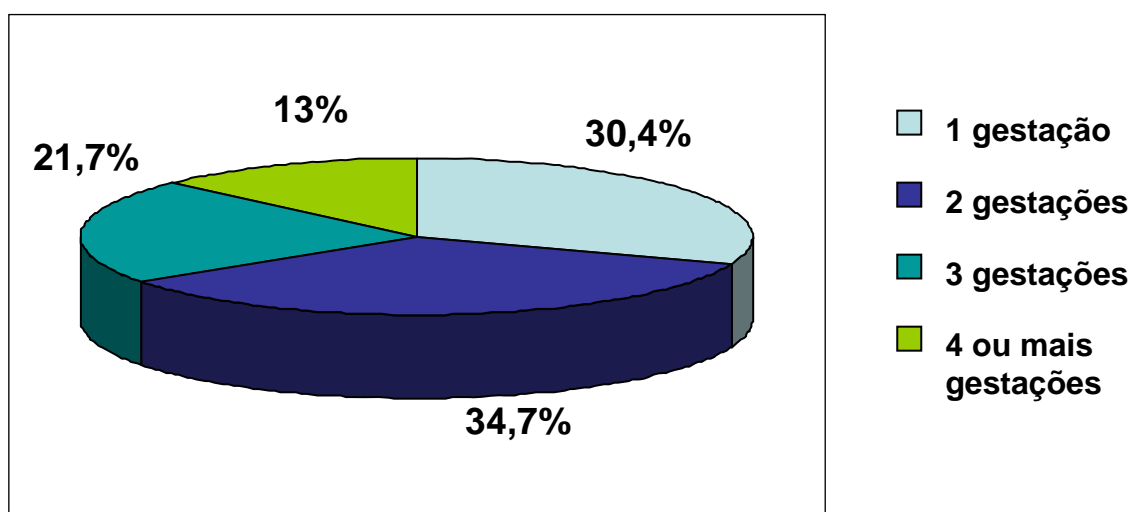
Gráfico 3 – Distribuição da frequência relativa das gestantes segundo a ocupação. Rio de Janeiro 2006



- Outros - agente de saúde, caixa, educadora, estudante, auxiliar de administração.

Para o conjunto das mulheres, o número médio de gestações foi de 2,4. Do total das gestantes, 30,4% eram primigestas, 34,7% estavam na segunda gestação e 34,7% tinham três ou mais gestações.

Gráfico 4 – Distribuição da frequência das gestantes de acordo com o número de gestações. Rio de Janeiro 2006.



Os dados que constituem o perfil dos médicos e dentistas estão contidos na quadro 3. Os dentistas entrevistados estavam na faixa etária de 29 a 58 anos, sendo que a média de idade foi 40,7. Do total, 8,3% tinham idade entre 20 e 30 anos, 50% entre 31 e 40 anos e 41,7% mais de 40 anos. A maioria dos dentistas era do sexo feminino (58,3%) e metade da amostra trabalhava na instituição há mais de dez anos. O grupo dos médicos estava na faixa etária de 29 a 55 anos com média de idade de 43,2 anos. Entre esses, 14,2% tinham idade entre 20 e 30 anos, 35,7% entre 31 e 40 anos e 50% mais de 41 anos. Como na amostra dos dentistas, predominava o sexo feminino (57,1%) e 57,1% trabalhavam há mais de dez anos na instituição.

Quadro 3 – Distribuição dos dentistas e médicos segundo as variáveis idade, sexo e tempo na instituição. Rio de Janeiro 2006.

VARIÁVEIS	MÉDICOS	DENTISTAS
IDADE		
de 20 a 30	2	1
de 31 a 40	5	6
mais de 41	7	5
SEXO		
Masculino	6	5
Feminino	8	7
TEMPO NA INSTITUIÇÃO		
Menos de 10 anos	6	6
Mais de 10 anos	8	6
TOTAL	14	12

4.3 *Análise das entrevistas*

4.3.1 – *Entrevista com os médicos*

No início das entrevistas com os médicos, fizemos algumas perguntas com a intenção de perceber o grau de problematização que os obstetras tinham com a saúde bucal da gestante. No plano do discurso retórico, todos concordavam com a importância da atenção à saúde bucal no período da gestação. Contudo, ao interrogarmos como agiam frente a essa questão, percebemos algumas defasagens entre discursos e práticas.

Em primeiro lugar, não fazia parte da rotina dos profissionais obstetras perguntar ativamente à gestante sobre sintomas relativos à cavidade bucal, muito menos realizar uma inspeção visual da mesma. Muitos justificaram sua conduta por ser o tempo de consulta reduzido, por verem outras prioridades na consulta pré-natal ou por não verem a questão como parte da atenção obstétrica. Alguns relataram condutas distintas no serviço público e no consultório privado.

“Encaminhamento para isso [no consultório particular]... Já é uma rotina também em outros locais incentivar que elas procurem o serviço de odontologia pelo menos uma vez no pré-natal. Então, sempre na primeira consulta eu também tento incentivar que elas procurem um serviço de odontologia. Mesmo se não estiver sentindo nada. [...]. No consultório, sim.” (M3).

“Aqui eu não faço. No consultório muito. Aqui eu não faço muito porque na realidade a solução... Eu sou muito o médico da resolutividade, então não adianta eu ficar levantando questões em que eu não tenho como dar resposta.” (M8).

“De rotina não. Só se ela manifestar algum problema gengival, principalmente.”(M12).

“Você não tem tempo. Você já que tem que fazer outras coisas. Você tem que priorizar o seu atendimento [obstétrico]. Quando existe uma complicação, você até orienta, mas normalmente não é o que tem condição de fazer. Não, não dá pra examinar, não é? Aí a gente encaminha para lá [para o dentista] geralmente em torno do segundo trimestre da gravidez, ou quando a paciente se queixa.” (M14).

Exceções foram os profissionais que trabalhavam no PSF que, em maioria, relataram incluir em sua anamnese questões relativas à saúde bucal e inspecionavam a cavidade oral da gestante.

“É, examino. Não só por causa dos dentes, mas por causa de outras patologias que podem estar na cavidade oral da gestante. Faz parte da nossa rotina de exame físico examinar a cavidade oral. [...]A gente tem o nosso protocolo de pré-natal, não é? Que inclui o exame físico, inclusive o exame da boca da gestante. Mas ela não necessariamente tem que passar pelo serviço de odontologia..”(M6).

“Sempre [recomendo a avaliação odontológica da gestante]. Eu sou meio chata. ‘Pode ir lá’, eu mando sempre e elas pedem remédio para a dor. ‘Não pode tomar dipirona para a dor?’. ‘Não. Quem trata de dente, é dentista’. Eu encaminho todas. No outro lugar que eu trabalho, eles associam a um grupo de gestantes a participação de um trabalho educativo à entrada no serviço odontológico. Sem fila, com o agendamento” M7).

“Na gestante sim, não é? Às vezes passa um pouco... deixo um pouco. Mas assim na grande maioria das vezes eu procuro, pelo menos na primeira consulta do pré-natal, fazer um exame da cavidade oral e perguntar se tem alguma queixa. Depois, se elas trouxerem alguma queixa aí a gente aborda esse tema.” (M11).

Na maternidade que possui serviço odontológico especializado para gestantes está estabelecida a rotina de marcação de consulta odontológica no momento da marcação da primeira consulta pré-natal, mas não há condutas específicas prescritas para os médicos obstetras em relação à anamnese e inspeção da cavidade bucal.

“É. Nesse hospital as pacientes automaticamente já têm consulta marcada com a odontologia. Elas vêm para marcar o pré-natal e são marcadas também para o dentista. Lá elas têm uma palestra e depois a parte prática, não é? De escovação, de... ver mesmo se precisa fazer algum tratamento, entendeu? Essa é a rotina desse hospital” (M2).

“Algumas vezes sim. Não é rotina, não, esta... Não fica nem no posto, nem no cartão do pré-natal esse tipo de pergunta. Mas quando eu vejo que é uma coisa bem precária, eu faço as orientações. Mas isso é tocado mais na primeira consulta como orientações gerais do mesmo jeito que alimentação... então entra nas orientações gerais. Aí, a partir daí, só se ela reclamar alguma coisa.” (M3).

“Em relação ao pré-natal as pacientes quando marcam consultas para o pré-natal elas são encaminhadas pra uma consulta de rotina na odontologia.” (M5).

As gestantes têm receios quanto à atenção odontológica e frequentemente questionam e confirmam com o médico do pré-natal se devem se submeter ao tratamento

“Elas perguntam se podem fazer aquilo porque elas acham que gestante não pode ir ao dentista, não pode arrancar dente, não pode obturar, entendeu? Elas têm medo de que possa acontecer

alguma coisa. A gente explica que não. Imagina se a paciente não vai tratar dos dentes durante a gestação (risos). Às vezes essa é a única oportunidade que ela tem...[...] É quando elas falam:- Ah, o doutor falou que eu vou precisar arrancar o dente. -Doutora eu posso arrancar o dente? Às vezes o dente está ali, está com uma raiz inflamada, entendeu? : — Eu posso? ... : — Pode (médico). Elas têm medo e aí junta o medo tradicional de dentista.” (M2).

“Elas não vão sem antes perguntar se podem ir. Elas têm medo. Primeiro elas... podem estar com dor e tudo, mas elas perguntam. Vê se pode ir. Depois que a gente autoriza, é que elas vão.”(M4).

“Tem. Sempre, sempre. — Mas, eu posso tirar? — Eu posso fazer a anestesia? Aí eu transfiro para o profissional. Ele é capacitado, ele é dentista, ele sabe como proceder.”(M7).

“É geralmente elas perguntam:- A gente pode tratar? Posso arrancar? Posso obturar? A gente explica e ela vai para lá, para o odontologista.”(M12).

Em suas entrevistas, os médicos não relataram preocupação com a não existência, na grande maioria dos serviços de atendimento pré-natal, de normas e rotinas sistematizadas que orientem a conduta do obstetra frente à questão da saúde bucal da gestante. Quando questionados diretamente sobre isso, dizem reconhecer a importância dessa atenção, mas, ao mesmo tempo, alegam haver muitas outras prioridades no que diz respeito à melhoria da atenção à gestante, como, por exemplo, garantir o acesso regular àqueles exames complementares previstos nas políticas de atenção obstétrica e a estruturação da rede de atenção à gravidez de alto risco.

“Como tudo na saúde, péssimo! Péssimo! A assistência ao pré-natal está precária. Aqui é uma unidade de saúde de alto risco que não consegue fazer o alto risco.. é limitado. Então tudo está limitado. Tudo está limitado. Primeiro, a parte da odonto é considerada ainda como uma Primeiro vamos fazer o pré-natal, depois vamos pensar... Fica em segunda instância e acaba pelo esquecimento.” (M1).

“Mas, por exemplo, até se for levar em conta, por exemplo, que dentro da rotina programada pelo município... uma urinocultura que é um simples exame de urina, não é rotina dentro de um serviço do município. Você vê que tem mil prioridades para serem corrigidas. Mas é difícil saber o que é mais prioritário, não é? Esse que é o problema.” (M3).

“Eu acho que é importante. Mas a gente vê no dia a dia, entendeu? Existe assim ainda muita coisa na frente para a gente tomar como prioridade, entendeu? Mas é uma das [prioridades], com certeza, que tem que ter importância, sim!” (M4).

Apesar de não abordarem ativamente a questão, a maioria dos médicos afirmou que, com muita frequência, na consulta pré-natal, as gestantes apresentam queixa de dor de dente, sangramento ou sensibilidade gengival. Nesse caso, a conduta geral era

recomendar o tratamento odontológico e encaminhar a paciente ao cirurgião-dentista. Todos os médicos consideravam esse tratamento seguro, embora houvesse certas restrições e fossem necessários certos cuidados e critérios.

“É, a principal queixa é dor”. É dor, não é? Dor no dente e tal. Dói! É muita dor, não é? E sangramento de gengiva é menos. Mais é dor. A gente costuma encaminhar.” (M 10)

“Dor de dente. Basicamente dor de dente... É, e quando tem essa queixa que a gente vai dar uma olhada, já é um estado de saúde bastante debilitado, assim, higiene oral muito precisada. Estado de conservação dos dentes muito ruim. Quando elas trazem essa queixa, quando tem alguma coisa muito importante, eu tento encaminhar.”(M 11).

“Temos algumas reclamações. Geralmente dor de dente. A gente encaminha ela para o posto de saúde, para o serviço de odontologia de gestante. Aqui no posto de saúde. Aqui da 6º região tem atendimento.”(M 13).

Os médicos observam que as gestantes começam a associar o pré-natal ao acesso à atenção odontológica na rede pública, algumas cobram o encaminhamento para o tratamento.

“Elas reclamam do dente porque elas associam que o pré-natal, algumas unidades já encaminham diretamente para o dentista. Então elas chegam aqui falando: - E o dentista? Elas cobram.”(M1)
“O problema maior é que se ela não estivesse gestante, ela não ia ter direito a esse atendimento aqui.”(M6)

“Agora já na prefeitura do município do Rio já existe um atendimento já. Eles dão prioridade à gestante em relação ao tratamento dentário. Infelizmente, aqui na maternidade nós não temos ainda. Não temos o consultório dentário, tá? E isso dificulta também, porque a maioria aqui não é da nossa...da nossa prefeitura. Eles vem de...de outras...da baixada fluminense de Niterói. Então, lá é mais difícil ainda. No Estado, então! Na rede estadual é um caos! Muito mais complicado. Só particular. É o relato que elas passam para a gente.”(M10).

Muitos médicos relatam que, orientadas pelos dentistas, as gestantes, retornam solicitando sua autorização para a realização do procedimento odontológico. Alguns criticaram essa postura dos dentistas, por compreender que esses profissionais, desse modo, se esquivam de suas responsabilidades profissionais. Outros disseram dar a autorização médica antecipadamente para o tratamento odontológico, e alguns se referiram a essa prática de modo irônico, insinuando insegurança, medo ou limitações clínicas do conhecimento dos dentistas.

“O dentista ficar com medo e pedir um laudo de liberação? Já aconteceu várias vezes. Encaminho a gestante. Principalmente quando é particular, aqui com a gente não acontece. E elas preferem ir numa clínica particular e eles ficam com medo e a gente costuma dar um laudo liberando, falando que elas têm condição perfeitamente de efetuar o tratamento dentário.”(M6).

“Tem. Sempre, sempre... ‘Mas eu posso tirar? Eu posso fazer a anestesia?’. Ai eu transfiro para o profissional. Ele é capacitado, ele é dentista, ele sabe como proceder. Algumas falam assim, ‘mas eles pediram para a senhora escrever que pode arrancar o dente’. Para mim isso é uma fuga. Não é isso? Isso é uma fuga.’ Não precisa não. Pode ir lá que ele sabe’. Ele estudou na faculdade para poder tratar de gestante [...] E parte [é culpa] dos próprios profissionais, dos próprios dentistas. Não sei se por medo, se a cadeira na faculdade não dá. Eu já conversei com essa minha dentista. Ela fez na.... Ela formou há uns quatorze anos. Mas ela diz que na época ninguém falou muita coisa não. Isso, há quatorze, quinze anos atrás. Eu não sei se hoje mudou.”. (M7).

“A gente costuma encaminhar, mas acontece também que os dentistas não gostam de atender grávidas, não é? Eu costumo dar uma liberação, botar com anestesia local sem adrenalina para não afetar a circulação placentária”. (M10).

“Eu faço o encaminhamento para o atendimento odontológico. Mas elas têm muita dificuldade. Elas têm ... elas acham que elas não podem ser atendidas por elas estarem grávidas e às vezes elas se deparam com um profissional que tem resistência em atendê-las também porque elas estão grávidas. É bem difícil. Quando elas conseguem quem as atenda, elas ficam bem agradecidas.” (M12).

“Elas retornam e dizem assim, ‘o dentista diz que só vai fazer o tratamento se a senhora disser que eu posso. Você autoriza que eu posso?’ Autorizo. Então é uma problemática que eu não sei se ... o por quê isso ocorre. Ou se o dentista é preguiçoso, ou se o dentista tem medo de grávida. Eu não sei. [...] A gente não pode é se eximir e dizer que não pode, não é? Que alguns dentistas dizem, ‘não, não pode tratar porque esta grávida’. Gravidez não é doença, não é?. Todos dizem a mesma coisa. Todos dizem. A gente manda de volta. A gente manda de volta.” (M14).

A defasagem discurso/prática no que diz respeito à atenção à saúde bucal da gestante também se manifesta na pouca problematização e no conformismo desses profissionais diante de uma situação de inexistência ou ineficiência dos mecanismos de referência e contra-referência entre serviços de pré-natal e serviços odontológicos e de pouca articulação entre obstetras e dentistas. Nenhum médico mostrou-se ativamente envolvido com essa questão: se, por um lado, em seus discursos afirmam abstratamente que o intercâmbio com dentistas e a estruturação do sistema de referência e contra-referência “deveriam existir”, na prática, isso não faz parte das cobranças às chefias de seus serviços e das reivindicações aos gestores.

“A atenção odontológica no nosso país é muito cara, não é? Acho que assim, não sei pelo preço das medicações, das resinas. A gente sabe que material odontológico é caro. A montagem do consultório é caro. O acesso do paciente é muito restrito e as gestantes mais ainda”. (M9).

“Mas o serviço odontológico.... Eu acho que o serviço odontológico, primeiro ele é caro, não é? O privado. E o público não existe. O serviço público não existe. Não existe o serviço público para atender nem para o básico.(M14).

Os conhecimentos desses médicos sobre gravidez e saúde bucal estavam bem atualizados e embasados em evidências científicas. Eles sabem que o tratamento odontológico pode ser feito em qualquer momento da gestação, que apesar de o período mais recomendável ser o segundo semestre, é possível a atenção em qualquer momento em caso de emergência ou de dor. Estão cientes dos cuidados necessários para a utilização do RX e do anestésico e orientam gestantes e dentistas sobre o uso de medidas de segurança como o avental de chumbo para as tomadas radiográficas e do anestésico sem vasoconstrictor.

Quando perguntados se a má condição bucal acumulada ao longo da vida poderia ser um fator de risco para a gestação, todos responderam afirmativamente. A associação entre doença periodontal e prematuridade e baixo peso ao nascer, sustentadas por muitos estudos científicos atuais, é conhecida pela maioria dos médicos. Do mesmo modo, sabem que as manifestações hormonais da gravidez desencadeiam manifestações específicas na cavidade bucal, principalmente gengivite. Uma outra afecção bucal típica e exclusiva da gravidez, o granuloma gravídico, não foi mencionado pelos médicos entrevistados.

“Com certeza. Já existe a associação, não é? A má higiene bucal começa o parto prematuro. Já existe essa relação.”(M1).

“Diferença de gengiva que a gente costuma ver na gravidez, não é? Aí aumenta aquele problema....É. As gengivas sangram, entendeu?”(M2).

“Até para evitar uma complicação da própria gravidez, não é? Parto prematuro, ruptura de bolsa, enfim ... Mas geralmente na gravidez [as gestantes apresentam] especificamente sangramento, um pouquinho de sangramento gengival.” (M3).

“Só para lembrar que problemas dentários principalmente infecções são causas de parto prematuro, não é?”(M6).

“Os benefícios...é porque evita infecções, trabalho de parto prematuro, uma morte fetal, alguma coisa maior. [...] Ela pode ter algum problema em relação a gengiva, não é? Não em relação aos dentes. Mas pode ter alguma gengivite associada a isso..”(M12).

Em relação ao que relatam ser a queixa bucal mais comum das gestantes, a dor de dente, eles corretamente relacionam com as necessidades acumuladas ao longo da vida em termos de saúde bucal, e não como uma manifestação diretamente relacionada com os processos da gravidez. Entretanto, acreditam que os déficits acumulados de saúde bucal se agravam durante a gravidez em decorrência da perda de cálcio da estrutura dentária. Os profissionais falam de um “seqüestro de cálcio” do dente materno para a formação do feto. Essa última afirmação, já não se sustenta em evidências científicas e se situa mais no campo das crenças.

“A gente sabe que na gravidez existe, não é? Uma maior demanda de cálcio. E aí na gravidez agrava um pouquinho [os problemas dentários] mais pela própria demanda da gestação, não é?” (M2).

“Hiperemia.... Não sei exatamente o nome. Hiperemia da gengiva...que sangra,. A descalcificação...falta de proteína”(M5).

“Acontecem durante a gravidez pela esfoliação mesmo de cálcio. Agora só que associado a isso que é um fato normal da gravidez , não é? Agora exacerba por quê? Porque a saúde bucal é ruim, não é? (M6).

“Eu acho que o aumento da sensibilidade...Como é que se fala? Quando abala o dente? Elas falam que estão com os dentes moles, abalados. Elas dizem que ‘ah., parece que eu tomei um soco’. Mas eu acho., eu acho..... eu não sou dentista, alguma lesão ligamentar, não é? Alguma deficiência de cálcio, por conta da gravidez. A gente fica achando que tem alguma associação” [...]Porque é a hora que tem a maior absorção das vitaminas e cálcio, que o neném está formando, começando a se desenvolver.” (M9).

“Pode provocar uma gengivite e pode provocar a cárie por uma deficiência de cálcio...Diminui o cálcio, diminui a resistência bucal.” (M13).

A representação desse intercâmbio de cálcio entre mulher e feto como expoliação da primeira, levando a agravos à sua saúde bucal, e incorporação do segundo, levando à sua própria existência, parece estar associada a uma representação

cultural mais ampla da mulher como mãe: *a mulher-doadora*, a mulher-mãe que naturalmente deve se enfraquecer e fragilizar na sua missão de dar vida e prover todas as necessidades de sua prole.

Outro tipo de afirmação que aparece com frequência no discurso dos obstetras é que as mulheres multíparas, principalmente aquelas com alta fecundidade, têm condições dentárias piores quando comparadas às primigestas e às que tiveram menos gestações. Entre outras coisas — como as dificuldades no acesso a serviços, a questão educacional, os custos do tratamento e as condições econômicas da clientela —, as necessidades das mulheres, em termos de saúde bucal, passam a ser atribuídas também às altas taxas de fecundidade. Essa idéia também não se sustenta à luz das evidências científicas atuais. Ela parece mais estar ancorada em uma crença muito difundida no senso comum, propagada internacionalmente, que diz *cada gravidez um dente*.

“Eu acho que é tudo incluído, não é? Nutrição, paciente que não vai ao dentista mesmo, não tem a facilidade de tratamento dentário de rotina. E também a gravidez mesmo que propicia. E geralmente são pacientes multíparas, uma gravidez em cima da outra. São vários fatores, não é? [...] Eu acho que a gravidez ajuda, não é? Ajuda. Principalmente porque você vê mais em pacientes que têm uma gestação seguida da outra.” (M4).

“Elas são jovens, não tratam de dente na primeira infância e vai, vai passando. Tem os filhos muito cedo e aí vem as coisas de sempre. Está associado à gravidez, sim. Está associado. Mais um [fator] acumulativo de uma saúde bucal precária, não é? Já quem nasceu numa comunidade de um nível sócio econômico um pouquinho maior, você não vê isso. [...] Hoje tem muita gestante, tem mães que parem junto com as filhas. Então a mãe fala assim, ‘não vamos lá [no dentista], e esse negócio.... Eu acho que é um momento ótimo que pegar jovem. E essa gente tem aí de repente seis sete filhos...’ (M7).

“Eu acho que é [resultado de necessidades acumuladas e de demandas próprias da gravidez]. A grande maioria. Não é só da gestação não. A gestação dá [problemas dentários], causa dor, dá sangramento gengival, mas a queixa maior está relacionada com problemas anteriores. [...] Associam com a gestação. Não tem a lenda ‘cada gestação um dente’? (M14).

Ao longo das entrevistas, os médicos obstetras nos apresentaram visões sobre sua clientela nas quais, muitas vezes, sobressai a representação da *mulher desleixada*. Não necessariamente a representação se refere ao conjunto das mulheres, mas a “essas aí”, “nossas pacientes”, numa referência mais ou menos explícita àquela parcela de mulheres que é usuária do serviço de público de saúde. Nesses discursos, preconceitos e

estereótipos de classe e de gênero se misturam. O estado da saúde bucal, (muitas vezes deplorável), em que a gestante se encontra é visto como consequência da falta de cuidado dela consigo mesma e do pouco interesse pela sua saúde. Em muitas entrevistas, quando se trata desse assunto, muitos deles são prolixos. Apesar de discorrerem sobre outros fatores que contribuem para a precariedade das condições de saúde bucal das mulheres — como a dificuldade de acesso aos serviços, a má qualidade da atenção prestada e a falta de ações sistemáticas de promoção e educação para a saúde bucal —, os médicos exacerbam o discurso do desleixo, relativizando os problemas observados.

“Elas queixam de dor, dizem que as cáries abrem, não conseguem comer direito, piora a noite, não é? Aí se você for pesquisar, ‘você tem ido ao dentista?’. ‘Ah, não. A cárie caiu há não sei quanto tempo...’. Então é comum mesmo. Muito, muito. Tipo assim, se eu disser para você, vamos botar por semana que eu atendo umas quarenta. Vamos botar assim mais ou menos isso. Mais ou menos, umas setenta por cento reclamam disso. A reclamação é dor. Você pergunta o que é que foi que houve? ‘Ah, caiu a massa’. ‘Sabia que tinha cárie?’. ‘Ah é! Eu fui ao dentista não sei quando e caiu a massa’. Dói o dente e aqueles processos inflamatórios, algumas tem edema, tem abscessos e elas reclamam. [...]Elas sempre associam a gravidez passada, não é? ‘Mas você não sangra ou sangrou?’. ‘Ah é, do meu outro filho aconteceu a mesma coisa’. ‘Você foi ao médico?’. Aí a população sempre joga no profissional uma falha que é de repente própria., ‘ah, mas o médico não disse que eu podia ir. O meu médico do pré-natal não disse que eu podia tratar do dente’. E quando elas vão, não sei se vão, ‘ah ele disse que não pode fazer nada, que não pode mexer com nada, porque eu estou grávida’. Então aí a gente não sabe se elas foram realmente, se o profissional dentista disse isso mesmo ou se elas não vão porque não atrain. ‘Vai lá. Tem que marcar consulta’. Diz que não tem dia. Então é todo um processo. O que vem a mim é isso. Quando elas vão, dizem que o médico não pode mexer, não pode arrancar, não pode obturar, não pode fazer nada, segundo elas. E aí elas não foram. E sangram. O que aconteceu com o terceiro, aconteceu com o segundo, aconteceu com o primeiro também. [...] Eu nem recomendo higiene com água boricada, água morna. Por quê? Porque eu acho que isso é específico do profissional. Eu sou meio assim, não sei se eu estou errada. Depois você diz até que eu mudo a minha conduta. Eu falo mesmo, ‘dente é dentista’. Elas ficam iradas, ‘mas você não pode passar?’. ‘Não, não pode fazer bochecho’. Porque o convívio que eu tenho é se você passar o bochecho com água morna ou bicarbonato e tal, ela não vai ao dentista. Aí, daqui a um ano ela está grávida de novo, aquela patologia que não sei qual é aumenta. E depois que o neném nasce, elas não vão mais.” (M7).

“É, os cuidados preventivos, é isso que você está falando. Existe uma resistência, por aquilo que eu falei no início. Já faz parte da cultura, não é? A falta de cuidado, a falta de atenção consigo mesma. E também [a idéia] de que precisa cuidar da saúde bucal só em casa, não é? Então, ‘para que procurar um dentista, se eu não estou sentindo nada? Se eu só tenho...se os meus dentes são amarelos, se eu tenho uma cariezinha, mas que não dói ou que dói de vez em quando?’ Então existe esse hábito [...]. Saúde bucal acaba ficando para o último plano, quando não dá mais para agüentar. E também assim, a dificuldade de encaminhamento que pelo menos eu sinto, é que não tem uma boa divulgação para os profissionais não dentistas de onde é mais fácil, em que lugares na realidade, é mais fácil de se indicar o atendimento da paciente.”(M11).

Dois outros temas são freqüentes quando os obstetras nos apresentam sua visão sobre a clientela, identificada por ocasião das consultas obstétricas. Em primeiro lugar, a percepção que as gestantes têm do dentista e do tratamento odontológico:

“Elas têm medo de fazer o preventivo, não é? Imagina! Também! E não tem anestesia nem nada Imagina o tratamento dentário. É muito, muito comum isso”. (M3).

“O dentista ainda dá medo. O maior motivo é o medo do dentista. Medo. Outra coisa, por elas estarem grávidas. Elas têm medo de mexer no dente e o neném morrer. É um outro medo. Tem que fazer anestesia, prejudica o neném. E com isso, não chegam ao dentista. A minha visão de doze, treze anos”. (M7).

Em segundo lugar, eles percebem uma enorme falta de conhecimentos e de educação para a saúde bucal entre a clientela, associando-a com deficiências das políticas públicas.

“Porque, geralmente, o brasileiro não tem o costume de fazer esse tipo de prevenção. Então geralmente estão atrasados também do ponto de vista de limpeza, de um flúor”. (M3).

“Eu acho que é tudo. Acho que a escola já tem que orientar. Já começa de base, não é? Aqui você não tem uma orientação, você não sabe se vai ser bom ou não. Tem que começar na escola, na família. A família já não sabe, não é? Não tem ninguém para orientar”. (M4).

“É muito freqüente porque as pessoas acham o péssimo estado de saúde da boca como uma normalidade delas”. (M8).

“Não, na maioria das vezes, assim...posso dizer quase cem por cento das vezes. É fator de....fatores crônicos, assim, de má educação. Não é má educação é falta de orientação, falta de educação em saúde bucal, que já vem desde pequeno dentro de casa. Falta de orientação através da mídia, nem que seja no sentido de orientar a buscar um atendimento odontológico. Então são fatores que já vêm da própria cultura de orientação de saúde das pessoas”. (M11).

“Eu acho que... eu acho que é mais [falta de] conscientização. É mais [falta de] orientação e educação mesmo, não é? A gente trabalha mais com uma população de nível social...Eu não posso nem dizer que é totalmente baixo, não. A classe média também já freqüente. Mas o serviço odontológico... O serviço público não existe. Não existe o serviço público para atender nem para o básico. Para uma higienização, orientar quanto à higiene e orientar também quanto à escovação dentária. Alimentação que você pode dar. Tudo isso não existe. Não existe uma orientação ideal. E às vezes é a gente que faz isso, não é? Durante a consulta de pré-natal. Só que desgasta, você ficar fazendo isso. Você não tem tempo”. (M14).

Em sua visão, as gestantes também se preocupam com a questão da sua saúde bucal em função da saúde do bebê, seja quando procuram tratamento odontológico, seja quando resistem em fazê-lo. A problematização da atenção odontológica à gestante

acaba sendo em função de se levar a bom termo a gravidez: evitar o parto prematuro e assegurar o nascimento de uma criança com as melhores condições de saúde possíveis.

“Concordo. Justamente para a própria saúde da gestante, a saúde da gestação. Para aquele feto não correr o risco de uma infecção, de um problema, não é? Não fazem o tratamento odontológico por que elas ficam muito voltadas [para o bebê], com o medo do tratamento odontológico prejudicar o feto. Mas é justamente o contrário, a doença bucal prejudicar o feto ou a evolução da gestação”. (M2).

À pergunta se a atenção odontológica deveria fazer parte das ações de atenção integral à gestante, somente um profissional do pré-natal discorreu mais longamente sobre aspectos sociais e subjetivos envolvidos na questão da saúde bucal.

“Tem várias prioridades não resta dúvida. Eu acho. É uma prioridade, não é? Os dentes ... É uma prioridade, não é? É tem outras, mas o dente é importante. Até porque a dentição é importante. É importante para tudo. É importante até para você se postar, não é? Porque, de repente, se você estiver com um dente... para você se colocar socialmente, como pessoa. Às vezes, a própria paciente também fica constrangida quando ela não tem dente, que o dente dela esta estragado. Ela já fala com a mão na boca. Ela também fica constrangida de aparecer para o médico dessa forma. Ela também fica. É super importante. Mesmo a gente sabendo que tem dificuldades, que tem varias prioridades, não é? Está claro aí. Tem outras prioridades em saúde, mas a saúde bucal é importante. A saúde bucal é o que você vê. Você olha para o indivíduo desdentado, que valor você vai dar para ele? Ele serve para quê? Você vai contratar um indivíduo desdentado? Você vai contratar, dentro da sua casa, alguém que não tenha dente? Não. É uma maldade, mas é uma realidade. Ninguém coloca em nenhum emprego o indivíduo dessa forma. Nem no primeiro emprego ela vai conseguir. Não adianta nem fazer a campanha do primeiro emprego, se ele não tem dente. Se ele não tem dente, não sabe ler nem escrever, para que a campanha do primeiro emprego? Não precisa. (M14)

4.3.2 – *Entrevista com os dentistas*

Com o grupo dos dentistas, iniciamos a entrevista conversando sobre a situação da saúde bucal do povo brasileiro. De um modo geral, os profissionais consideram o panorama muito ruim. Reclamam do descaso histórico das autoridades em relação às políticas de saúde bucal da população e reconhecem que, especificamente em relação à atenção às mulheres no período da gravidez, os programas e serviços são quase inexistentes. Muitos deles assinalam que gestores, profissionais de saúde e clientela compartilham uma cultura de pouca valorização da saúde bucal, expressa inclusive na

dificuldade de inclusão da odontologia na saúde pública. Entretanto, em poucos depoimentos os dentistas aprofundaram a discussão sobre o tema.

“Eu acho que está muito precária, realmente. A gente vê muito isso aqui. Muitas vezes assim, aqui é o final de linha dos pacientes. Atendimento de emergência, você atende desde trauma de face até urgência odontológica. E a maioria dos pacientes vem para cá porque não encontra tratamento em outras unidades. Aqui é muito comum a gente fazer procedimentos de emergência e orientar para que eles procurem as faculdades de odontologia, porque eles não têm outros setores para procurar dentro da rede pública. Não existe.” (D4).

“Não existe. Com certeza não existe. Eu acho que o problema básico aqui da odontologia no Brasil é porque a gente nunca teve uma cultura de saúde coletiva. Eu não tenho nenhuma formação de saúde coletiva, não. Eu sou clínico, mas eu enxergo isso. Tanto que uma das causas para mim da crise da odontologia é porque sempre foi dada muita atenção ao consultório, à parte específica, à parte de especialização. [...] E se tivesse uma mudança desde o início de que a odontologia tem que ser encarada como uma, uma... não é saúde bucal, é saúde pública.” (D8).

Chama a atenção o fato de que nenhum entrevistado espontaneamente citou o Programa Brasil Sorridente e apenas um deles fez menção à importância da articulação entre a política de saúde bucal e o PSF.

“Olha eu acho que não existe cultura para a saúde bucal. Inclui tudo. Não existe cultura para a saúde bucal. A saúde bucal ela está recebendo um cuidado... Eu acho que assim, um divisor de águas é a criação, a inclusão dos dentistas nas equipes do PSF, não é?” (D7).

Uma pergunta que foi feita para todos os dentistas é se consideravam que a atenção à saúde bucal deveria estar entre as questões prioritárias da política de atenção integral à gestante. De modo unânime, as respostas começavam com “sim”, “claro” e “concordo”. Porém, ao discorrerem sobre o assunto, eles não apresentavam reflexões específicas sobre integralidade na atenção à saúde. As falas que mais se aproximam desse tema são as que destacamos abaixo. A primeira fala relaciona saúde bucal à qualidade de vida das pessoas; a segunda e a terceira fala destacam a questão da informação e da promoção.

“Porque você quando fala na saúde bucal você não está só vinculada ali, ao dente. Você vai estar ampliando muito mais, assim... você vai estar falando sobre saúde. Eu não vou nesse momento estar falando sobre a assistência, só a dor de dente. Eu vou estar podendo orientar de uma forma muito mais ampla. Então como você tem milhões de braços aí... Você vai poder estar comentando em relação a pessoa poder sorrir, sem ter vergonha de sorrir. A pessoa pode estar tendo uma velhice mais saudável, porque ela vai ter dentes para mastigar. Uma saúde, no

contexto geral. Nesse sentido, eu acho que é fundamental, porque você não vai estar ali falando só de dente, cárie e dor. Você tem que.... Tem outros meios que você tem que estar abordando que vai fazer parte da saúde geral sem dúvida, não é? E orientar em relação [a isso] se você está falando sobre nutrição, sobre amamentação, o quanto que a amamentação influencia na ossatura. Esse conjunto de informações vai fazer essa pessoa ser mais saudável. Sem sombra de dúvidas.” (D2).

“Eu acho que falta muita, muita conscientização. Eu acho que o governo nessa parte... do mesmo jeito que ele faz campanha para câncer de mama, entendeu?, ele deveria fazer campanhas nacionais, a nível de televisão e tudo, de esclarecimento para a população na parte da odontologia.”(D6).

“Não existe uma campanha dizendo, ‘olha, na gravidez você pode ir ao dentista’. Quer dizer, não aparece na televisão. Não aparece ‘você pode ir ao dentista, os seus dentes não estragam na gravidez’, ‘você tem que cuidar dos seus dentes’. Então quer dizer, não existe nada desse tipo. Só se fala do pré-natal.”(D7).

Outra questão abordada com os dentistas foi como os serviços em que trabalham respondem às necessidades e demandas de saúde bucal das gestantes. Nos serviços de odontologia, não existem protocolos de rotina para o atendimento à gestante. Os profissionais que trabalham na unidade que oferece atenção odontológica à gestante disseram que fazem, inicialmente, um trabalho educativo e de promoção de saúde com as pacientes; posteriormente, marcam as consultas para o tratamento clínico. Eles relatam que, mesmo sendo oferecido para todas as gestantes cadastradas no pré-natal a assistência odontológica, nem todas comparecem e o índice de faltas no primeiro agendamento chega a cinquenta por cento. Um trabalho de captação ativa de pacientes é feito para um melhor aproveitamento e operacionalização do serviço. No ano de 2005, das 1.495 gestantes inscritas nessa unidade no pré-natal, 998 foram atendidas no serviço de odontologia.

“Assim que elas entram, elas recebem um cartão onde ela tem que agendar várias outras modalidades, dentre elas a odontologia. Ela vem para a odontologia, ela faz uma... ela é inscrita na mesma hora, ela é agendada para o PC , que é o procedimento coletivo. Nesse dia, a gente... em média, nós marcamos umas vinte e cinco gestantes, não é? No dia desses procedimentos coletivos. A princípio, normalmente, cinquenta por cento delas vêm, não é? Tem um índice de falta das que são inscritas.. Quer dizer, é uma atividade educativa, ela é muito mais que uma palestra, não é?”(D2).

Na prática, nessa unidade que oferece atenção odontológica especializada à gestante, a articulação entre médicos pré-natalistas e dentistas ainda é limitada. A equipe

odontológica solicita aos obstetras que, nas consultas do pré-natal, referendam a indicação do tratamento e que reforcem essa orientação para as pacientes que faltaram à primeira consulta. Alguns dentistas reclamaram da pouca valorização dada pelos médicos à atenção odontológica e alegaram que, mesmo existindo a oferta desse cuidado na unidade, nem sempre eles estavam atentos e preocupados em recomendar a procura do serviço.

“Ele devia no mínimo [perguntar] assim, ‘há quanto tempo você não vai ao dentista? É bom você ir ao dentista para ele fazer uma verificação, para ele avaliar como é que está a sua saúde bucal’. É muito comum a gente estar na enfermaria, a paciente estar bem limpa, estar bem cuidada. [Aí] abre a boca... a enfermeira não sabe ali como cuidar da saúde oral. Então é falta de orientação, claro que é. Falta de informação, de orientação, de cultura. Isso tudo. Então acho que no mínimo o médico, ele tinha que incluir no leque de importâncias dele essa orientação, ‘o seu dentista? A senhora já foi no dentista? É bom durante o período da gravidez a senhora ir ao dentista’. ‘Ah, mas não pode, dizem que não pode. Não pode [ir ao dentista na gravidez]’. ‘A senhora deve ir ao dentista para avaliar como é que está a sua saúde bucal’. Enfim ele no mínimo [deveria fazer isso]. Porque, muitas vezes, eu vejo aqui, se eu verificar que uma paciente está com hipertensão descompensada eu vou, eu vou falar, vou pedir orientação, ‘a senhora vai no posto e saúde’.”(D7).

“Com certeza. Eu acho que o futuro da saúde tem que ser uma coisa integrada, não é? Porque eu, por exemplo, eu como dentista, eu sempre presto atenção na paciente como um todo. Se ela apresentar qualquer problema orgânico, fora da saúde bucal, eu sempre oriento ela a procurar um médico. Faço encaminhamento, está entendendo? E eu não sei se o médico tem esse cuidado. Porque às vezes é uma coisa, a saúde bucal, a boca, eles não tem o cuidado de se preocupar. É assim, uma coisa mais da parte deles. Mas a parte da odontologia, pelo menos eu, sempre oriento a gestante a procurar o tratamento integralmente, não é?”(D8).

“Mas os médicos que eu tenho contato, lá da internação, normalmente eles já me conhecem lá, há bastante tempo. Então, quando eu estou passando eles falam, ‘olha esse é o dentista e coisa e tal’. Aí fala alguma coisa [sobre odontologia com a gestante]. Eu não sei se durante a parte de clínica deles, eles até falam disso. Tem alguns que falam.. É... mas eu acho que a maioria só lembra de falar assim quando me vê passando ou eu estou por perto.”(D12).

Os profissionais entrevistados que trabalham na unidade que oferece apenas atenção odontológica emergencial, quando procurados por gestantes procuram eliminar a dor e os processos agudos. Nos seus discursos demonstraram apresentar resistência ao tratamento durante a gestação. A maioria considera recomendável e mais seguro evitar intervenções clínicas e cirúrgicas nesse período. Nessa unidade, a procura do serviço odontológico é espontânea e as afecções que levam a gestante ao serviço são geralmente abscessos dentários ou pulpites agudas.

“Mas é mais caso de pulpite ou, então, tem muitas pacientes que aproveitam que estão no hospital e vêm para fazer algum procedimento odontológico. Só que a gente evita fazer, não é?”(D3).

“Mesmo no particular. O que você puder fazer de emergência você faz e o que você puder protelar, estando neste trimestre de risco você protela, entendeu?, o tratamento.”(D9).

De um modo geral, independentemente do tipo de unidade de saúde, os dentistas entrevistados consideram que geralmente o que determina a procura do serviço odontológico no período gestacional é o fato da gestante apresentar um quadro agudo de dor ou de infecção.

“Mas, eu acho, que é emergência. Quando uma mulher está grávida ela esquece tudo, não é? Ela só fica ali querendo fazer as ultras naquela ansiedade querendo saber se o neném está bem formado. Eu acredito muito na gestante... no desespero mesmo de alguma emergência. Alguma restauração que caiu e não foi recolocada. Acredito muito nisso. Assim, ela ir para fazer o tratamento de rotina, eu acho raro. Nunca peguei nem um caso nem o outro. Mas eu acho que seria mais raro.”(D5).

“Normalmente quando elas procuram é porque estão com dor. Entendeu? Justamente por causa desse conceito que não pode se tratar de dente quando esta grávida e isso e aquilo. Então, a maioria das pacientes que eu atendo gestante é por problema de dor.”(D6).

Os entrevistados afirmaram que inclusive nos seus consultórios particulares a procura do cirurgião-dentista durante a gestação é extremamente baixa. Profissionais que atuam naquela unidade pública que possui serviço odontológico especializado em gestantes relataram ter escolhido trabalhar com esse grupo por ser, para eles, uma oportunidade desenvolver conhecimento e experiência em uma área da odontologia com a qual eles apresentam pouca familiaridade.

“Eu fiz essa escolha porque na minha carreira, na parte privada, quando eu estava no setor privado... é, eu atendia muita criança. Eu percebi quando eu vim para cá, nessa unidade, a possibilidade de, ‘você quer atender criança ou quer atender gestante?’. Eu percebi que praticamente eu não havia tido contato com gestante no consultório particular. Então, é...eu tive interesse porque eu achava que ia ser uma coisa de aprender. Uma coisa que eu acho raro, que ao longo de cinco, seis anos que eu estava no consultório particular, poucas gestantes procuravam o dentista. .”(D7).

“Olha só, eu também não tinha essa experiência antes de trabalhar aqui. Tinha alguns receios. Eu atendia gestante, mas eu tinha muito medo, assim, de fazer certos procedimentos. Principalmente extração. Principalmente com o fato do anestésico com vasoconstrictor, não é? Que isso aí era um mito para mim”. (D8).

Assim como fizemos com os médicos, nas entrevistas com os dentistas procuramos compreender quais os conhecimentos sustentam suas práticas mediante o atendimento a gestantes, quais suas fontes e se esses estão em consonância com evidências científicas.

Quando perguntados quanto ao período da gestação em que consideravam ser o mais adequado para o atendimento odontológico, os dentistas afirmavam que em certas circunstâncias, o tratamento pode ser feito em qualquer momento, mas que o segundo trimestre seria o mais seguro - o que vai ao encontro do que é preconizado pela literatura científica.

“Quando a gestante chega aqui normalmente elas já estão no segundo trimestre, segundo, terceiro. A gente não impõe período, porque ela tem que ser aceita em qualquer momento. É raro pegar a gestante com os primeiros três meses até porque elas tem dificuldades de entrar numa instituição para fazer o pré-natal antes disso, não é?”(D2).

“O trimestre mais seguro é o segundo trimestre. Mais seguro em função, em relação ao bebê, não é? Menos risco de aborto ou de parto prematuro. Então, vamos dizer assim, se eu precisasse fazer um tratamento cirúrgico, eu preferia fazer nesse segundo trimestre. Agora tratamento preventivo, outros, pode ser realizado. Emergência, pode ser realizada em qualquer momento, não é?”(D4).

“Ah... o primeiro trimestre, não. É o período mais crítico. Toda a formação do neném é nos três primeiros meses, não é? Depois, ele só está crescendo dentro da barriga. Aí eu acho que a partir do... assim, eu acho que a partir do terceiro mês já fica mais fácil, até o terceiro mês seria mais perigoso.” (D5).

Para a maioria dos odontólogos entrevistados, alguns procedimentos - como o uso de RX, o tratamento de canal e as cirurgias eletivas, devem ser evitados nesse período. O consenso científico atual não é tão taxativo assim. Apesar de terem conhecimento de que o exame radiográfico pode ser feito com o uso dos dispositivos de proteção — avental de chumbo, colimadores e filtros —, há por parte deles uma preocupação de que esses procedimentos possam comprometê-los legalmente.

“Problemas de RX que a gente tem que ter mais cuidado, não é? Com radiação. Mas com a população menos esclarecida quanto mais você se prevenir, eu acho que é melhor. Então o que é que acontece? Qualquer probleminha, ‘ah não, foi porque tratou de dente’. Entendeu? Então eu acho que é uma coisa mais preventiva. Não que tenha algum problema. Entendeu?. Eu acho que tem sim. Porque é preferível a gente se prevenir.”(D6).

“O procedimento que a gente fica mais receoso aqui é em relação a endodontia. Por causa da radiologia que tem que ser feita. Então a gente fica receosa em relação como vai ser feito o tratamento. Porque o RX pode causar alguma alteração no neném.”(D8).

“Olha, o que eu faço que é o tratamento clínico e endodôntico, é... eu não faço RX para gestante, seja ela protegida com os métodos, avental de chumbo ou seja lá o que for. Eu não faço. Eu prefiro esperar a concluir, o neném nascer e aí fazer o tratamento de canal [...] Vai que a gestante apresente algum problema, se ela fez o RX no consultório odontológico ela vai culpar o dentista.”(D10).

Em seus depoimentos, os dentistas confirmaram que orientam à gestante que retorne ao médico do pré-natal a fim de solicitar uma declaração autorizando o tratamento, o que demonstra o interesse do profissional em ter um amparo legal em caso de alguma complicação.

“De um modo geral, para um tratamento cirúrgico, por exemplo, eu costumo pedir um parecer do médico que está acompanhando a paciente. Só para saber se esta transcorrendo tudo normalmente com a gravidez, com o bebê, com mãe e bebê.” (D4).

“Normalmente elas...eu pedia para elas trazerem uma declaração para fazer o atendimento lá dentro” (D12).

Os cirurgiões-dentistas têm conhecimento de que a incidência de gengivite é alta na gravidez, em consequência das alterações hormonais do período gestacional. Sabem que estudos científicos vêm demonstrando uma possível associação da doença periodontal com a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Praticamente a totalidade dos entrevistados sabe distinguir adequadamente as patologias bucais próprias da gravidez e aquelas patologias bucais pré-existentes

“[...] a gengivite gravídica que realmente é comum na gestação. Mas outras patologias como a cárie e a doença periodontal, elas já são uma doença anterior da paciente, não é? E que podem ser agravadas por vários motivos: o estado emocional da paciente, mudanças hormonais, enfim, fatores intrínsecos e extrínsecos do período”. (D1).

“Com relação a isso sem dúvida. A gengivite, ela está muito presente. E quando você está com uma paciente com doença periodontal, você verifica que ela está bem mais grave [em função da gestação]”. (D2).

“Sim. Porque não deixa de ser um fator de risco para todas as pessoas. Agora especificamente para as gestantes, não é? Existem aí estudos. Foi conversado, eu conversei com alguns profissionais, existem estudos relacionando a questão de acúmulo de placa com extrações indicadas, todas essas questões têm relação com partos prematuros. Está se estudando isso ainda.

[...] É bom ter mais estudos para a gente chegar a um panorama. Os livros em si ainda são um pouco mais tradicionais”. (D7).

“Bem, você como dentista sabe que o problema periodontal agrava, não é? Toda a microbiota se desequilibra devido aos hormônios e elas adquirem... a gengiva fica mais doentinha. Exacerba mais”. (D11).

Em relação às cáries, há unanimidade entre os dentistas de que a gravidez não provoca essa patologia. A preocupação com a transmissão vertical da cárie é o que mais aparece em seus discursos.

“A cárie é uma doença contagiosa e transmissível. Quanto maior o índice de cárie da mãe, isso já foi comprovado, maior a probabilidade da criança vir a manifestar a cárie. Por isso que é importante essa prevenção da mãe em relação à criança que virá”.(D1).

“O neném nasce sem bactérias. A transmissão de bactérias se dá muito através da mãe, não é? Aí é por isso que tem que orientar, não ficar assoprando alimento, não provar uma colherzinha da mesma colher, tem gente que tem essa mania. Então você... vai que a boquinha vai ser toda colonizada por essas bactérias no contato. Tem gente que beija a criança na boca. Aí se a mãe estiver cheia de cárie cheia de bactérias ela vai transmitir para o neném.”. (D5).

De uma maneira geral, o universo de dentistas entrevistados valoriza a atenção à saúde da gestante. Os conhecimentos científicos que têm sobre o tema são atualizados e não observamos entre eles, em grande maioria, crenças e mitos de que o tratamento odontológico poderia por si mesmo comprometer o desfecho da gestação, se algumas precauções e cuidados forem tomados. Isso não significa que o receio de atender à gestante não exista, mas ele aparece principalmente como temor do profissional de ser acusado pelos médicos, gestantes e seus familiares – caso aconteça qualquer tipo de problema durante a gestação e o nascimento.

“Eu acho que... vai que tem um azar de ter uma má formação. Aí acha que foi na cadeira do dentista: ‘aquele dia que eu fui lá que eu tomei uma anestesia e não sei o que...’. Ai fica aquele mito, não é? E aí o dentista fica com medo. Ele quer se resguardar nesse aspecto, dela achar que houve algum problema no feto por ela ter ido naquele dia no dentista”. (D5).

“Eu acho que, estatisticamente, não tem nada. Não tem relato nenhum, até hoje eu não li nada específico de comprometimento de feto por algum problema em relação a tratamento dentário. Mas como a população é menos esclarecida, quanto mais você se prevenir, eu acho que é melhor. Então o que é que acontece? Qualquer probleminha, ‘ah não, foi porque tratou de dente’. Entendeu? Então eu acho que é uma coisa mais preventiva. Não que tenha algum problema. Entendeu? (D6).

Além disso, a gestante é uma paciente pouco conhecida dos dentistas, fato que também contribui para os receios.

“Eu acho que é falta de informação. Eu acho que é falta de informação de... de experiência... Vamos dizer assim, não sei se as pessoas evitam ou se é porque há uma procura menor realmente, elas acabam se desinteressando por esse tipo de paciente. Não se mantém atualizadas e às vezes eu acho que acabam deixando de atender da forma ideal essa paciente por falta de experiência e do conhecimento.” (D4).

“[...] é um assunto super interessante que está no seu trabalho. Porque você não vê mesmo nem falar. Parece aquele período, assim... aqueles nove meses que não pode mexer [na gestante] porque vai ter alguma coisa de errado. [Então o profissional] não faz nada. Fica quieto. Parece assim. Às vezes, ela não procurou o dentista a vida inteira e chega numa situação que você tem que intervir. Não tem jeito. Não é porque você está grávida que vai deixar [de intervir]. É muito importante.” (D5).

“É por isso tudo, não é? Ele não está preparado de repente para atendê-la, ele é pego de sobressalto e, a princípio, pensa que é complicado e que não deve atendê-la. Mas qualquer um poderia. Qualquer dentista poderia, ele só não está preparado para encarar aquilo” (D7).

“É um mito muito grande de atendimento. Eu também não tinha essa experiência antes de trabalhar aqui, tinha alguns receios. Eu atendia gestante, mas eu tinha muito medo, assim... de fazer certos procedimentos. Principalmente, extração. Principalmente, com o fato do anestésico com vasoconstrictor, não é? Que isso aí era um mito para mim. Isso aí até, foi uma resistência minha mesmo”. (D8).

Apesar de possuírem conhecimentos atualizados, de afirmarem que não se recusam a atender grávidas e de em seus discursos valorizarem o atendimento bucal no período da gestação, entremeado em seus discursos está uma visão de que a gravidez é um momento de vulnerabilidade e risco para a mulher e que, via de regra, o recomendado é intervir o mínimo possível. Essa representação da *gestante intocável* – por ser frágil, nervosa e vulnerável - não parece ser uma coisa exclusiva da cultura de uma corporação profissional, mas sim, fazer parte de um conjunto de representações sociais amplamente compartilhadas sobre a gestação e a mulher gestante.

“Eu acho que contra-indicação clínica, não tem. Agora, a gente tem que levar em consideração que a paciente fica muito mais suscetível, que fica com o estado emocional mais aflorado, entendeu? Então, a paciente fica mais sensível e fica mais nervosa. Eu acho que essa condição prejudica o neném. Então se a gente puder evitar alguns traumas maiores, seria melhor. Seria melhor. Agora não que isso tenha contra-indicação clínica, não tem nenhuma. Nenhuma!” (D6).

“O risco... Eu acho que o risco... o de maior temor, é para a gestante. É a perda do bebê, é um parto prematuro. Mas assim eu... eu acho que a questão mais assim que preocupa a gestante na hora do atendimento odontológico, é ela ficar nervosa. Extremamente, muito nervosa. Então isso aí é uma preocupação, eu acho importante” (D7).

Quando estimulados a falar mais sobre a importância do atendimento odontológico à gestante, percebemos que a valorização desse cuidado era, em grande parte das vezes, fundamentada na questão da qualidade da saúde fetal e do bebê. Para a maioria deles, a gestação é um momento em que a mulher poderia ser conscientizada e familiarizada sobre os cuidados de saúde bucal que ela deveria ter com o recém-nascido.

“Por isso que é importante essa prevenção da mãe em relação à criança que virá. Até para que a mãe tenha noção de saúde, de como ela vai cuidar da criança, como ela vai evitar que a criança possa vir a ter cárie, entendeu?” (D1).

“Porque elas vão ter bebês, não é? E já estão com bebês. É todo um cuidado de base. Eu acho que o caminho para uma solução breve, com essa taxa de natalidade imensa aqui no Brasil, é principalmente olhar as grávidas. Orientar para que elas possam continuar a fazer isso com os bebês, não é? [...] A mulher grávida, ela tem o bebê dentro dela... [recebendo atenção odontológica na gravidez] ela vai saber como cuidar, como higienizar, como tratar, como não contaminar essa criança até com os seus próprios microorganismos”. (D3).

“Agora, assim, o atendimento dela eu não faço, mas deveria ela passar pelo odontopediatra para ter informações sobre o feto, entendeu? Porque a odontopediatria olha o feto, não é? É importante de passar pelo odontopediatra para ela ter todas as orientações da boa alimentação que ela deve ter para ter uma boa saúde bucal”. (D5).

“O benefício é muito maior, o risco é mínimo. O que a gente vê é que você [as pacientes] não trata antes porque tem aquela criança que vai fazer mal e depois não trata porque não tem tempo. Então, quando sai do peito e já entra na fase de papinha, a mãe já está toda com a boca em estado calamitoso. E vai soprar a papinha e vai provar a papinha e isso vai para a criança. Aí, o que acontece? A gente pega a criança de dois anos, um ano e meio cheio de cárie. Porque a bactéria passa. Não está tratado”. (D6).

“Primeiro porque a saúde bucal faz parte da saúde do indivíduo como um todo. Então, uma gestante saudável, entende-se que ela vai ter uma gestação saudável e vai proporcionar um parto também com menos complicações. Então, a formação desse novo ser vai ser facilitada pelo estado de saúde da gestante. Essas coisas são importantes e estão relacionadas com a própria alimentação, da boca, não é? A questão da boca, do aleitamento materno, coisas que são muito importantes.” (D7)

“É importante, sim. É importante porque essa atenção é inclusive com a própria criança, não é? A atenção da gestante voltada para isso, para a educação bucal do próprio filho.” (D9).

Compreendemos que, permeando essa visão dos dentistas, estão representações sociais muito difundidas em nossa cultura da *mulher como meio*: os cuidados e a promoção da saúde da mulher têm como uma das motivações centrais a garantia de cuidados e promoção da saúde de sua prole.

4.3.3 – *Entrevista com as gestantes*

Iniciamos as entrevistas com as gestantes estimulando-as a falar sobre sua saúde bucal, relatando experiências e os cuidados freqüentemente assumidos com a mesma. No discurso da maioria das gestantes, a saúde bucal é algo valorizado e muitas delas mostram-se informadas da importância de ir com certa freqüência ao dentista, para a prevenção dos problemas. Porém, suas experiências e práticas são diferentes. A busca do serviço odontológico se dá quase sempre mediante a manifestação de algum sintoma ou sinal de patologia bucal. A falta de acesso a esses serviços na rede pública, os altos custos do tratamento odontológico no setor privado e a falta de informação e orientação ao longo da vida em termos de cuidados com a saúde bucal são apresentados por elas como fatores que, na prática, limitam uma atitude mais sistemática de promoção e prevenção.

“Eu nunca tive muitos problemas assim referente à saúde bucal, não. Mas eu sempre fui ao dentista. Procurei realizar no mínimo de dois em dois anos, entendeu? Eu sei que deveria ser anual. Mas no mínimo de dois em dois anos, porque inclusive aí fora, não é?, o tratamento dentário está muito caro.”(P2).

“Não, só mais assim da adolescência para a juventude. Eu senti muitas dores de dente, até a penúltima gestação. Mas antes, quando criança, não, eu não sentia dor de dente, não é? Aí cariava, até porque também eu não tinha orientação de como escovar bem , aí criava, cárie, não é?”(P4).

“Eu tava com onze anos para doze... Eu sentia dor de dente, dor de dente. Aí, o colégio que eu estudava tinha dentista. Aí, eles foram... E queria fazer uma obturação. Eu não quis. Aí, eu falei, ‘ah, arranca logo’. Porque inchou, inflamou, ficou desse tamanho...” (P15).

“A gente não vai ao dentista como deveria, não é? É, então quando começa a pintar um probleminha ou outro, que se força a barra de ir ao dentista. E assim, à medida do possível, eu vou ocasionalmente, não com freqüência.” (P17).

“Olha já faz um bom tempo que eu não vou mais ao dentista, até porque, eu não tenho mais dente natural. Por incrível que pareça eu tenho trinta e nove anos, mas não tenho mais dente natural. Realmente faz muitos anos. A última vez que eu fui foi para trocar a dentadura.” (P19).

Após esse inventário mais geral de suas experiências com saúde bucal e tratamento odontológico, as perguntas se dirigiram mais especificamente às questões da

saúde bucal na gestação. Queríamos saber se haviam apresentado problemas durante suas gravidezes e como agiram para resolvê-los.

Dos problemas vivenciados e percebidos pelas gestantes como decorrentes da própria gestação, o sangramento gengival foi o mais citado. Apesar da percepção do problema, a maioria delas afirmou não ter procurado um dentista e nem mesmo discutido com o seu médico do pré-natal a questão. Esse sangramento é considerado por muitas como “normal” e “coisa da gravidez”.

“Não. Começou a sangrar depois [no momento] da gravidez. Agora, eu achei isso normal. É normal, né?” (P1).

“Eu noto que piorou com a gravidez. Com a gravidez, aumentou muito mais, porque eu não tinha esse negócio de sangramento. Tem horas que eu vou escovar os dentes sangra, muito sangue junto com a pasta” (P10).

“Esse daqui [um filho] me deu um problema de... na gengiva, que fica sangrando, entendeu? A gengiva. Às vezes, tudo o que eu como sangra.”(P23).

Procuramos saber das gestantes se, nas consultas do pré-natal, os médicos obstetras faziam alguma pergunta, orientação ou avaliação da sua saúde bucal. A maioria delas respondia simplesmente que não, que eles só observavam a criança e falavam que os cuidados com os dentes não eram da responsabilidade médica.

“O médico não escuta nem da gravidez, quanto mais dos dentes.”(P7).

“Nenhum médico observa a gestante sobre a boca, o dente. Nenhum médico. Eu acho que a parte dele, mais que ele se preocupa é pelo lado anterior da barriga.” (P14).

“Sobre os dentes, nunca! Nunca perguntou nada.”(P19).

“Não, porque no meu boletim acho está tudo, não é? Se eu fui ao dentista... Eles colocam tudo, não é? Eles botam o número do telefone... Aí, eles perguntaram ‘Está tudo certo?’ ‘Tudo certo’. Não perguntaram mais nada. Às vezes até esquece, não é? Tem tanta coisa para pensar.” (P20).

“Não. Nenhum. Nenhum. Quando eu sentia dor de dente eu procurava o dentista por minha conta própria.” (P22).

“Não. Não Isso não. Ela só observa a criança, só a barriga. Negócio de dente, não. Dente não é nada com ela.”(P23).

Uma categoria muito comum e espontânea em quase todos os discursos é aquela do medo do dentista. Independente de estarem no momento da gestação ou não, o medo do dentista é apresentado como algo que condiciona e restringe a busca e a continuidade do tratamento odontológico.

“Ela [a irmã quando estava grávida] foi no dentista. Mas sempre as pessoas têm medo de ir ao dentista. Sempre têm. Então ela ia ao dentista, mas quando marcava a consulta, ela não ia.”(P3).

“Porque eu fujo do dentista o máximo que eu posso. Eu tenho pavor. Falou de dentista para mim eu já estou lá na favela....Uh!!! “(P6).

“Não, nunca fui ao dentista, não tinha nem tempo. E quando eu tinha tempo eu tinha medo.”(P8)

“Não [procurei o dentista], porque eu tenho pavor de dentista! Eu tenho pavor! Já era para eu ter ido procurar já há muito tempo. Eu tenho medo..”(P14).

No período da gestação, o medo e a resistência ao tratamento odontológico são potencializados. Muitas gestantes acreditam ser pouco aconselhável tratar ou se submeter a qualquer manipulação nesse período, temendo que certos procedimentos possam interferir na saúde da criança que está em formação.

“Porque, às vezes, eu tenho medo. Assim, tipo... assim.... de... Ai, sei lá.! tanta coisa está acontecendo aqui [na minha barriga].... Aí, eu fico com medo. Não me recomendaram para mim ir.”(P1).

“Se ele tivesse falado, ‘vai arrancar o dente?’ , eu tinha falado que não. Ah, falam que nós perde muito sangue, vai dar problema depois para a criança. Aí fala que nenhuma mulher grávida pode arrancar o dente, que isso não é certo, é errado. Como ele falou, outra palavra e eu não entendi. Então, eu fui ver já tinha arrancado, eu não senti dor nenhuma”(P7).

“Então é melhor o senhor [o dentista] nem mexer em mim. Porque de repente, o senhor....Eu tô com medo, o senhor não tem o aparelho e o senhor vai botar um remédio para mim que vai...que vai..... é muito amargo eu posso abortar e aí eu posso te prejudicar e me prejudicar também “”(P12).

“Porque dizem que alguns tipos de doença que os dentistas usam para poder fazer a aplicação no dente... Por exemplo, uma delas, a anestesia Que ocorrem da criança? Ela fica com problema por dentro, doença mental, enfim... alguma doença por dentro. Eu não deixaria e não aconselharia ninguém a procurar dentista grávida.”(P14).

O receio das gestantes não é somente com o comprometimento das condições clínicas do bebê, mas também com o seu bem estar: medo do tratamento odontológico provocar sensação de dor ou de sofrimento para o bebê. Acreditam que

tudo que elas sentem, o bebê também está sentindo. Logo, um tratamento que lhes provoque dores, medos ou desconfortos provocará as mesmas sensações na criança que esperam.

“O motorzinho também ... O barulho dói um pouco, o barulho dá nervoso. [A gestante] acha que a criança fica agitada dentro delas. Até porque tudo que [a gestante] ouve o bebê ouve, não é?” (P4).

“Eu, assim... houve uma outra hora que eu tive medo por mexer, achar que vai afetar o neném. Achar que vai levar alguma lesão à criança. Eu não sei explicar assim direito. Eu acredito que sim. A maioria. A preocupação da mãe é a preocupação com o neném. Já que tudo que a gente sente passa para o neném, não é? Então, até se sentir dor, as crianças também vão sentir. Daí eu penso assim, não é? Se for espetada por uma agulha e a gente sentir dor, o neném também dentro da barriga da gente vai sentir. Eu acho que é por isso.”(P8).

“Tem gente que fica com medo, né? Primeiro que dentista já é um terror. Só de ouvir aquele barulho da maquininha... Aí, quer dizer, então passa o nervoso para a criança. Então tem gente que prefere não ir. Só vai em último caso. Eu acho que tem que ver com o nervosismo que tem aquele medo do barulho da maquininha do dentista.”(P17).

O medo do tratamento odontológico na gravidez é compartilhado e reforçado por parentes, amigos, vizinhos e outras pessoas do seu círculo de convívio.

“As minhas vizinhas são as que mais falam: ‘espera o neném nascer para cuidar do dente’. Assim mesmo, quando eu fui fazer meus... as minhas obturações, quando eu fui obturar, eu comentei que estava grávida. [As vizinhas falaram] ‘ah, então você vai ter que parar, não sei o quê’. [Ela respondia] ‘mas só um pouquinho’. Tava fazendo o tratamento direto toda semana, aí, eu fui parando. Tudo o que leva anestesia... Eu não fiz mais nada”.(P5).

“Aí ele foi e arrancou [o dentista]. Chegou em casa meu marido brigou até comigo. Minha sogra brigou. Todo mundo falou, ‘você está maluca! Grávida de seis meses, você vai arrancar dente? Eu nunca vi’”.(P7).

“As minhas colegas que estão grávidas falaram, ‘não, você não pode tomar anestesia, não pode mexer.’ Aí, eu virei para elas e falei, ‘então depois que eu ganhar o meu filho eu vou, não é? Vou tratar dos meus dentes’.[...] É porque é o meu primeiro filho agora. Aí, eu estou meia por fora. Aí eu escuto, ‘não você não pode ir no médico [dentista] agora. Você não pode tratar. Você não pode dar anestesia. Não pode isso, não pode aquilo’. E aquilo fica na cabeça, não é? Aí, eu falei, ‘ah, é o primeiro filho que eu tenho, eu não sei, não é...’”(P11).

“Bom, outras pessoas dizem... Outras mulheres dizem que é problemático. Não pode arrancar dente quando esta grávida e tudo mais.”(P12).

Entretanto, uma situação de emergência faz com que as gestantes, mesmo com medo, busquem a atenção odontológica. A dor parece ser o maior estímulo à procura do serviço odontológico nesse período e, em geral, está relacionada ao agravamento de

patologias bucais já presentes antes da gravidez (cáries, doenças periodontais, etc.). Em geral, nesses casos, com a saúde bucal em estado crítico, são necessários procedimentos mais complexos. Muitas vezes, por causa da dor, a paciente opta por extrair a peça dentária para ficar rapidamente livre do problema.

“Ah, eu sentia dor de dente, dor de dente... Aí, eles foram... é, queria fazer uma obturação. Eu não quis. Aí, eu falei: ‘ah, arranca logo’”. (P15).

“Os médicos disse ‘não vai tratar?’. ‘Eu não. Não vou tratar mais não, quero que arranque logo.’ Aí eu paguei para arrancar. Não gosto de sentir dor.[...] Não dava mais. Eu não agüentava. Porque era final de semana, justo no sábado que começou. Arranquei, não deu problema nenhum, não.” (P21).

“Quando eu sentia dor de dente, eu procurava o dentista , por minha conta própria. No máximo, eu tomava remédio, eu não queria nem saber. A dor era tão grande que eu tomava qualquer coisa que passasse pela minha frente. Desde que aliviasse a minha dor - sendo que não alivia. Quanto mais remédio que eu tomava, mais dói. Eu tomava, me entupia, me entupia até que batia um desespero total eu ia para o dentista. Eu arrancava tudo. Mandava arrancar. Não tinha jeito. Arranca. Eu não gosto de sentir dor. É horrível! [...] Aí na minha última gravidez, a minha filha está com dois anos, eu senti uma dor tão forte. Doía os dois dentes cisos ao mesmo tempo. Eu tomei todos os remédios possíveis. Não deu jeito. Eu fui parar lá no Miguel Couto com uma dor danada. Cheguei lá, o dentista não queria me atender porque eu já tava com sete meses de gravidez. Ele não queria arrancar. Eu implorei, chorei, chorei tanto. Falei que não ia sair de lá se não desse jeito no meu dente.” (P22).

Os depoimentos das gestantes mostram que ao tomarem a iniciativa de procurar o dentista muitas vezes são recomendadas por ele a retornarem para o tratamento odontológico depois da gestação. Esse comportamento do profissional gera confusão e reforça para a paciente e sociedade insegurança quanto à indicação desse cuidado.

“Porque a minha dentista [ao saber que a paciente estava grávida] não quis mais continuar. Meu ciso quebrou, tinha que arrancar. Ela não arrancou...”. (P5).

“Ele [o dentista] falou assim ‘então, eu não vou fazer nada não, você vai no hospital, pergunta ao médico se eu posso fazer. Se puder fazer, você vem aqui’. ‘Ele ficou com medo também. E aí eu não perguntei mais também’.”(P12).

“Aí, ele falou que o clareamento não poderia mesmo [fazer] pelo produto ser muito forte. E assim.., ‘fazer obturação agora, não! Por causa da anestesia essas coisas que devido ao problema da gestação’. Ele falou para eu resolver primeiro até eu ganhar o neném e, aí, sim!”(P13).

“Pelo fato deles não terem tratado dos meus dentes naquela vez, eu acho que tem algum problema, não é? Porque o dentista não quis tratar não quis obturar, acho que era obturar. Ele não quis arrancar, alguma coisa assim.[...] Porque eu fiz um exame uma vez, lá perto de casa. Aí eles não quiseram mexer no meu dente ‘ah, ela está com suspeita de gravidez.’ Aí eles não quiseram mexer.” (P16).

“Eu fui no dentista. E aí eles falaram que não poderiam tratar do dente de gestante. Ficaram com medo de eu tomar algum remédio por causa do risco. E, aí não me deram... [...] Porque minha

mãe falou que fazia [tratamento dentário] na gravidez dela, não me conformei, não. Não entendi nada...”(P18).

“Ah, porque eu ia no dentista. Dentista particular... que ele morria de medo. Perguntava se estava grávida ou gestante. Ele não gosta de atender gestante. Tem dentista mesmo que é inseguro. O dentista particular disse que não podia ‘ah, não, não pode. Agora na gravidez não pode extrair, não pode tomar anestesia, não pode obturar’. E aquela frescura. Aí eu fiquei assim, não é?”(P20).

Apesar dos medos, da representação do tratamento odontológico na gravidez como perigoso e de uma cultura que o desaconselha, uma parte do grupo de gestantes entrevistado mostrou valorizar a atenção odontológica nesse período. Algumas contam que, sabendo da existência de serviços que disponibilizam acompanhamento odontológico à gestante, haviam cobrado dos médicos o encaminhamento. Geralmente são pacientes que já se submeteram a essa atenção em gestações anteriores ou já foram conscientizadas da importância e pertinência desse cuidado.

“Seria bom, não é? Tipo, todo mês você vai no médico e depois passa no dentista. Seria bom. Já ia marcando seguidamente, você ia no médico. Aí do médico já ia no dentista.”(P5).

“Eu acho que não é só interessante. É fundamental. Porque muitas gestantes sentem dor de dente. Então é fundamental que tenha.” (P18).

“Com certeza, com certeza. Porque é bom para ela e para a criança, não é? É muito ruim dente estragado na boca, ninguém suporta, não é? Então, é fundamental... Hoje as pessoas já valorizam mais os seus dentes. Tanto é que gastam fortunas para tratar.”(P19).

Para algumas gestantes que estavam freqüentando serviços odontológicos especializados, a realização de tratamento odontológico na gravidez é vista, inclusive, como uma oportunidade única, já que normalmente não têm acesso a esses serviços e não conseguem realizar o tratamento.

“O tratamento dentário está muito caro. E agora eu estou aproveitando que eu tô fazendo o pré-natal aqui e tive a possibilidade de ter essa vaga para fazer o tratamento aqui.” (P2).

“Não, porque eu não tinha condição. Eu não tinha condição de tratar dos dentes. Então eu estou vindo por causa desse problema, que eu... sempre meu sonho é ter os meus dentes bonitos. Aí como havia essa vaga assim eu encaixei e estou bem. Estou me sentindo bem.[...] É, para mim está sendo [uma oportunidade]. Por isso que eu não vou perder nenhuma. Essa eu só perdi porque eu estava sem o dinheiro da passagem. Eu não moro aqui.”(P7).

A opinião do grupo das gestantes sobre a atenção odontológica na gravidez apresentou variações importantes. Uma parte delas faz ou deseja fazer o tratamento; outra parte não faria nenhuma intervenção dentária nesse período; muitas acreditam ser possível tratar os dentes nessa fase, mas têm resistência a certos procedimentos e intervenções clínicas. Os receios e resistência são principalmente relacionados à anestesia, à extração e ao uso do RX.

“Não, o que eu já ouvi falar foi referente a anestesia, não é? Certas pessoas ‘ah, porque vou receber anestesia. Eu posso? Eu sou gestante’ ...Mas eu já soube que tem anestesia apropriada para a gestante.”(P2).

“Não. Eu não. Porque vai tomar anestesia. Eu acho que pode fazer uma obturação sem anestesia. Eu acho que em anestesia não deve mexer não.”(P5).

“Porque não pode fazer RX de dente por causa da criança. Não pode fazer uma anestesia que pode prejudicar a ele. Tem muita coisa imprevisível...”(P6).

“De arrancar dente de barriga, ela acha que é perigoso [...]Ah, falam que nós perde muito sangue, vai dar problema depois para a criança. Aí fala que nenhuma mulher grávida pode arrancar o dente, que isso não é certo, é errado,”(P7).

“Eu já escutei casos de que não pode arrancar dente porque dá hemorragia na gravidez.”(P8).

“Não, eu achava que podia fazer mal, eu pensava que não podia. Pensava que não podia fazer, não é?, anestesia, como realmente não pode, não é?. O médico falou que não pode tomar anestesia muito forte porque tem que fazer o tratamento sem anestesia porque pode prejudicar a criança.”(P10).

“Porque que toda mulher quando está perto de um RX tem de sair de perto? É a mesma coisa, da mesma forma com a anestesia. Eu não aceito, eu não concordo.”(P14).

“Segundo eu sei que não pode é extrair, não é? Durante a gestação não pode extrair dente. Mas tratar normalmente, fazer a obturação, tratar normalmente, fazer limpeza. Isso daí não. Não tem nenhum problema não. Eu acho.”(P19).

“O RX é perigoso, o RX realmente prejudica. Tanto é que eu fui levar ela para fazer exame e não pude entrar. Eles não deixam ficar perto do RX.”(P20).

Apesar de, em grande parte, representarem o tratamento odontológico na gravidez como perigoso, as gestantes mostraram muito interesse em receber informações e orientações em relação à saúde bucal nesse período, seja através do obstetra ou do dentista, seja participando em atividades educativas. As justificativas e motivações, quase sempre, eram aproveitar essa oportunidade para aprender como cuidar da saúde bucal do seu bebê.

“A saúde do bebê começa da mãe, da gestante, a saúde bucal do bebê. E na gravidez mesmo, já pode ir recebendo orientação. Em termos de alimentos, como... quais são os alimentos que não provoca cárie, uma série de coisas, já ajuda bastante.”(P4).

“É tem que saber como cuidar dele quando nascer, dos dentes, da gengiva. Porque bem ou mal tem que cuidar bem da gengiva. Não é quando tem dente [somente]...[Tem que] cuidar bem da gengiva.”(P6).

“Eu acho que... quando ele vem ao mundo, nós não começamos a tratar dele? Quando mama, nós não passa um paninho molhado na língua? Então se você não tem cuidado com o seu [dente], aí todo mundo sabe que afeta a criança.” (P7).

“Eu acho que sim, que o governo deveria sim oferecer um tratamento dentário para todas as gestantes. Um tratamento. Com certeza. Eu acho. Seria bom, ótimo, maravilhoso. Como cuidar do seu filho, como orientar ele sobre a relação de dentes.” (P14).

Além de despertar o interesse por atividades educativas e orientações sobre a promoção da saúde bucal, a preocupação com a saúde bucal do bebê também estimula a superação dos medos e resistências e motiva a busca do tratamento odontológico na gravidez. Muito comum entre as entrevistadas foi a crença de que a criança pode nascer com cáries se a mãe está com cáries no período.

“Vai. Porque as bactérias das cáries está passando para a criança. Até mesmo de assoprar uma comida poder passar, a cárie passa dali.”(P14).

“Muito bom. Até porque isso vai favorecer na dentição da criança. Segundo a informação que eu tive, que a mãe tendo uma boa dentição, não é? Um bom tratamento bucal, as crianças também vão ter. Se a mãe não fizer nenhum tratamento durante toda a gestação, as crianças podem vir a ter sérios problemas. Cáries, já nascer com problemas bem complicados, não é?”(P19).

“Nada que não faça bem para a mãe, eu acho que faz bem para a criança, não é? Eu acho que deve estar saudável em todos os sentidos. Dentária. Eu não sei se pode ser prejudicial. Dizem, não é? Eu acho que toda mãe quando engravida tem que cuidar da saúde geral, como um todo.”(P20).

“Eles me explicaram que a criança pode até já nascer com cárie. Se não cuidar, ficar passando as coisas para o neném. Inclusive na gravidez, afeta também a boquinha do bebê.”(P21).

“Eu acho que sim. Eu acho que se a mãe não cuidar direito eu acho que a formação dos dentes do neném pode não vir direitinho, né? Ela pode ter algum problema. Cáries cedo. Ficar com os dentes fraquinhos cedo. [...] Eu acho que a mãe tem que ser tratada primeiro para depois cuidar do neném. Como é que ela vai cuidar do neném com os dentes ruins? Não dá. A mãe tem que cuidar dos dela para poder quando o neném nascer também cuidar do dele. Para não passar também cárie, nada para ele.[...] Porque se tiver cárie, você for assoprar a comida do bebê vai passar cárie para ele. Beijar, experimentar papinha, vai passar a cárie tudo nele.”(P22).

Essa compreensão de que as bactérias maternas podem ser transmitidas para a criança ajuda a enfrentar medos e resistências ao tratamento odontológico. Para muitas

das entrevistadas, a importância ou a pertinência dos cuidados odontológicos na gravidez é função de um balanço de riscos e benefícios para o bebê. As suas próprias necessidades em termos de saúde bucal aparecem com menor ou nenhuma importância. Enfim, tomados em seu conjunto, vislumbramos nos discursos das mulheres a representação da saúde bucal da gestante como um meio de promoção e prevenção no que diz respeito à saúde bucal de seus filhos, e não como um fim em si mesmo. Essa representação tem analogia com a representação da *mulher como meio*.

As gestantes acreditam que a gravidez enfraquece seus dentes. A representação da lenda “*cada gravidez, um dente*” aparece com frequência nas entrevistas. Muitas alegam ter começado a ter problemas dentários com e por causa das gestações.

“Sempre foi boa. Agora está ficando um pouco ruim. Depois que o neném nasceu, o meu filho, eu tenho que cuidar dos dentes porque um tá quebrado, outro quebrou todo. Por causa que eu fiquei grávida, começou a quebrar os dentes.”(P11).

“É, eu tenho uma colega que ela tinha os dentes lindos. Não tinha problema nenhum. Depois que ela ficou grávida, conforme a gravidez... os dentes foi ficando fraco, foi caindo, ficando amarelo, aí eu não sei. Aí ela falou que o médico disse que foi por causa da gravidez. [...] Foi por causa da gravidez, e ela, eu acho que ela faz tratamento até hoje, depois que ela ganhou [o bebê].”(P15).

“Que toda gravidez minha eu tenho que tirar um dente. Toda gravidez estraga um dente. Então eu já tratava, para não acontecer isso. O dente já está todo quebrado. E é um só lá do canto. Está me dando trabalho, né? Porque só me dá dor quando eu estou grávida. Só quando eu estou grávida, quando eu não estou grávida, não dói. Não sinto dor de dente. É muito raro eu sentir.”(P21).

“Na minha primeira gravidez, eu não tive problemas, nem na segunda. Da terceira em diante, aí o meu dente já foi cariando. Eu acho também que devido a muita gravidez. Uma atrás da outra, não é? Acho que mexeu com cálcio. Alguma coisa assim, parecida. O neném puxa, não é? Aí foi começando a cariar e começando a dar buraco por dentro, mesmo ele estando sem buraco por cima. Aprofundar o buraco por dentro.”(P22).

Entre as gestantes entrevistadas, também apareceu o tema de que a gravidez provoca uma demanda de cálcio, que é retirado dos seus dentes para ser inserido na ossatura do bebê. Expressões como “eu sinto que está puxando” ou “sinto coceiras” são frequentes e mostram como elas percebem essa doação de cálcio. Elas se sentem mais frágeis, sugadas. E sua arcada dentária, como todo o seu corpo, está fraca.

“Eu até acredito [que os dentes enfraquecem] por causa do cálcio, não é? Porque eu acho que quem já tem algum problema anterior, antes da gravidez, eu acredito até que venha a piorar um pouquinho mais”(P2).

“Não, eu estou sentindo os meus dentes fracos, só isso. Você sente, vai comer alguma coisa, está sensível, dói de vez em quando... Eu não consigo comer direito, quando eu vou mastigar assim, sempre dá uma dorzinha assim... Você sente que tem alguma coisa puxando lá dentro, assim, sabe? Tipo está saindo de você.”(P6).

“Eu acho. Ah, eu acho assim, os dentes acho que fica frágil. Eu acho que os dentes, pelo menos os meus ficam frágeis, sim. Não sei se é falta de cálcio.”(P8).

“Porque dizem que na gravidez, o que acontece? Devido assim a gestante... o neném puxa muito a nutrição da mulher não é? A questão da alimentação e tudo. Então fica mais fraca a denteição do dente, né?”(P17).

“Porque nessa época de sete meses diz que pega muita proteína, não é? Inclusive puxa proteína dos dentes. Aí também se... dizem que afeta o dente. Aí eu acho...Dizem que é, não é? O fato que a criança vai crescendo, vai puxando muita proteína que a mãe tem, não é? É em todo lugar, no dente.Eu tomo as vitaminas mas, às vezes, ainda fica carência, não é? Eu acho que é isso, não sei.”(P20).

“Eu acho que sim. Porque não mexe com toda parte, até com o osso. Porque não mexer com os dentes? O bebê puxa o cálcio, não é? Os dentes também, faz parte. Então, conforme ele vai crescendo, mais vai influenciando ainda.”(P22).

Assim como havia aparecido nas entrevistas com os médicos, essa representação da *mulher doadora*, da mãe que naturalmente tira recursos de si mesma para prover as necessidades de saúde e bem-estar do seu filho, surge também no grupo das gestantes.

A representação do *companheiro participante* foi a mais surpreendente que surgiu no estudo. As mulheres entrevistadas acreditam que a gestação provoca dor de dente no pai da criança. Com muito entusiasmo, elas comentavam como suas gravidezes provocavam problemas e incômodos dentários neles. O evento é representado como demonstração de envolvimento, participação e solidariedade dos companheiros e compartilhamento de tarefas e infortúnios próprios do período gestacional.

“Agora, [quando fico grávida] dói o dente do meu namorado. O dente do meu namorado dói. Ele vive com dor de dente. Ele tem uma arcada dentária bonita. Ele não sentia. Ele vive com dor de dente, menina. É engraçado. Sei lá, porque a arcada dentária dele é bonita não tem um probleminha e ele vive com dor de dente [agora que estou grávida].”(P5).

“Não, eu não senti nenhuma alteração. Mas em compensação, o meu marido sentiu dor de dente, um monte de coisa.... Sentiu cólica, eu não senti nada. Não senti enjôo, eu não senti nada. Tudo que eu não senti, ele sentiu.. Dor de dente também ele sentiu, eu não senti dor de dente, não. Ele

sentiu. Ele falou comigo ‘outro dia eu estava com uma dor de dente’. Ah, engraçado, não é?”(P11).

“Ah, quando eu estava com uns três meses ele reclamava, ‘tô com uma dor de dente, o meu dente está doendo, doendo’. Aí, ele nunca arrancou dente. O dente dele é tudo bom. É tudo igual, nunca obturou nem nada. Não tem defeito nenhum. Aí ele ‘pôxa, eu não tenho dente estragado, nem para obturar, eu não tenho’. Porque ele cuida muito dos dentes dele. Aí ele sentindo dor ‘vou lá no dentista para ver o que é isso’. Ali na Cancela mesmo. Aí, chegou lá, o dentista olhou a boca dele e falou que não tinha nada. Bateu o RX. Não encontrou cárie, não encontrou nada. Aí ele falou assim ‘mas porque é que eu estou sentindo dor de dente?’ Aí ele pegou e falou assim [o dentista falou] ‘eu não sei, mas você não tem nada.’ Ele falou assim ‘a minha esposa está grávida, desde quando ela ficou grávida eu estou sentindo essas dor de dente’. [O dentista] ‘é, então deve ser da gravidez’.”(P15).

“O meu namorado, depois que eu parei de sentir, passou tudo para ele. Ele ficou sentindo a dor todinha. Porque eu não estava mais sentindo. Aí ele ficou...Ele sente de vez em quando. Não tem nada no dente dele. Ele sente a dor.Tem dias que incha. Pelo menos não sou eu. Já chega a barriga..”(P18).

“Sei lá, porque quando eu não tenho dor de dente na gravidez, o meu marido tem várias vezes. Muitas das vezes, eu não sentia nada. Quem sentia era ele. Na ultima gravidez, agora, ficou nós dois sentindo dor ao mesmo tempo. Eu de um lado e ele do outro. Eu tomando um remédio, ele tomando outro remédio. Ficava nós dois sentindo dor ao mesmo tempo. Quando eu não sentia, era ele quem sentia. Maior parte das minhas gravidezes é ele que fica com dor. Às vezes, ele ficava enjoado, sentia vontade de vomitar. Aí eu falava, ‘eu que estou grávida você que passa mal’. Aí ele ‘ah, você está grávida’. E ele sempre descobria que eu estava grávida porque o dente dele começava a doer. Ai ele, ‘eu tô com dor de dente’. Não sei, normalmente ele não sente dor de dente. Quando eu passei a ficar grávida, ele passou a sentir dor de dente, uma atrás da outra. Toda gravidez ele ficava com dor. Muita dor. Tanto que ele arrancou um dente aqui da frente na minha ultima gravidez. Ele foi para o médico arrancar. Deu um abscesso encima. Deu um problema lá no dente. Ai teve que tirar o dente. Aí ele: ‘o meu dente está querendo doer de novo. Ah, você está grávida, né?’”. (P22).

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“ Eu acho que o problema básico aqui da odontologia no Brasil é porque a gente nunca teve uma cultura de saúde coletiva.” (D8).

Considerando os depoimentos tomados nas quatro unidades do SUS do município do Rio de Janeiro, concluímos que as práticas de atenção à gestante nos serviços de saúde muito pouco contemplam a questão da saúde bucal e do tratamento odontológico na gravidez. Visto a partir dos achados deste estudo, podemos desenhar o

seguinte cenário: a) a questão da saúde bucal tem pouca prioridade entre os profissionais e a clientela do pré-natal, não fazendo parte da cultura dos cuidados pré-natais; b) rotinas relacionadas aos cuidados clínico-obstétricos já são bastante difundidas em nosso meio, sendo razoavelmente incorporadas pelos profissionais e fazendo parte das demandas e noções de direitos da gestante; porém, a atenção odontológica é vista como uma coisa à parte — o pré-natal, de um lado, o dentista de outro — e não se pensa o profissional dentista como parte da equipe multiprofissional do pré-natal; c) a atenção odontológica no período da gestação é limitada, tanto no sentido da oferta (poucos serviços especializados, poucas vagas) como pelo pouco estímulo ao tratamento, por parte dos profissionais médicos, dentistas e das redes sociais das gestantes.

A partir de nosso recorte analítico específico, o cenário da atenção odontológica à gestante pode ser compreendido como produto de atitudes e condutas não somente de um único tipo de ator, mas para ele contribuem as práticas dos médicos, dos dentistas e das gestantes, assim como as dinâmicas de suas interações.

A importância da atenção à saúde bucal da gestante aparece nos discursos de muitos dos médicos, dentistas e pacientes entrevistados. Entretanto, muitas vezes, as práticas não refletem uma valorização efetiva dessa atenção. Os médicos do pré-natal não costumam incluir rotineiramente em sua anamnese questões referentes à saúde bucal e nem fazem uma inspeção visual da cavidade bucal da gestante. Em geral, eles encaminham ou orientam suas pacientes a procurar o odontólogo somente se elas, por iniciativa própria, apresentam alguma queixa. Essas condutas profissionais parecem ser bastante comuns a julgar pelos resultados de outros estudos. Em seu estudo com uma amostra de 204 médicos ginecologistas e obstetras, Tirelli (2004) constatou que somente 5,88% realizavam a inspeção bucal de sua cliente. Em sua pesquisa, Neves *et*

al (2004) encontraram uma realidade mais favorável: a frequência de médicos obstetras que incluíam em sua anamnese dados sobre a saúde bucal da gestante foi de 52,72%; entretanto, somente 18,18% faziam exames intrabucais nas pacientes.

A ausência da incorporação sistemática da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal não está entre as preocupações prioritárias de médicos e odontólogos e não é motivo de cobrança às chefias ou aos gestores. Para os pré-natalistas, os serviços de atenção à gestante apresentam uma série de outras prioridades e os cuidados odontológicos passam a ocupar um plano de menor importância.

Grande parte das gestantes, por sua vez, procura espontaneamente cuidados odontológicos somente em caso de dor. A situação determinante é a presença do sintoma e a necessidade de resolver o problema já instalado. No estudo de Rocha (1993), em Salvador, a dor de dente também apareceu como o maior estímulo para a procura do tratamento odontológico durante a gravidez. Referindo-se à realidade chilena, Misrachi & Saez (1989) relataram que, em geral, a decisão de buscar o especialista ocorre quando existe a dor e esta é insuportável, o que geralmente coincide com um grande dano da peça dentária.

Alguns médicos percebem que, cada vez mais, as gestantes começam a cobrar deles encaminhamento para o tratamento dentário. Entre nossas entrevistadas, algumas daquelas mulheres que estavam realizando seu acompanhamento pré-natal na unidade de saúde que oferece serviço odontológico às gestantes tinham uma postura diferenciada: valorizavam o fato de terem acesso ao tratamento odontológico durante o acompanhamento pré-natal; consideravam uma oportunidade única para realizar cuidados de saúde bucal e procuravam seguir o tratamento com assiduidade. Em

resumo, no caso específico dessas mulheres, não eram a dor e outras situações críticas o grande estímulo.

Nas entrevistas com as gestantes, observamos que a procura pelos cuidados odontológicos durante a gravidez é desestimulada pelos seus familiares, amigos e colegas, que alertam para o seu perigo e desaconselham essa intervenção. Esses achados estão concordantes com outros estudos que concluíram que, em nosso meio, parece existir uma cultura muito difundida de que as gestantes não devem ir ao dentista. Scavuzzi *et al* (1998) e Albuquerque *et al* (2004) evidenciaram que as crenças populares recomendam às gestantes não procurarem o atendimento odontológico e que mitos e crenças relacionados à odontologia na gravidez interferem de maneira negativa na procura e na oferta do tratamento. Misrachi & Saez (1989) também mostraram como os conhecimentos populares e as pessoas do círculo de relação mais próximo à gestante desestimulam a procura pelos cuidados odontológicos nesse período.

A grande maioria das gestantes entrevistadas naturaliza o medo do tratamento odontológico, com afirmações do tipo “todo mundo tem medo de dentista, não é?”. No período gravídico, esse receio ainda é maior, pois elas temem que o tratamento prejudique a criança. Estudo realizado em Salvador por Rocha (1993), mostra que o medo de ir ao dentista durante a gestação aumenta em quase 100% quando comparado aos períodos fora da gravidez. Tiveron *et al* (2004) chegaram às mesmas conclusões: o maior motivo do medo das gestantes em se submeterem a tratamento odontológico (67,4%) era o de prejudicar o bebê. Albuquerque *et al* (2004) falam que o medo é o sentimento mais forte que as gestantes expressam em relação ao dentista.

No universo que estudamos, a insegurança das gestantes em relação ao tratamento odontológico não é somente compartilhada por parentes, vizinhos e amigos, mas também, muitas vezes, reforçada pelas práticas e atitudes dos profissionais que as

atendem. Os dentistas entrevistados revelaram ter pouca experiência na abordagem da gestante e eles atribuem o fato, entre outras coisas, à baixa procura espontânea das pacientes e a uma formação deficiente nas escolas de odontologia, no que diz respeito à abordagem de pacientes especiais, entre estes, mulheres grávidas. Nos relatos de dentistas e pacientes, percebemos que, muitas vezes, ao procurarem o serviço odontológico, as gestantes são desestimuladas pelo próprio profissional a fazer o tratamento no período gestacional. As idéias de que a gestante tem riscos adicionais para o tratamento odontológico e que “é melhor esperar para tratar depois” foram muito freqüentes entre os profissionais de odontologia entrevistados que não pertenciam àquela unidade com o serviço odontológico especializado em gestante. A resistência dos dentistas em atender a essa clientela também está relacionada ao receio de serem responsabilizados, no caso de alguma intercorrência que afete a saúde da mãe ou do bebê. Estudos brasileiros de Narvai (1984), Bernd *et al* (1992) e Costa *et al* (2002) destacaram que a omissão dos odontólogos tem se somado aos tabus populares, reforçando medos e resistências ao tratamento odontológico na gestação.

As gestantes deste estudo, em sua grande maioria, não receberam instruções sobre a saúde bucal durante a gravidez, exceção feita para aquelas que estavam sendo acompanhadas em serviço de pré-natal que, de rotina, oferecem tratamento odontológico especializado a suas clientes. Essa parece ser uma realidade brasileira, já que outros estudos revelam que somente um percentual muito baixo de gestantes recebe informações sobre saúde bucal: Araújo *et al* (2005) encontraram em seu estudo somente 16% de gestantes; Scavuzzi *et al* (1998), 6.4% e Menino e Bijella (1995), apenas 4.7%.

No nosso estudo, as gestantes não demonstraram uma opinião radical em relação à atenção odontológica na gravidez. Têm receios e apresentam resistências, mas muitas gostariam de cuidar da sua saúde bucal e ter mais informações. As mulheres da pesquisa

demonstraram um grande interesse em aprender sobre os cuidados bucais da criança e mostraram interesse em participar de grupos de informação e educação em saúde bucal. Outros estudos também demonstraram que essa pode ser uma motivação importante para as gestantes procurarem atenção odontológica (Rocha, 1993; Scavuzzi *et al*, 1998; Costa, 2000; Tiveron, 2004). Isso sinaliza para os profissionais e gestores que o momento da gravidez pode representar uma oportunidade importante para ampliar a adesão das mulheres às ações de promoção, prevenção ou recuperação da saúde bucal.

De uma maneira geral, médicos e dentistas entrevistados apresentavam vários conceitos e noções que correspondem às evidências científicas atualmente aceitas: consideram o segundo trimestre da gestação o período mais indicado para o tratamento odontológico programado (Mangskau & Arrindell, 1996; Tirelli, 1999; Tirelli, 2004) observam que a incidência da gengivite é alta nas gestantes, em consequência das alterações hormonais (Sartorio & Machado, 2001; Elias, *et al*, 2004; Tirelli, 2004); conhecem estudos que associam a prematuridade e o baixo peso ao nascer com a doença periodontal (Neves *et al*, 2004; Maeda *et al*, 2005); descrevem corretamente cuidados que envolvem a abordagem odontológica da gestante, principalmente no que diz respeito ao exame radiográfico e a anestesia (Torres & Andrade, 1984; Sposto *et al*, 1997; Silva *et al*, 2000; Corrêa *et al*, 2003; Elias *et al*, 2004). Índices razoavelmente altos de conhecimentos científicos atualizados no que diz respeito à saúde bucal da gestante e ao tratamento odontológico na gravidez, entre profissionais obstetras, também foram encontrados por Neves *et al* (2004), Tirelli (2004) e Maeda *et al* (2005).

Em geral, os médicos entrevistados não apresentaram grandes resistências e temores à atenção odontológica durante a gravidez, quando comparado ao grupo dos dentistas. Os obstetras consideram o tratamento seguro sob certas condições: restrições e cuidados quanto ao uso do RX e do anestésico, principalmente. Em sua amostra,

Tirelli (2004) também encontrou um percentual de 97,06% de médicos que consideravam seguro este tipo de intervenção e 85,29% consideravam seguro a realização do exame radiográfico odontológico nesse período.

Alguns odontólogos consideram ser mais recomendável não fazer intervenções na paciente no período da gestação, pois seria mais seguro realizá-las posteriormente. Outros consideram o tratamento pertinente e, mesmo, indicado já que problemas relativos à saúde bucal podem influenciar no curso da gravidez (prematividade, baixo peso). Entretanto, a maioria desaconselha o uso do RX, do tratamento de canal e de cirurgia. Médicos e dentistas sabem que o RX pode ser feito, tomando certos cuidados, mas os odontólogos consideram ser essa uma conduta que pode gerar questionamentos e dúvidas entre pacientes e familiares, e muitas vezes, preferem se auto-preservar.

Estudo de Costa (2000) sobre representações de médicos, dentistas e pacientes, que permeiam a atenção odontológica à gestante construiu a partir da análise das entrevistas quatro categorias: Práticas de atendimento, Modos de tratamento, Descrições sobre o atendimento e Concepção sobre o atendimento. Após a análise dos dados, a autora conclui que há necessidade de atualização de conhecimentos dos médicos e dentistas e de uma maior integração entre dentistas e médicos para que possam falar uma linguagem comum à luz do conhecimento científico. Ela fez crítica ao desconhecimento dos profissionais da influência das periodontites avançadas no nascimento de crianças prematuras e de baixo peso. Crenças que alguns profissionais demonstraram de que os dentes perdem cálcio para a formação do bebê e de que a perda de dentes na gravidez é fato comum e inevitável foram observadas pela pesquisadora. Os dentistas nesse estudo foram os que mais preconceito apresentaram ao tratamento odontológico, pois foi o grupo que teve o maior percentual de concepções desfavoráveis ao tratamento.

É prática comum entre os dentistas solicitar autorização médica para fazer o tratamento odontológico nas gestantes. Mesmo quando chegam aos dentistas encaminhadas pelos médicos, se elas não têm um documento por escrito, atestando que podem realizar o tratamento, os dentistas solicitam que retornem ao profissional do pré-natal e tragam a declaração. Os médicos entrevistados criticaram e, alguns, ironizaram essa conduta, considerando-a como insegurança, fuga das responsabilidades profissionais ou expressão de deficiência na formação clínica desse profissional. Tirelli (2004) em sua pesquisa, na qual aplicou um questionário para os médicos ginecologistas e obstetras de São Paulo, conclui que o relacionamento cirurgião-dentista-médico é satisfatório para apenas 23,53% da amostra.

Os dentistas também têm críticas aos médicos do pré-natal. Mesmo nas unidades que oferecem serviço de odontologia para gestantes, eles reclamaram que os médicos não valorizam suficientemente os cuidados odontológicos, não se empenham em esclarecer às pacientes e não enfatizam para elas a necessidade da atenção odontológica. Costa (2000) observa que apenas 9,7% dos médicos entrevistados valorizam o tratamento, ela conclui que isso ocorre por não ser a odontologia a área de atuação do profissional ou por desinformação da importância dessa assistência.

As gestantes entrevistadas não consideram ser o papel do médico do pré-natal orientá-las rotineiramente sobre questões de saúde bucal, e poucas vezes cobram essa atenção. Porém, quando elas têm de decidir sobre o tratamento odontológico, seja por apresentarem um problema bucal agudo, seja pela oferta dessa atenção pela equipe do pré-natal, as dúvidas quanto à pertinência e à segurança desse cuidado são levadas aos médicos que as acompanham, e não aos dentistas. Para elas são os médicos que devem dar a palavra final.

Os temores das gestantes quanto à intervenção odontológica nessa fase se concentram principalmente nas questões do RX, da anestesia e da extração. Na visão das gestantes, a exodontia pode provocar hemorragias, prejudicando a criança. No nosso estudo, algumas afirmaram inclusive que a extração pode provocar o aborto. Na opinião delas, são procedimentos considerados perigosos e que podem fazer mal para si e para a criança. A extração dentária, a anestesia e o RX também aparecem em outros estudos como as principais fontes de temores das gestantes. Estudos de Rocha (1993) e Scavuzzi *et al* (1998) também encontraram como principais fontes de receios das gestantes, frente ao tratamento odontológico, os procedimentos cirúrgicos, anestésicos e radiológicos. Outros procedimentos como obturação, aplicação de flúor e limpeza não geraram tantas ansiedades.

Dentistas da unidade pesquisada que oferece tratamento odontológico às gestantes disseram que, mesmo sendo oferecido para todas elas a assistência odontológica no momento da inscrição no pré-natal, muitas não comparecem, e o índice de faltas no primeiro agendamento chega a cinquenta por cento. Estudos de Bernd *et al* (1992) mostrou que mesmo sendo oferecido a atenção odontológica para as 212 gestantes da Unidade de Saúde de Valão, RS somente 6 procuraram o atendimento, Albuquerque *et al* (2004) relatou que somente 24,5% das gestantes agendadas na equipe do PSF de Cabo de Santo Agostinho, PB compareceram a consulta odontológica, para os autores esses resultados evidenciam barreiras que vão além do acesso. Esse achado levanta uma reflexão: sem dúvida, a ampliação da oferta de serviços de atenção odontológica à gestante é fundamental dentro das estratégias de promoção da saúde bucal e da atenção integral no pré-natal. Entretanto, um grau tão significativo de absenteísmo das gestantes na consulta odontológica nos alerta para a importância de, ao lado da ampliação da oferta, desenhar no plano das políticas públicas outras estratégias

que possam ajudar a aumentar o grau de informação e de conhecimentos das mulheres e superar resistências, medos, crenças e certas representações sobre atenção odontológica à gestante que funcionam como obstáculos à procura, à adesão e mesmo às demandas por essa atenção.

Refletindo sobre o conjunto de condutas, atitudes e argumentações dos sujeitos da pesquisa, percebemos que os conhecimentos que estruturam e orientam as práticas no que diz respeito à saúde bucal da gestante são de distintos tipos — empíricos, tradicionais, crenças, etc. — e, não exclusivamente, os conhecimentos científicos. Por exemplo, muitos dos médicos do pré-natal acreditam que a gestação seqüestra cálcio dos dentes, fato que os estudos científicos refutam (Elias, 1995; Sposto *et al*, 1997; Fourniol Filho, 1998). Assim também, alguns deles crêem que a multiparidade é um dos fatores determinantes dos déficits acumulados de saúde bucal das gestantes. Tampouco isso se respalda na literatura científica (Scheutz *et al*, 2002). Estudo de Costa (2000) encontrou também a crença entre os profissionais que a gravidez provoca a perda de cálcio. Essas duas idéias sobre saúde bucal que apareceram entre os médicos entrevistados, também apareceram de maneira muito constante no grupo de gestantes. A noção de que a gravidez provoca o enfraquecimento dos dentes, devido ao seqüestro de cálcio feito pelo bebê, parece ser muito difundida culturalmente. Pesquisas de Menino & Bijella (1995), Nunes & Martins (2001) e Tiveron *et al* (2004) com gestantes brasileiras encontraram um alto percentual de mulheres que consideravam que a gravidez enfraquecia os dentes e/ou provocava cáries.

Apesar de terem conhecimentos científicos atualizados, os dentistas da pesquisa, em geral, demonstraram insegurança quanto a fazer intervenções nas gestantes: eles têm pouca experiência com essas pacientes e se sentem expostos a serem responsabilizados por qualquer tipo de problema que venha a acontecer com a mãe ou o bebê. Além disso,

compartilham com as gestantes um conhecimento tradicional, segundo o qual, o melhor é intervir o mínimo possível na gravidez, por ser este um momento onde a mulher está frágil e mais exposta a riscos (Narvai, 1984; Torres&Andrade,1984; Bernd *et al*, 1992; Costa *et al*, 2002).

Os conhecimentos das pacientes sobre saúde bucal na gestação também compõem um misto de informações científicas adquiridas ou com os profissionais de saúde ou na mídia, conhecimentos tradicionais e crenças. Por exemplo, grande parte delas sabe da possibilidade de transmissão vertical das bactérias da cárie da mãe para o bebê, após o nascimento, o que é comprovado cientificamente (Torres & Andrade, 1984; Caufield *et al*, 1993). Entretanto, a idéia de que a gravidez enfraquece os dentes e provoca cáries, como vimos, não tem respaldo na literatura científica (Elias, 1995; Fourniol Filho, 1998). Esse é um conhecimento tradicional muito difundido e as gestantes compartilham do mesmo com as pessoas de seu círculo de convivência e mesmo com profissionais de saúde, conforme vimos acima.

Considerando todo universo dos sujeitos entrevistados, para um entendimento mais amplo do modo como os diversos conhecimentos são selecionados, interpretados, e transformados em guias para as práticas, é importante a compreensão de certas representações sociais que os permeiam.

A representação bastante conhecida e internacionalmente propagada que sinaliza *cada gravidez um dente* é compartilhada por médicos, pacientes e comunidade. Como vimos, os médicos crêem que problemas de saúde bucal acumulados estão relacionados a altas taxas de fecundidade das mulheres atendidas na rede pública de saúde. As gestantes também atribuem seus problemas dentários ao fato de estarem grávidas e algumas destacam que foi a partir de suas gestações que começaram a ter dor e a perder dentes.

A idéia da perda de cálcio dentário da gestante para a formação do bebê, compartilhada por médicos e pacientes, parece estar ancorada na representação da *mulher doadora* — a mulher por vocação, mãe, a matriz; a mulher que por natureza biológica e afetiva está disposta a doar-se infinitamente e a fazer qualquer sacrifício para prover as necessidades de sua prole.

Apesar de considerarem que as pacientes ficam mais suscetíveis a cáries e a problemas dentários por causa da gestação, os médicos compartilham com os dentistas o entendimento de que o principal determinante dos problemas bucais das gestantes são as necessidades acumuladas e não atendidas durante sua vida pregressa. As representações que circundam as visões dos médicos sobre as pacientes não passam apenas pela imagem da *doação*, mas também pela imagem do *desleixo*. Com muita freqüência, os médicos ao discorrerem sobre as condições de saúde bucal das mulheres usuárias dos serviços da rede pública, enfatizaram o desinteresse e a falta de cuidados delas com a própria saúde. A representação da *mulher desleixada* pode ser interpretada como expressão de preconceitos de classe e gênero.

Os dentistas sabem que a gravidez não provoca a dissolução do cálcio do esmalte dental e sua preocupação recai sobre a possibilidade da transmissão vertical da cárie. Na visão de vários odontólogos, a importância dos cuidados com a saúde bucal materna é justificada principalmente pelos benefícios que pode trazer para a saúde bucal da criança, prevenindo a transmissão vertical de bactérias da cárie após o nascimento. A representação da *mulher como meio* aparece também no grupo das gestantes e a preocupação com a saúde do bebê muitas vezes é o maior estímulo para que elas cuidem de sua própria saúde.

Essa representação da *mulher como meio* surge também quando, dentistas e gestantes consideram interessante a oferta da atenção odontológica durante o pré-natal,

especialmente pela oportunidade de orientar as mulheres sobre como cuidar da saúde bucal do seu bebê.

Interessante observar que focar os cuidados com a atenção odontológica nas práticas educativas é uma forma de driblar os receios que cada um dos grupos tem: o dentista de atender a paciente e a gestante de ser atendida pelo dentista. De alguma maneira, para os dois grupos, observar a atenção sob esse prisma, muda o enfoque da questão e os protege de alguma exposição.

Para os dentistas, a imagem da grávida como paciente especial e pouco conhecida e da gravidez como condição que acarreta certas vulnerabilidades e perigos, resultam em uma representação da *gestante intocável*: o mais adequado e pertinente é evitar ao máximo qualquer intervenção. Isso interfere de maneira negativa na oferta e na qualidade da assistência bucal prestada à gestante.

A representação do *companheiro participante* foi a mais surpreendente do estudo. As gestantes acreditam que a dor de dente faz parte do processo gestacional, logo, para elas, é natural que a dor seja sentida também pelo seu companheiro, sendo uma manifestação de solidariedade e participação dele no processo reprodutivo. O *companheiro participante* não apenas sente dor de dente, mas muitas vezes manifesta outros sintomas da gravidez, como enjôos.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O Ministério da Saúde diz: - Seis consultas. Está ali, olha. Mas está lá incluindo atendimento odontológico para a gestante.”(M7)

Considerando as entrevistas analisadas, e com base no recorte metodológico do estudo, concluímos que, no âmbito dos cuidados com a saúde, existe uma cultura que não valoriza nem estimula a atenção odontológica durante a gravidez. Pudemos identificar vários aspectos dessa cultura que limitam tanto a oferta como a procura dessa

atenção, e que se expressam no plano das práticas, no plano dos conhecimentos que informam essas práticas, e no plano das representações sociais que dão sentidos às práticas e aos conhecimentos. Não queremos dizer com isso que as práticas, os conhecimentos e as representações sejam homogêneas, tenham um único sentido e estejam livres de ambigüidades, nem mesmo considerando-se separadamente cada grupo de sujeitos participantes da pesquisa. Porém, tomadas em seu conjunto, elas contribuem mais para desencorajar do que para incentivar a atenção odontológica à gestante.

Ao fazermos um balanço geral das práticas, podemos concluir que os cuidados com a saúde bucal ainda não fazem parte da rotina da atenção pré-natal: os médicos que atendem gestantes não incluem rotineiramente em sua anamnese questões referentes à saúde bucal e nem fazem uma inspeção da cavidade bucal; esses médicos consideram que há outros problemas prioritários que não a saúde bucal, no que diz respeito à qualidade da atenção ao pré-natal; as gestantes não tocam no assunto da saúde bucal com seus médicos ou procuram os dentistas quase exclusivamente em caso de dor de dente; há uma grande taxa de absenteísmo de gestantes encaminhadas ao serviço odontológico; os dentistas têm pouca experiência e um elevado grau de insegurança ao abordar as gestantes, e justificam o fato pela falta de uma capacitação específica para atender a essa população, pela baixa procura por atendimento odontológico nessa fase da vida da mulher e pelo receio de serem responsabilizados por intercorrências obstétricas de rotina. Os dentistas solicitam atestado médico para fazer tratamentos odontológicos em gestantes; há pouco intercâmbio e um nível razoável de conflitos entre médicos e dentistas quando o assunto é o tratamento odontológico no período da gravidez.

O conhecimento popular desaconselha o tratamento odontológico na gestação por considerá-lo perigoso para a mãe e o bebê. Com base em conhecimento científicos, médicos e dentistas sabem que esse cuidado é pertinente, seguro e mesmo indicado. Ainda assim, os dentistas apresentam resistências em oferecer a atenção, seja pela já referida postura de autopreservação, seja por considerar que a mulher grávida é uma paciente delicada — mais tensa, frágil e vulnerável —, só devendo ser manipulada em caso de extrema necessidade. Essa postura pode ser compreendida como a influência que o senso comum exerce sobre todos, inclusive nos detentores do conhecimento científico. Crenças também estão presentes nas visões dos médicos. Para eles, a gravidez enfraquece os dentes e a multiparidade piora a saúde bucal. Essas crenças são compartilhados pelas gestantes, mas informações científicas também estão presentes no estoque de conhecimentos que elas têm sobre saúde bucal, como exemplo, a transmissão vertical da cárie.

As representações tanto sobre a mulher grávida (gestante intocável) como sobre os cuidados odontológicos na gravidez (perigoso) influenciam de forma negativa na oferta e demanda da atenção odontológica.

A crença de que a gravidez enfraquece os dentes está associada a duas outras representações compartilhadas por médicos e pacientes: *cada gravidez um dente* e a da *mulher doadora*. Essa crença deveria reforçar a procura e a oferta do acompanhamento odontológico nesse período; mas, de fato, como os problemas dentários são representados como parte “normal” do processo gestacional, as práticas não caminham no sentido de estimular esse tratamento.

Uma outra representação que surgiu no estudo foi a da *mulher como meio*. Gestantes e dentistas acham que os cuidados com a saúde bucal da criança devem

começar desde a gravidez, sendo esse o momento ideal para as práticas educativas. Além disso, ambos sabem da transmissão das bactérias da cárie da mãe pra o filho, o que influencia de forma positiva na procura e oferta dos cuidados curativos.

Esses achados da pesquisa poderiam contribuir para os formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais de saúde no sentido de desenvolver algumas estratégias para o aprofundamento de perspectiva da integralidade (Matos, 2001; Mattos, 2004; Zulmira, 2004) no que refere à atenção à gestante. Uma estratégia importante seria ampliar a capacitação dos profissionais da obstetrícia e da odontologia para abordar os cuidados com a saúde bucal da gestante, abrangendo desde a formação universitária até o treinamento em serviço. Outra estratégia seria a ampliação das políticas de atenção integral à gestante com a inclusão de normas, diretrizes e rotinas que contemplassem os cuidados com a saúde bucal, estabelecendo regras e critérios mais claros e consensuais para essa ação em saúde, estimulando a incorporação do profissional da odontologia à equipe multiprofissional do pré-natal, ajudando a mediar e dirimir conflitos entre médicos e dentistas e estimulando condutas mais cooperativas e integradas. Por fim, seria importante também promover sistematicamente atividades de informação e educação em saúde bucal no âmbito da atenção pré-natal, ajudando a desconstruir mitos, crenças e medos e superar as resistências das gestantes ao tratamento odontológico. O interesse das gestantes em adquirir conhecimentos sobre a saúde bucal durante a gravidez, identificado neste trabalho, sinaliza uma oportunidade para desenvolver com esse grupo da população, atividades de promoção em saúde bucal. Foi observado também que algumas pacientes começam a valorizar, cobrar e compreender a assistência odontológica como parte dos cuidados do pré-natal.

A oferta do serviço de odontologia em todas as unidades de pré-natal e o desenvolvimento de campanhas educativas específicas deveriam fazer parte das estratégias do SUS. A saúde bucal deve ser incorporada às políticas de saúde dos programas de atenção à saúde da mulher, realizando o princípio da integralidade e do trabalho multiprofissional na área da atenção à gestante.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Alaluusua S, Renkonen,OV. *Streptococcus mutans* establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. Scand J Dent Res 1983; 91: 453-7.

Albuquerque OM, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública 2004; 20(3): 789-96.

Araújo IC, Horta JV, Aragão MV, Reis MF, Reis NF. Condições de saúde bucal das gestantes atendidas em instituições de saúde do bairro do Guamá no município de

Belém. <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=574&ler=s&idesp=12> (acessado em 25/Abr/2005).

Asikanen S, Chen C, Alaluusa S, Slots J. Can one acquire periodontal bacteria and periodontitis from a family member? *JADA* 1997; 128(9): 1263-71.

Barbosa TA, Chelloti 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 saúde bucal da criança. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde* 1977; número especial :13-7.

Bardin L, *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

Bernat MC, Sebastiani, RW. Visão básica de psicologia pré e perinatal. A importância do acompanhamento da gestante na prevenção e no desenvolvimento do vínculo mãe-filho. In: Corrêa MA, organizadora. *Odontopediatria na Primeira Infância*. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1998, p.1-7.

Bernd B, Souza CB, Lopes CB, Filho FM, Lisbôa IC, Curra LC et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso de grávidas de Valão. *Saúde em debate* 1992; 34: 33-9.

Caufield PW, Cuttler GR, Dasanayake AP. Initial acquisition of *mutans streptococci* by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J. Dent Res* 1993; 72(1): 37-45.

Collins JG, Windley III HW, Arnold RR, Offenbacher S. Effects of a *Porphyromona gingivalis* infection on inflammatory mediator response and pregnancy outcome in hamsters. *Infection and Immunity* 1994; 62(10): 4356-61.

Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

Cordeiro CC, Costa LC, Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. *RBO* 1999; 56(5): 255-6.

Corrêa EM, Andrade ED, Volpato MC. Tratamento odontológico em gestantes. Escolha da solução anestésica local. *Rev. ABO Nac* 2003; 11(2): 107-110.

Costa IC. Atenção odontológica na triangulação médico-dentista-paciente: os (des)caminhos desse cotidiano [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Araçatuba, UNESP, 2000.

Costa IC, Saliba O, Moreira, AS. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. *RPG – São Paulo* 2002, 9(3): 232-43.

Cozzupoli CA. *Odontologia na gravidez*. São Paulo: Paramed Editorial, 1981.

Davenport ES, Williams CECS, Sterne JAC, Sivapathasundram V, Fearne JM, Curtis MA. The East London study of maternal chronic periodontal disease and preterm low birth weight infants: study design and prevalence data. *Annals of Periodontology* 1998; 3(1): 213-21.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministerio da Saúde. Brasília; 2004.

Elias R. Odontologia de alto risco: pacientes especiais. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1995.

Elias R, Figueredo MA, Yurguel L. Atendimento estomatológico em gestantes – verdades e mitos. Rev.ABO Nac 2003/04: 11(6): 333-4.

Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J, 1982; 32(1): 74-7.

Fourniol Filho, A. Pacientes especiais e a odontologia. São Paulo: Santos Livraria Editora; 1998.

Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001.

Kanishi F, Abreu-e-Lima F. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento.RBO 2002; 59(5): 294-298.

Lei federal 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990;19 set.

Lei federal 6050- Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília: 1974; 24 mai.

Lindhie J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A; 1997.

Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. Prevalence and severity. Acta Odontol Scand 1963: 533-51.

Louro, PM, Fiori, HH, Louro P, Steibel J, Fiori, RM. Doença Periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. Jornal de Pediatria 2001; 77(1): 23-8.

Maeda FH, Imparato, JC, Peterossi ,Bussadori, Kalil S. Atendimento de pacientes gestantes: a importância dos conhecimentos em saúde bucal dos médicos ginecologistas –obstetras. RGO (Porto Alegre) 2005; 53(1):59-62.

Mangskau KA, Arrindell B. Pregnancy and oral health: utilization of the oral health care system by pregnant women in North Dakota. Northwest Dent 1996; 75(6): 23-8.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública 2004; 20 (5). 1411-16.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001: 39-64.

Medeiros EB, Rodrigues MJ. Conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal de seu bebê. Rev. Assoc Paul Cir Dent 2003; 57(5): 381-6.

Menino RT, Bijella VT. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. Rev. Fac. Odontol. Bauru 1995; 3(1/4): 5-16.

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.

Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais - Brasília; 2004.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Plano de ação 2004-2007. Brasília; 2004

Misrachi C, Sáez M. Valores, creencias y practicas populares em relacion a la salud oral. Cuad Méd Soc 1989; XXX(2): 27-33.

Narvai PC. Saúde bucal da gestante. RGO 1984; 32(3): 243-49.

Neves AG, Barp MA, Rosing CK. Avaliação do conhecimento de médicos obstetras de Porto Alegre sobre a inter-relação entre odontologia-medicina. Rev Odonto 2004; 12(23): 52-62.

Nunes MF, Martins RF. Conhecimentos, comportamentos e atitudes em saúde bucal entre gestantes assistidas por instituições públicas de saúde. Aboprev 2001; 4(2): 17-26.

Offenbecher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontal 1996; 67: 1103-13.

Offenbecher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Laurence HP et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. J Periodontal 1998; 3(1): 234-50.

Oliveira AC, Oliveira AF. Saúde bucal em gestantes: um enfoque educativo-preventivo. JBP 1999; 2(7): 183-185.

Oliveira Junior OB, Saad JR, Ueda JK, Andrade MF, Campanelli V. Contribuição para a eficácia de programas de prevenção. Identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. <http://www.odontologia.com.br/artigos.gestantes>; 1990.

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/OMS Unidade Técnica de Sistemas de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília; 2006.

Pinto LS, Uema APA, Galassi MAS, Ciuff NJ. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal. J Brás Odontopediatr Odontol Bebê 2001; 4(20): 429-34.

Portaria GM/MS 1.444. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. Ministério da Saúde 2000; 28 dez.

Portaria GM/MS 569. Estabelece o direito de acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal. Ministério da Saúde 2000; 1º jun.

Resolução 196/96 do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde 1996; 10 de out.

Rocha MC. Avaliação do conhecimento e das práticas de saúde bucal. – Gestantes do distrito sanitário assistencial Barra/Rio Vermelho – Município de Salvador-Ba [Tese de Doutorado]. São Paulo: Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de São Paulo; 1993.

Romero RM, Cárdenas MC, Rios JF, Canelas CE, Martinez. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Revista ADM 2001; LVIII(2): 68-73.

Romero RM, Sánchez MC. Los odontólogos educan a sus pacientes? Revista ADM 1988; XLV(5): 317- 20.

Sartorio ML, Machado WA. A doença periodontal na gravidez. RBO 2001; 58(5): 306-8.

Savastano H, Novo, D. Aspectos psicológicos da gestante sob o ponto de vista da teoria do núcleo do eu. Rev. Saúde Pública, S Paulo 1981; 15: 101-10.

Scavuzzi AI, Rocha MC, Vianna MI. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. J Bras Odontopediatria & Odontologia do Bebê 1998; 1(4): 43-50.

Scheutz F; Baelum V; Matee MI; Mwangosi I. Motherhood and dental disease. Community Dent Health 2002; 19(2):67-72.

Silva FM, Xavier CB, Coppola MC, Lemes RS, Silva DS. Uso do anestésico local em gestantes. Robac 2000; 9(28): 48-50.

Spoto MR, Onofre MA, Massucato EM, Soares LF. Atendimento odontológico da paciente gestante: complicações e cuidados a serem adotados. Odonto 2000 – Odontologia do século XXI 1997; 1(1): 20-3.

Tirelli MC. 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.

Tirelli MC, Armonia PL, Tortamano N, Simone JL. Odontologia e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes. Rev Odontol Univ Santo Amaro 1999; 4(1): 26-9.

Tiveron AR, Benfatti SV, Bausells J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestantes do município de Adamantina-SP. RBP- Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2004; 7(35): 66-77.

Torres IA, Andrade MGN. Cuidados primários odontológicos durante o período gestacional. CCS 1984; 6(4): 48-51.

Torres SA, Rosa OP, Akiyoshi N, Silveira AM, Bretz WA. Níveis de infecção de estreptococos do grupo mutans em gestantes. Rev Odontol Univ São Paulo 1999; 13(3): 225-31.

Vettore, MV Doença Periodontal e prematuridade e/ou baixo peso ao nascer [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Zulmira MA, André-Pierre C. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros. Cad. Saúde Pública, 2004; 20 (2): 331-6.

ANEXO I : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde

PROJETO DE PESQUISA: SAÚDE BUCAL DA GESTANTE: CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DO MÉDICO, DO DENTISTA E DA PACIENTE
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA.
ENDEREÇO: AV. RUI BARBOSA, 716 – 4º ANDAR - FLAMENGO - RIO DE JANEIRO
TEL. 2553-0052
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ENDEREÇO: RUA AFONSO CAVALCANTE, 455 SALA 601-CIDADE NOVA-RIO DE JANEIRO
TEL:22935549.
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: NEIDE PIRES LEAL
NOME DO ORIENTADOR: CLAUDIA BONAN

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O PROFISSIONAL

Prezado doutor(a):

Convidamos o(a) senhor(a) a participar voluntariamente da pesquisa da odontóloga Neide Pires Leal, visando a produção de dissertação de mestrado

intitulada “Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente ”.

Pedimos que leiam as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

- 1) a pesquisa de mestrado tem como objetivo conhecer as representações, conhecimentos e práticas de mulheres gestantes, médicos do pré-natal e dentistas com o tratamento odontológico no período da gravidez.
- 2) solicitamos que o(a) senhor(a) nos conceda entrevista, contando-nos suas experiências pessoais e suas opiniões sobre esse tema;
- 3) as entrevistas serão individuais e realizadas em dia, local e horário de sua conveniência;
- 4) as entrevistas serão gravadas em fita cassete e transcritas por mim;
- 5) será mantido o sigilo sobre o seu nome assim como o nome de todas as pessoas que por ventura o(a) senhor(a) citar;
- 6) o (a) senhor(a) poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários antes, durante e depois da realização da entrevista;
- 7) o(a) senhor(a) poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada do protocolo de pesquisa, sem que nenhuma explicação lhe seja exigida;
- 8) o(a) senhor(a) poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias;
- 9) o material coletado ficará sob a minha guarda e será usado apenas para fins dessa pesquisa;
- 10) as informações fornecidas pelo(a) senhor(a) serão analisadas junto com as de outros sujeitos que serão entrevistados nesta pesquisa, sempre garantindo que essas informações serão tratadas sob o máximo sigilo.
- 11) os resultados da pesquisa serão divulgados através do trabalho final de mestrado e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.

Eu, _____,
identidade nº _____, órgão expedidor _____, declaro ter lido o documento e ter sido claramente informado(a) pela pesquisadora acerca do protocolo de pesquisa de mestrado no qual serei incluído(a), e ter recebido respostas claras a todas as perguntas que fiz.

Rio de Janeiro, _____

Assinatura do profissional

Unidade

Carimbo e assinatura da pesquisadora

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA.
ENDEREÇO: AV. RUI BARBOSA, 716 – 4º ANDAR - FLAMENGO - RIO DE JANEIRO
TEL. 2553-0052
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ENDEREÇO: RUA AFONSO CAVALCANTE, 455 SALA 601-CIDADE NOVA-RIO DE JANEIRO
TEL:22935549.
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: NEIDE PIRES LEAL
NOME DO ORIENTADOR: CLAUDIA BONAN

ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as pacientes

PROJETO DE PESQUISA: SAÚDE BUCAL DA GESTANTE: CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DO MÉDICO, DO DENTISTA E DA PACIENTE
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA.
ENDEREÇO: AV. RUI BARBOSA, 716 – 4º ANDAR - FLAMENGO - RIO DE JANEIRO
TEL. 2553-0052
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ENDEREÇO: RUA AFONSO CAVALCANTE, 455 SALA 601-CIDADE NOVA-RIO DE JANEIRO
TEL:22935549.
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: NEIDE PIRES LEAL
NOME DO ORIENTADOR: CLAUDIA BONAN

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A PACIENTE

Prezada senhora ,

Convidamos a senhora a participar voluntariamente de uma pesquisa de mestrado, intitulada “Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente”.

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

- 1) a pesquisa de mestrado tem como objetivo conhecer as opiniões e as experiências de mulheres gestantes, médicos do pré-natal e dentistas com o tratamento odontológico no período da gravidez.
- 2) solicitamos a senhora nos conceda a entrevista, contando-nos suas experiências pessoais e suas opiniões sobre esse tema;
- 3) as entrevistas serão individuais e realizadas em dia, local e horário de sua conveniência;
- 4) as entrevistas serão gravadas em fita cassete e transcritas por mim;
- 5) será mantido o sigilo sobre o seu nome assim como o nome de todas as pessoas que por ventura a senhora citar;
- 6) a senhora poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da entrevista;
- 7) a senhora poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada do protocolo de pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação. Isto em nada afetará o seu atendimento na unidade de saúde;
- 8) a senhora poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias;
- 9) o material coletado ficará sob a minha guarda e será usado apenas para fins dessa pesquisa;
- 10) as informações fornecidas pela senhora serão analisadas junto com as de outras gestantes que serão entrevistadas nesta pesquisa, sempre garantindo que essas informações serão tratadas sob o máximo sigilo.
- 11) os resultados da pesquisa serão divulgados através do trabalho final de mestrado e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.

Eu, _____,
identidade nº _____, órgão expedidor _____, declaro ter lido o documento e ter sido claramente informada pela pesquisadora acerca do protocolo de pesquisa de mestrado no qual serei incluída, e ter recebido respostas claras a todas as perguntas que fiz.

Rio de Janeiro, _____

Assinatura da paciente

Unidade de saúde

Carimbo e assinatura da pesquisadora

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA.
ENDEREÇO: AV. RUI BARBOSA, 716 – 4º ANDAR - FLAMENGO - RIO DE JANEIRO
TEL. 2553-0052
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ENDEREÇO: RUA AFONSO CAVALCANTE, 455 SALA 601-CIDADE NOVA-RIO DE JANEIRO
TEL:22935549.
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: NEIDE PIRES LEAL
NOME DO ORIENTADOR: CLAUDIA BONAN

APÊNDICE I

ROTEIRO DA ENTREVISTA DOS MÉDICOS

- As patologias orais são problemas que aparecem comumente no atendimento pré-natal?
 - observar as seguintes questões:
 - a) problematização do profissional com a saúde bucal da gestante;
 - b) se o médico ativamente inclui questões referentes à saúde bucal na anamnese e no exame físico da gestante e, em caso positivo, como aborda a paciente sobre essa questão;
 - c) se espontaneamente as pacientes fazem queixas referentes à saúde bucal e que tipos de problemas elas trazem.

- No seu serviço, como são abordadas as queixas das gestantes no que diz respeito à saúde bucal?
 - observar as seguintes questões:
 - a) se há alguma rotina padronizada no serviço ou mesmo do próprio profissional em relação ao problema;
 - b) que atitudes o médico toma perante essas queixas e os motivos que alega para justificá-las;
 - c) se existem intercâmbios entre serviços de pré-natal e serviços odontológicos, entre médicos obstetras e dentistas, e como isso é valorizado.

- Em que casos as gestantes são encaminhadas para a avaliação odontológica?

- observar os motivos e critérios estabelecidos pelo profissional para encaminhar ou não a gestante e as justificativas apresentadas.
- As gestantes aceitam o tratamento odontológico durante a gravidez? Por quê?
- Na atenção às gestantes, qual é o melhor momento para a atenção odontológica? Por quê?
 - observar as possíveis respostas: em um período determinado da gestação, em qualquer momento da gestação ou após a gestação. Estimular o profissional a expor os motivos.
- Quais os riscos e os benefícios para a realização do tratamento odontológico durante a gestação? Por quê?
- A atenção à saúde bucal deve ser considerada como uma das ações prioritárias à atenção integral à saúde da gestante. Por quê?

APÊNDICE II

ROTEIRO DA ENTREVISTA DOS ODONTÓLOGOS

- Os problemas odontológicos são comuns na gestação? Quais? Como devem ser abordados?
- Via de regra, o tratamento odontológico é recomendado durante a gestação? Por quê?
- Você trata gestantes com problemas odontológicos? Em que casos? Por quê?
- Na atenção às gestantes, qual é o melhor momento para a atenção odontológica? Por quê?
 - observar as possíveis respostas: em um período determinado da gestação, em qualquer momento da gestação ou após a gestação. Estimular o profissional a expor os motivos.
- Como as gestantes chegam ao serviço? Quem as encaminha? Que tipo de orientação elas têm?
 - observar se elas chegam espontaneamente ou encaminhadas por outros profissionais e quais.
 - observar como o odontólogo percebe o papel dos outros profissionais na orientação da gestante no que se refere à sua saúde bucal.

- No seu serviço, há protocolos ou procedimentos de rotina para a abordagem de gestantes? Como são? Como se fundamentam? Como são orientadas as gestantes que procuram o serviço?
- As gestantes aceitam o tratamento odontológico durante a gravidez? Por quê?
- Quais os riscos e os benefícios para a realização do tratamento odontológico durante a gestação? Por quê?
- A atenção à saúde bucal deve ser considerada como uma das ações prioritárias à atenção integral à saúde da gestante. Por quê?

APÊNDICE III

ROTEIRO DA ENTREVISTA DAS GESTANTES

- Você costuma ter problemas de dentes? Que problemas você já teve? Você vai ao dentista com frequência, ou somente quando tem um problema?
 - estimular a paciente a discorrer sobre o histórico de sua saúde bucal
- Durante esta gravidez você teve algum problema na cavidade bucal? Procurou tratamento? Conseguiu solucionar o problema?
 - observar quais problemas;
 - observar se avisou a seu médico obstetra, e que orientação recebeu;
 - observar se procurou o odontólogo, e que orientação recebeu;
 - observar os motivos para procurar ou não tratamento especializado;
 - observar se, independente de apresentar problemas bucais, ela foi avaliada por algum profissional do pré-natal.
- Em gestações anteriores você teve problemas dentários? Tratou-se? Por quê?
- Em sua opinião, as mulheres costumam procurar o dentista durante a gravidez? Por quê?
 - observar idéias que circulam em seu meio e com as quais compartilha sobre tratamento odontológico na gravidez
- Você conhece mulheres que fizeram tratamento odontológico durante a gravidez? Elas ficaram satisfeitas?

- observar idéias que circulam em seu meio e com as quais compartilha sobre tratamento odontológico na gravidez.
- Você acredita que as gestantes devem fazer tratamento odontológico? Por quê?
 - estimular a entrevistada a discorrer sobre o tema, apresentar os fundamentos de suas idéias e observar também suas fontes de informação.
- Em sua opinião, a saúde bucal da mãe pode afetar a saúde de seu bebê? Por quê?
 - estimular a entrevistada a discorrer sobre o tema, apresentar os fundamentos de suas idéias e observar também suas fontes de informação.