

**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO,
POR GESTANTES EM PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, NO
MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ – S.P.**

ROBERTA SEGATO DE ROSA GENTIL DE OLIVEIRA

Dissertação de mestrado apresentada
à Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Serviços de Saúde Pública

ORIENTADOR: Prof. Dr. ROBERTO AUGUSTO CASTELLANOS FERNANDEZ

São Paulo

2.002

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

44119/2003 cog

Para Ivan e Marcelo

Sim
Todo o amor é sagrado
E o fruto do trabalho é mais que sagrado
Meu amor

(Beto Guedes)

AGRADECIMENTOS

É muito difícil agradecer às pessoas que nos ajudam a executar algo importante na vida pois, muitas vezes, cometemos injustiças ao deixar de mencionar alguém. Isto porque, para que um trabalho se realize, muitas pessoas indiretamente foram responsáveis por ele.

Assim, eu agradeço a princípio estas pessoas que, de alguma forma, tiveram uma participação na conclusão deste trabalho.

Ao meu orientador, professor Roberto Augusto Castellanos Fernandez, meus sinceros agradecimentos pela orientação prestada, pela confiança em mim depositada em vários momentos, pela paciência e dedicação sempre presentes.

Ao professor Fernando Lefèvre, pelo incentivo e pela constante disposição em orientar, esclarecer, ajudar.

À professora Maria Ercília de Araújo pelas orientações durante a defesa do projeto e pelo estímulo ao estudo e ao aprimoramento.

À professora Aracy Witt de Pinho Spinola por me apresentar a esta casa e pelo incentivo ao estudo.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública, como um todo, em especial ao pessoal da Comissão de Pós Graduação e do Departamento de Prática de Saúde.

À Secretaria de Saúde de Santo André – S.P. por permitirem que esta pesquisa fosse realizada no município

Aos coordenadores das unidades de saúde pela atenção prestada.

Às gestantes, parte fundamental desta pesquisa, que em momento algum recusaram-se a colaborar.

À doutora Maria Christina Brunetti pelas oportunidades de trabalho e estudo, pela confiança e pela amizade.

Aos meus irmãos pelo apoio, carinho e amizade.

Aos meus sogros Otto e Maria Helena por muito me ajudarem na vida pessoal, permitindo-me realizar este trabalho com tranquilidade.

Ao meu marido Marcelo, pela paciência e amor dedicados nos momentos mais difíceis e ao meu filho Ivan, que mesmo sem entender o motivo de minha ausência em tantos momentos, dava-me força e coragem para seguir em frente.

Finalmente, aos meus queridos pais, José e Maria Luiza, eu agradeço não só o amor, a compreensão, a dedicação constantes, mas aquilo que eu sou.

RESUMO

As gestantes constituem um grupo populacional que merece atenção por sua condição fisiológica e seu potencial de direcionar o comportamento de seu filho para hábitos saudáveis. Elas representam um grande desafio para a saúde pública, pois são alvo de crenças, muitas vezes sem fundamento científico, sobre sua própria saúde e a da criança.

A presente pesquisa tem como proposta resgatar as representações sociais das gestantes sobre a não procura por atendimento odontológico e a percepção destas sobre a relação dos problemas bucais com a gestação, através de uma abordagem qualitativa, pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Assim, 23 mulheres, entre o segundo e o nono mês de gestação, na faixa etária de 14 a 40 anos, em assistência pré-natal no serviço público de saúde no município de Santo André – S.P. e relatando algum tipo de problema bucal, foram entrevistadas. Foram visitados 13 postos de saúde que ofereciam assistências pré-natal e odontológica.

A análise dos depoimentos indicou 6 motivos distintos para as gestantes não procurarem atendimento odontológico: 1) quando se está grávida não pode ir no dentista porque pode fazer mal; 2) elas não conseguiram vaga no posto de saúde, e quando conseguiram não foram atendidas por estarem grávidas; 3) elas não têm condições financeiras de fazer tratamento odontológico particular; 4) elas não sentiram que tinham problema na boca; 5) por descuido, por acharem que não tinha problema não cuidar; 6) por falta de tempo.

Sobre a relação dos problemas bucais com a gestação, o grupo indicou três formas de pensar sobre o tema: 1) a gestação não causa problemas na boca; 2) a gestação causa problemas na boca; 3) depende, pode ou não causar problemas.

Sob o aspecto odontológico, os motivos apontados por estas para a não procura por atendimento odontológico durante a gestação e seu conhecimento sobre a relação das doenças bucais com a gravidez reforçam a reflexão sobre a precária assistência à saúde bucal que este grupo encontra nos serviços oferecidos e a completa desinformação da população, em geral, sobre saúde bucal.

SUMMARY

Pregnant women are a very important group that must be considered due to their medical condition and their potential for influencing and improving the dental health and behaviour of their children. They represent a challenge for Public Health, because they are a target of myths about their health and their children's health, often not scientifically supported.

This research intends to study the Social Representation of pregnant women about their absence at dentist visit during pregnancy and the pregnant's own perception about the relationship between oral disease and pregnancy, by applying qualitative discourse analysis techniques. A sample of 23 pregnant women from 2nd to 9th month, aged from 14 to 40 years, attending for their antenatal visit at a public health center in Santo André – S.P. was interviewed. All of them related some kind of oral disease and all centers visited were offering both antenatal and oral assistance.

The analysis of the statements indicates 6 main types of discourse, reflecting the opinion of 6 “collective subjects” about why women don't go to the dentist during pregnancy: 1) they think that pregnant cannot ask for oral assistance because it could damage baby's health; 2) they don't get schedule in the public health centers because those centers don't have available time; 3) they can't pay visits in dentist offices; 4) they don't think that it is necessary to go to the dentist because they don't feel problems in their mouth; 5) they think that their oral disease could save itself after delivery; 6) they don't have time to go to the dentist.

About the relationship between oral diseases and pregnancy, they indicate 3 types of discourses about the issue: 1) the pregnancy doesn't influence the oral diseases; 2) the pregnancy can influence the oral diseases; 3) it depends, pregnancy could influence oral disease or not.

The reasons indicated by women about oral assistance during pregnancy and the relation between oral disease and pregnancy, reinforce the concept about poor oral assistance offered for this group by public health centers and the lack of information of people about oral health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Saúde Bucal e Gravidez.....	1
1.1.1 Cárie Dentária.....	1
1.1.2 Doença Periodontal.....	3
1.1.3 Necessidade de Atendimento Odontológico.....	9
1.1.4 Cuidados no Atendimento Odontológico a Gestantes.....	15
Alterações Fisiológicas da Gestaçã.....	17
Radiografia.....	18
Flúor.....	19
Medicamentos e Anestesia.....	20
1.2 Escolha do Método.....	22
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3. METODOLOGIA	24
3.1 Abordagem Qualitativa.....	24
3.1.1 A Representação Social.....	24
3.1.2 A Busca da Qualidade.....	25
3.1.3 O Discurso como Pensamento Coletivo.....	26
3.2 Local de Estudo.....	27
3.3 População de Estudo	28
3.3.1 Perfil da Amostra.....	29
3.4 Coleta dos Dados	30
3.5 Transcrição das Entrevistas.....	31
3.6 Tabulação dos Dados	31
3.6.1 Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1).....	33
3.6.2 Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2).....	33
3.6.3 Instrumento de Análise de Discurso 3 (IAD3).....	33
3.7 Aspectos Éticos	34

4. RESULTADOS.....	36
5. DISCUSSÃO.....	41
6. CONCLUSÕES.....	55
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização da Secretaria de Saúde de Santo André	I
Anexo 2 – Relação das Unidades de Saúde	III
Anexo 3 – Ficha de Pesquisa Preliminar	V
Anexo 4 – Termo de Consentimento.....	VII
Anexo 5 – Roteiro de Entrevista.....	IX
Anexo 6 - Apresentação das entrevistas e dados pessoais das gestantes.....	X
Anexo 7 – Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 1	
(IAD 1) – Questão 1.....	XX
Anexo 8 – Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 1	
(IAD 1) – Questão 2	XXIV
Anexo 9 – Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 2	
(IAD 2) – Questão 1 (Quadro II).....	XXVII
Anexo 10 – Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 2	
(IAD 2) – Questão 2 (Quadro III).....	XXXI
Anexo 11 – Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 3	
(IAD 3) – Questão 1 (Quadros IV, V, VI, VII, VIII, IX).....	XXXIV
Anexo 12 – Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 3	
(IAD 3) – Questão 2 (Quadros X, XI, XII).....	XXXIX
Anexo 13 - Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.....	XLII

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Distribuição das gestantes selecionadas segundo período gestacional Santo André, S.P., 2002.....	29
Tabela 2 – Distribuição das gestantes selecionadas por número de gestações anteriores Santo André, S.P., 2002.....	29
Tabela 3 – Distribuição das gestantes selecionadas segundo escolaridade Santo André, S.P., 2002.....	30
Tabela 4 – Distribuição das gestantes selecionadas segundo ocupação Santo André, S.P., 2002.....	30
Quadro I – Observações com relação ao uso de medicamentos durante a gestação....	21
Quadro II – Instrumento de Análise de Discurso 2 para a Questão 1.....	XXVII
Quadro III – Instrumento de Análise de Discurso 2 para a Questão 2.....	XXXI
Quadro IV – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a Questão 1 Idéia Central 1.....	XXXIV
Quadro V – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a Questão 1 Idéia Central 2.....	XXXVI
Quadro VI – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a Questão 1 Idéia Central 3.....	XXXVII
Quadro VII – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a Questão 1 Idéia Central 4.....	XXXVII
Quadro VIII – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a Questão 1 Idéia Central 5.....	XXXVIII
Quadro IX – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a Questão 1 Idéia Central 6.....	XXXVIII
Quadro X – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a Questão 2 Idéia Central 1.....	XXXIX
Quadro XI – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a Questão 2 Idéia Central 2.....	XL
Quadro XII – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a Questão 2 Idéia Central 3.....	XLI

1. INTRODUÇÃO

“Estado de graça”

Este é o termo mais antigo e mais usado para definir uma mulher em período de gestação. Para a maioria das mulheres, é realmente um estado especial, sublime, onde gera-se um novo ser e dá-se continuidade à espécie. Em contrapartida, não há período fisiológico mais complexo, onde inúmeras mudanças físicas e emocionais acontecem. É também uma fase onde muitas crenças populares são sugeridas, levando a futura mãe a um estado de ansiedade devido à preocupação com a exposição de seu corpo e de seu filho a situações de risco (SCAVUZZI et al. 1999a). Fatores culturais arraigados sugerem que a gestante não possa ser submetida a atendimento odontológico, podendo este causar danos à mulher e à criança e que problemas de boca são comuns a mulheres no período gestacional. (BERND et al. 1992, MEDEIROS 1993; MENINO e BIJELLA 1995)

Entretanto, estas afirmações estão sendo desmistificadas através de trabalhos, que têm chamado atenção para uma situação mais delicada: o papel da mulher dentro da estrutura familiar e sua influência na saúde de seus filhos.

1.1 SAÚDE BUCAL E GRAVIDEZ

1.1.1 Cárie Dentária

A cárie dental há muito vem sendo colocada pela população como uma seqüela da gravidez, como resultado de uma descalcificação dos dentes da mulher durante a gestação, talvez para suplementar minerais no crescimento do feto. Porém, Dragiff e Lobby citados por LITTNER et al. (1984) não encontraram diferença na composição química da dentina e esmalte de dentes extraídos de pacientes grávidas comparados a de pacientes não grávidas.

ZISKIN (1926) concluiu que a gravidez isoladamente, não pode ser considerada um fator etiológico da cárie, assim como o número de gestações não influencia na prevalência da cárie.

SCAVUZZI et al.(1999c) reforçaram esta conclusão, após examinar gestantes utilizando o índice CPOD proposto pela OMS, em 1991, apontando que um maior número de gestações não implicou numa maior prevalência de cárie e não houve evidências de aumento da prevalência desta doença no período gestacional, apesar do grupo estudado apresentar um estado de saúde bucal precário, independente do trimestre da gravidez e do número de gestações, demonstrando a necessidade de um programa de atenção odontológica com prioridade às gestantes.

LITTNER et al. (1984) também concluíram em seu estudo que a incidência de cárie não sofre influência nem do número de gestações, nem do curso da gravidez. Contudo, são levantadas hipóteses para justificar a crença do aparecimento de novas cáries durante a gestação. Fatores locais como hipertrofia gengival seguida de higiene bucal precária podem influenciar no aparecimento de novas cavidades; porém, o enjôo matinal, podendo ser seguido de vômito não afetam diretamente o aparecimento das lesões. Além disso, uma grande parte das gestantes tem medo de visitar o dentista durante o período gestacional e ficam muito ocupadas após o nascimento do bebê, mantendo-se assim, num longo período de tempo sem cuidados e com um dieta, muitas vezes, rica em alimentos fermentáveis.

NASCIMENTO e LOPES (1996) levaram em conta em seu estudo o período de exacerbação da cárie dentária de 11 a 18 anos de idade associado a um aumento da incidência de gravidez entre meninas de 12 a 19 anos nas últimas décadas. Uma vez que a faixa etária das duas situações distintas coincidem, um grupo de 80 pacientes entre 14 e 18 anos foi questionado em relação à dieta, controle mecânico da placa e uso de fluoretos, além do fluxo salivar e capacidade tampão da saliva serem avaliados pelo método simplificado proposto por Bratthall & Hager. Foi concluído que este grupo de adolescentes gestantes era de alto risco à cárie dentária dado o consumo freqüente de carboidratos e a não alteração na freqüência da escovação dentária, aumentando assim a susceptibilidade à doença. Como um agravante, a higienização pode acentuar as náuseas e vômitos comuns na gestação; porém, a capacidade tampão da saliva de gestantes é normal. A motivação através da evidenciação de placa é pouco utilizada pelos dentistas e a água e os dentífricos fluoretados foram os principais métodos de prevenção da cárie no grupo.

MEDEIROS (1993) coloca o controle da dieta, com uma diminuição do consumo de alimentos açucarados, como um dos fatores de prevenção do aparecimento de novas lesões cáries no período gestacional.

1.1.2 Doença Periodontal

Assim como a cárie, a doença periodontal é vista como uma doença que aparece ou se agrava durante a gestação. A gengiva “sangrar mais” é um dos sintomas mais relatados por pacientes grávidas. Muitos estudos foram realizados com o intuito de investigar essa possível relação da doença periodontal com a gravidez.

ZISKIN e NESSE (1946) desenvolveram um estudo clínico e microscópico das mudanças ocorridas na gengiva e mucosa bucal durante a gestação. A partir da análise histológica do periodonto de mulheres grávidas com gengivite, em várias fases da gestação, foram encontradas as seguintes alterações: perda de superfície queratinizada, alteração do estrato espinhoso, hiperplasia do estrato germinativo e alterações inflamatórias na lâmina própria. Estas alterações podem ser o resultado do metabolismo do estrogênio, alterado pela gestação; porém, elas não se apresentam como fator etiológico para a doença periodontal, sendo colocadas como possíveis agravantes de uma inflamação já existente.

MAIER e ORBAN (1949) desenvolveram um estudo a fim de investigar a verdadeira correlação entre os distúrbios sistêmicos e as lesões gengivais ocorridas na gestação e também levantar quais as mudanças clínicas e histopatológicas ocorridas na gengiva são características exclusivas da fase gestacional, examinando a condição gengival de mulheres grávidas, não grávidas e homens, e comparando seus resultados. Foi concluído que a gengivite presente na gravidez é uma condição inflamatória, provavelmente relacionada a irritantes locais e modificada por distúrbios sistêmicos. A gravidez pode ser considerada um fator agravante que influencia nas características da reação inflamatória; porém, não pode ser considerada o fator etiológico primário. Na análise histológica de gengiva com reação inflamatória, os autores encontraram alterações que levaram à suspeita de distúrbios endócrinos em pacientes grávidas, onde uma tendência à proliferação ocorreu nas células do epitélio e tecido conjuntivo. O número de mitoses, especialmente no epitélio, foi largamente maior em tecidos gengivais inflamatórios

de gestantes. Foi encontrada também uma grande diferença no acúmulo de células linfáticas nos espécimes de gengiva inflamada examinados, quando comparadas mulheres grávidas e não grávidas.

HUGOSON (1970), comparando gestantes e mulheres no pós-parto, demonstrou que grande parte do grupo das gestantes apresentou gengivite que sofreu aumento da severidade com o decorrer da gravidez, tendo seus valores máximos de Índice Gengival no terceiro trimestre da gravidez, com notável melhora no pós-parto. É importante salientar que todo o grupo das gestantes apresentou melhora na quantidade de placa bacteriana acumulada no terceiro trimestre da gestação, o que contradiz o aumento do IG neste grupo; sugerindo que fatores modificadores adicionais à placa bacteriana induzem a uma resposta exacerbada do tecido, aumentando a inflamação gengival. O grupo das não grávidas também apresentou gengivite; porém, condizentes com o acúmulo de placa bacteriana apresentado. Estas observações clínicas são colocadas como resultado do aumento do nível de progesterona e seu efeito sobre o sistema microvascular da gengiva, causando uma alteração nas células dos vasos e no fluxo sanguíneo, resultando em maior extravasamento de sangue para o tecido do periodonto e conseqüente edema.

EL. ALATTAR e HUGOSON (1974) apontam que o periodonto é um tecido alvo de hormônios esteroidais e que a fisiologia e a patologia do periodonto pode ser hormônio-dependente. A gengiva inflamada é duas vezes mais ativa que a gengiva normal na conversão da progesterona em vários metabólitos; três vezes mais ativa que a gengiva normal, na conversão do estrógeno, o que está intimamente ligado à hiperemia e cornificação do tecido epitelial; o que justifica parte da severidade da reação inflamatória gengival em mulheres grávidas, em comparação a mulheres no pós-parto, uma vez que as grávidas apresentam uma alteração hormonal profunda, aumentando significativamente a atividade destas substâncias no organismo, principalmente no periodonto.

OJANOTKO et al. (1980) também estudou a relação entre o metabolismo dos hormônios com a inflamação da gengiva, apontando mais uma vez para a influência das mudanças fisiológicas no metabolismo hormonal da gravidez quando há um aumento na produção de andrógenos e hormônios gestacionais acentuada sobre a gengiva, que pode reagir de forma exacerbada a qualquer estímulo.

O'NEIL (1979) levanta uma outra alteração importante no metabolismo da gravidez: o papel do sistema imunológico no início e desenvolvimento da gengivite crônica e periodontite. Comparando mulheres grávidas e no pós-parto, com pouca presença de placa bacteriana, as gestantes apresentaram uma severidade muito maior da gengivite crônica em comparação às não grávidas. Foi constatada uma redução na resposta dos linfócitos T das gestantes ao estímulo antigênico, sendo esta resposta reduzida mais aparente por volta da trigésima semana. No período pós-parto, a resposta linfocitária aumenta significativamente. Em contrapartida, parece ocorrer, no período gestacional, uma melhora na função neutrofilica, porém, a depressão da resposta dos linfócitos T é suficientemente grande para gerar um aumento na severidade das doenças crônicas preexistentes, assim como aumentar a susceptibilidade a certas infecções virais.

Clinicamente, a crença que a gengiva sangra mais na gravidez foi investigada por diversos autores.

Em Oslo, Noruega, foi realizado um estudo a fim de avaliar a incidência e as variações da doença periodontal durante a gestação e na fase pós-parto (LÖE e SILNESS 1963), estudar as condições de higiene bucal destas mulheres e sua correlação com as condições gengivais (SILNESS e LÖE 1964), assim como a resposta do tecido periodontal ao tratamento local (SILNESS e LÖE 1965). Assim, gestantes entre o segundo e o nono mês e mulheres no pós-parto foram examinadas segundo os Índices de Placa de Silness e Løe, Índice de Cálculo de Ramfjord, Índice Gengival de Løe e Silness e o Índice Periodontal de Russell. Os resultados mostraram que 100% das mulheres examinadas apresentavam algum sinal de doença periodontal, porém os Índices Periodontal e Gengival foram mais altos nas gestantes, com agravamento após o segundo mês de gestação, alcançando o pico no oitavo mês, com uma melhora brusca no nono mês. A sondagem da gengiva nas gestantes apresentou números maiores que nas mulheres no pós-parto, porém, os autores concluíram que este agravamento da gengivite na gestação não parece causar injúrias maiores no tecido de sustentação do dente(1963). O acúmulo de placa nas grávidas correspondeu menos às condições gengivais que no pós-parto, sugerindo que durante a gestação pode haver outro fator que, associado à placa bacteriana, leve a mudanças inflamatórias mais acentuadas na gengiva(1964). Após a análise dos índices de placa

e cálculo, as gestantes receberam instruções de higiene bucal; os resultados mostraram uma significativa diminuição nas condições inflamatórias da gengiva com o início da rotina de higiene da boca, sugerindo que a placa bacteriana é o fator mais importante para o início e manutenção da inflamação gengival em gestantes e a alteração metabólica sofrida pelos tecidos nesta fase pode agravar esta inflamação. (1965)

Ainda com o objetivo de medir a prevalência da doença periodontal, documentar a presença de depósitos irritantes na cavidade bucal e analisar as mudanças ocorridas no periodonto e na mobilidade dental, assim como, determinar o que influencia estas mudanças e o papel dos irritantes locais na etiologia da doença periodontal, durante a gestação e pós-parto, COHEN et al. (1969) examinaram mulheres durante a gravidez e no pós-parto de 3 meses, em relação à doença periodontal medida pela modificação do exame periodontal de O'Leary (GPI), presença de irritantes locais e mobilidade dental; concluindo que durante a gestação, há uma resposta gengival aumentada, principalmente entre o primeiro e o segundo trimestres, resultando em gengivite; que sofre uma remissão parcial no período pós-parto de 3 meses; podendo haver alguma perda de inserção durante a gestação, de caráter irreversível no pós-parto de 3 meses. Observou-se também a presença de irritantes locais nos três trimestres da gravidez, que aumentaram em quantidade com o tempo; enquanto depósitos duros apresentaram efeitos nocivos maiores durante a gestação que no pós-parto, depósitos moles provocaram uma maior resposta gengival no pós-parto, em comparação ao período gestacional; a mobilidade esteve presente no período gestacional, com decréscimo no pós-parto.

Dando continuidade a este estudo, COHEN et al. (1971) estudaram mulheres no pós-parto de 15 meses, reforçando as conclusões anteriores e salientando, ainda, que um aumento do índice de doença periodontal durante a gravidez não resulta em aumento deste índice 15 meses pós-parto, nem em destruição do tecido periodontal de sustentação.

ADAMS et al. realizaram um trabalho em Cardiff, em 1974, a fim de examinar a possível relação entre a má higiene bucal e a gengivite em dois grupos diferenciados: gestantes e não gestantes. Pacientes que apresentavam-se, no mínimo, em sua décima semana pós-parto formaram o grupo das não grávidas. Foram

examinadas 100 mulheres de cada grupo, segundo o Índice Gengival de Løe e Silness (1963). Os resultados mostraram que as grávidas apresentaram um maior índice de gengivite que as não grávidas, principalmente na arcada superior. Porém, em contraste com este resultado, foi relatado que as mulheres grávidas mantinham uma rotina de higiene da boca mais rigorosa que as não grávidas, escovando os dentes pelo menos 3 vezes ao dia e, conseqüentemente, apresentaram menos acúmulo de placa bacteriana que as não grávidas. Estes resultados levaram os autores à conclusão que as gestantes podem ter alguma alteração sistêmica que funcione como agravante no processo de desenvolvimento da gengivite, porém este assunto precisa ser melhor estudado.

Com o objetivo de investigar a condição gengival durante a gestação e seu curso durante os três trimestres em relação ao acúmulo de depósitos bacterianos na superfície dento-gengival, SAMANT et al., em 1976, desenvolveram um projeto onde foram avaliadas gestantes e não gestantes, segundo Índice Gengival (GI) de Løe e Silness, Índice Periodontal (PI) de Russell e Índice de Placa (DI), Índice de Cálculo (CI) de Greene. Os resultados mostraram que houve um aumento significativo da severidade da gengivite durante a gravidez; sendo as alterações gengivais maiores que as periodontais. Houve um aumento progressivo no acúmulo de placa bacteriana e cálculo durante a gestação, apresentando uma associação positiva com as alterações gengivais. O grupo das não grávidas não apresentou aumento do acúmulo de placa bacteriana.

Ainda comparando a prevalência da doença periodontal por trimestre da gravidez e número de gestações, a fim de esclarecer se as evidências empíricas de que a gestação pode influenciar na prevalência destas doenças bucais têm fundamento científico, SCAVUZZI et al. (1999c) examinaram gestantes utilizando o índice ICNTP (CPITN), proposto pela OMS em 1991, concluindo que um maior número de gestações não implicou numa maior prevalência de doença periodontal e não houve evidências de aumento da prevalência destas doenças no período gestacional, apesar do grupo estudado apresentar um estado de saúde bucal precário, independente do trimestre da gravidez e do número de gestações, demonstrando a necessidade de um programa de atenção odontológica com prioridade às gestantes.

Em 1999, ROSELL et al. também avaliaram a prevalência, severidade e necessidades básicas de tratamento da doença periodontal em gestantes, agora utilizando o Índice de Registro Periodontal Simplificado (PSR recomendado por ADA & AAP 1991), segundo critérios de classificação de saúde periodontal, sangramento, cálculo, bolsa periodontal associados a recessão gengival, invasão de furca, mobilidade e alterações muco-gengivais. Os resultados mostraram que 100% das gestantes apresentavam algum tipo de alteração periodontal, sendo que 90,2% delas necessitavam de tratamento efetivo adicional ao preventivo. Desta forma, os autores concluíram que as gestantes compõem um grupo especial de pacientes que necessita de cuidados extras pela própria saúde bucal e pela prevenção da transmissão dos patógenos bucais para os bebês.

Uma tendência proliferativa das células do epitélio e tecido conjuntivo de tecido gengival inflamado de gestantes foi descrita por MAIER e ORBAN (1949). Esta proliferação ocorre no endotélio dos capilares, e devido à formação de numerosos novos capilares e hiperplasia gengival, uma espécie de tumor gravídico é observado. No grupo estudado, houve uma prevalência de 0,5 por cento deste tipo de tumor, entre as pacientes grávidas. Atualmente é denominado granuloma gravídico, sendo uma resposta inflamatória exacerbada à alguma irritação local, como uma gengivite, que é modificada pelas condições da paciente. É caracterizada por uma lesão bem definida que surge por volta do terceiro mês gestacional, de crescimento rápido, que deve regredir, total ou parcialmente, após o parto. Quando sua extensão for muito grande, deve ser removida cirurgicamente, mesmo durante a gestação (FALABELLA e FALABELLA 1994; SILVA 2002). O diagnóstico diferencial para granuloma gravídico e outras entidades deve ser sempre o exame histopatológico. (FALABELLA e FALABELLA 1994)

Por outro ponto de vista, agora olhando as conseqüências da doença periodontal para a gestação, OFFENBACHER et al.(1996) e DASANAYAKE (1998) propuseram-se a investigar a relação entre o nascimento de bebês prematuros com baixo peso e a doença periodontal. Eles concluíram que as doenças periodontais causadas por Bacteróides Gram-negativos liberam grandes quantidades de lipopolissacarídeos e mediadores da inflamação que são importantes indutores da contração, dilatação cervical e parto. Desta forma, a doença periodontal avançada

pode representar um fator de risco para o nascimento de bebês prematuros com baixo peso corporal.

1.1.3 Necessidade de Atendimento Odontológico

O tratamento odontológico às gestantes sempre foi visto pela população como desnecessário e até contra-indicado; porém o atendimento deve ser feito em caso de necessidade, devendo o profissional manter contato com o médico responsável pela gestante em caso de dúvida em relação à alguma conduta (SCAVUZZI e ROCHA 1999a).

O Ministério da Saúde (1988) preconiza que todas as gestantes inscritas em programas de assistência pré-natal devem ser agendadas para consulta odontológica de rotina. Os profissionais devem estar cientes das condições ideais de tratamento e o atendimento deve ser prioritário, sendo fundamental no sentido de orientá-las sobre a importância de sua saúde bucal.

Métodos educativos – preventivos devem ser, fundamentalmente, implementados no período de gestação, segundo MEDEIROS (1993), consistindo em informação, com conseqüente mudança de hábitos e atitudes que beneficiarão não só a si próprias, mas também a seus filhos. A motivação constitui uma tarefa tão importante quanto o atendimento clínico e deve concentrar-se na importância do controle da dieta e da placa bacteriana. A desmistificação da dificuldade de atendimento odontológico da gestante e do bebê também fazem parte deste programa.

Segundo PINTO (1992), o atendimento clínico deve concentrar-se especialmente em três fatores: profilaxia, atendimento de urgência e superação de crenças prejudiciais sob o ponto de vista da saúde bucal, respeitando os costumes e padrões de vida locais.

NARVAI (1984) realizou um estudo onde procedeu-se um levantamento epidemiológico da cárie dental usando o índice CPO, de Klein e Palmer, num grupo de 117 gestantes, entre 14 e 43 anos de idade, assistidas pelo subprograma de Saúde Materna da Unidade Integrada de Saúde de Cotia, S.P., com o objetivo de identificar o número médio de focos de infecção dental, pela inferência do componente “extração indicada” do índice utilizado, além de conhecer as condições bucais do

grupo e o intervalo de tempo transcorrido entre o dia do exame e a consulta imediatamente anterior e o serviço nela prestado. Os resultados levaram o autor à conclusão que o valor 25,88 encontrado para o índice CPO é muito maior que o observado por Pinto, em 1975, de 18,21, para a mesma faixa etária, recomendando a adequação, no Brasil, da hierarquização de necessidade de tratamento odontológico proposta pela Organização Mundial da Saúde, para grupos populacionais, onde as gestantes aparecem em quinto lugar, depois de escolares de primeiro e segundo grau, pré-escolares e portadores de deficiência física, mental ou doença crônica. Com base no número de dentes com alterações pulpares e lesões inflamatórias periapicais crônicas (3 dentes, em média), encontrados pelo autor, indicasse a necessidade de repensar a abordagem e o tratamento odontológico até agora dispensado ao grupo, uma vez que 6% da população estudada nunca recebeu qualquer tipo de cuidado odontológico, sendo que a omissão por parte do profissional tem reforçado tabus populares sobre assistência odontológica durante a gestação, permitindo que o empirismo leve o grupo a “soluções” desaconselháveis para os problemas bucais, acarretando prejuízos à saúde materna.

SCAVUZZI et al. (1999c) relataram que a maioria das gestantes examinadas em seu estudo, independentemente do trimestre da gravidez, necessitavam de algum tipo de tratamento periodontal, principalmente raspagem de cálculo e orientação de higiene bucal. SCAVUZZI et al. (1999b, 1999c), encontraram ainda, um índice CPOD preocupante, com um grande número de mulheres grávidas consideradas cárie-ativas, indicando a necessidade de se alertar estas mulheres sobre os prejuízos que podem advir destas situação em sua própria saúde bucal, bem como a do filho que está para nascer; alerta que deve ser feito através de programas de atenção odontológica direcionados a gestantes.

Em 1999, ROSELL et al. avaliaram a prevalência, severidade e necessidades básicas de tratamento da doença periodontal em gestantes, mostrando que 100% das gestantes apresentavam algum tipo de alteração periodontal, sendo que 90,2% delas necessitavam de tratamento efetivo adicional ao preventivo. Desta forma, os autores concluíram que as gestantes compõem um grupo especial de pacientes que necessita de cuidados extras pela própria saúde bucal e pela prevenção da transmissão dos patógenos bucais para os bebês.

Em um estudo desenvolvido em Brisbane, Austrália, em 1984, JAGO et al. estimaram a prevalência das doenças bucais através da análise de um grupo de gestantes, avaliando o conhecimento destas sobre a própria saúde e seus hábitos, segundo os critérios da OMS. Os resultados mostraram que 86% das mulheres necessitaram de algum tipo de cuidado odontológico, levando os autores à conclusão que houve uma melhora nas condições bucais das mulheres grávidas em 13 anos, porém ainda há a necessidade de se dar mais importância à saúde bucal deste grupo de pacientes, principalmente pelo fato de elas influenciarem o comportamento e, conseqüentemente, a saúde de seus filhos.

TORRES et al. (1999) fizeram um estudo com gestantes a fim de avaliar a situação bucal destas. As mulheres apresentavam precárias condições bucais, apontando a necessidade de implantação de um programa de adequação bucal direcionado às gestantes, com vistas à prevenção da transmissibilidade de bactérias cariogênicas a seus futuros filhos.

Em 1995, MENINO e BIJELLA, em Bauru, S.P., avaliaram gestantes com o objetivo de analisar a necessidade de saúde bucal, a prática e o conhecimento destas em relação à própria saúde e a saúde dos bebês. Entrevistas sobre o processo saúde/doença bucal, meios de prevenção, cultura popular e gravidez, valor atribuído à saúde bucal, hábitos e práticas de auto-cuidado e procura por atendimento profissional possibilitaram aos autores concluir que as gestantes, em sua maioria, têm noção sobre cárie, já receberam algum tipo de orientação em relação à higiene bucal antes da fase gestacional, porém não têm como prioridade as visitas ao dentista na fase da gestação. Quanto à saúde geral da mulher, 91,3% das gestantes entrevistadas em seu estudo acreditam que os problemas de boca não afetam a saúde da mulher e 50% não acham que a gravidez possa causar problemas bucais. Ainda, 43,3% disseram apresentar sangramento gengival, porém a procura por atendimento odontológico não é prioridade neste grupo, por receio da paciente.

MEDEIROS (1993) aponta este padrão de comportamento como advento do baixo nível de desenvolvimento de certas comunidades e são oriundos de traços culturais que transmitem conhecimentos incorretos sobre a saúde em geral, da mulher e da criança.

Em relação ao atendimento odontológico, CORSETTI et al., em 1998, fizeram um estudo com o objetivo de avaliar os programas pré-natais nos serviços públicos de Porto Alegre - RS em relação às orientações odontológicas, em termos de educação para saúde bucal na fase gestacional e o grau de informações dos dentistas envolvidos neste atendimento, através de questionários aplicados aos profissionais. Os resultados mostraram uma baixa porcentagem dos postos de saúde atendendo às gestantes rotineiramente, apesar dos profissionais estarem sensibilizados quanto à importância do atendimento ao grupo e aos cuidados pertinentes ao período gestacional; todos os dentistas apresentaram uma filosofia de atendimento voltada para a prevenção - educação, embora não coloquem em prática em todos os casos.

Em 1992, BERND et al. fizeram um estudo de caso de enfoque histórico cultural, onde procurou-se aprofundar o conhecimento sobre aspectos da percepção popular em saúde bucal, como o valor atribuído à saúde bucal, a causalidade do processo saúde/doença bucal, a prática odontológica como forma de resposta à problemática de saúde bucal e a cultura popular em saúde bucal e gestação, cuja hipótese era que a gestante não procura atendimento dentário neste período por medo de prejudicar o feto. Assim, gestantes e mulheres no pós-parto foram entrevistadas e os resultados apontaram para uma diferença de percepção em saúde bucal entre os profissionais e a população. Um dos principais apontamentos são relatos de dentistas, familiares e amigos das mulheres sobre a impossibilidade de tratamento na gestação, mesmo quando elas procuravam o serviço. Assim, os autores colocaram a não procura por atendimento odontológico durante a gravidez num contexto mais complexo, vinculado com aspectos da cultura popular e sua ambigüidade, aceitando e recusando a cultura dominante; da cultura científica e seus discursos; da prática odontológica hegemônica e do papel que desempenha na sociedade. Porém, é esta ambigüidade da cultura popular que pode sugerir a possibilidade de um processo de conscientização; mas, para isso, é preciso que posturas profissionais e autoritárias sejam abandonadas, a fim de que haja uma aproximação às classes dominadas.

Quanto ao papel da mulher na família, vários autores colocam que padrões de comportamento dos filhos apreendidos durante a infância são fortemente arraigados e resistentes a mudanças, sendo a mãe o modelo desta estrutura de orientação para as

crianças; portanto, a gestante deve ser vista como um ponto chave na prevenção de doenças bucais das crianças, a partir de um atendimento odontológico voltado para a orientação e promoção de saúde. (BLINKHORN 1981, MENINO e BIJELLA 1995, CORSETTI et al. 1998, SCAVUZZI e ROCHA 1999a, ROSELL et al. 1999; COSTA et al. 1998)

Em qualquer sociedade, a família, além de ser uma unidade social, é também uma unidade funcional básica em saúde. É nela que se encontra o núcleo social mais forte e primitivo de toda a sociedade e ali se desenvolve a formação da personalidade, dos bons costumes e bons hábitos de higiene. (COSTA et al. 1998)

BLINKHORN (1981) aponta ainda alguns aspectos da teoria da socialização, voltados a padrões de comportamento relacionados ao consumo de açúcar e higiene oral, passados de mãe para filho. Apontamentos foram feitos em relação à facilidade de aprendizado das crianças e a dificuldade de mudanças de hábitos que vai se instalando, conforme a pessoa cresce. Esta afirmação serve, principalmente, para hábitos alimentares e de promoção de saúde; atentando para a importância do dentista na educação e motivação das gestantes para o estabelecimento de hábitos saudáveis como medida preventiva de doenças bucais comuns na infância.

Em 1984, HOLT et al. demonstraram em seu estudo, em Londres, que crianças com 5 anos de idade, cujas mães receberam informações educativas em casa sobre saúde bucal, desde os primeiros meses de vida da criança, apresentam melhores condições bucais, quando comparadas a crianças de mesma idade, cujas mães receberam apenas informação literária pelo correio. Estes dois grupos de crianças ainda apresentam-se em melhores condições bucais que um terceiro grupo, cujas mães não receberam nenhum tipo de informação.

OLIVEIRA et al. (1990) apontam a nutrição e a desnutrição como fatores desencadeantes e/ou agravantes do aparecimento de doenças bucais em crianças. Eles apontam que o processo de calcificação dos dentes decíduos inicia-se a partir do quarto mês de vida intra-uterina e desta forma, a nutrição da gestante deve ser um objeto de atenção dos profissionais de saúde, uma vez que estas devem aumentar em 50% a ingestão de proteínas, vitaminas e sais minerais. A motivação ao aleitamento materno também faz parte deste programa de atenção voltado para a nutrição, uma vez que ele é o melhor alimento nos primeiros seis meses de vida extra-uterina, em

termos nutricional, imunológico e preventivo de doenças da cavidade bucal, principalmente cárie e má oclusão dentárias. O dentista, assim, tem um papel fundamental na motivação da gestante ao aleitamento materno.

Ainda, a cárie dental humana é considerada uma doença infecciosa e transmissível, com natureza multifatorial (KÖHLER et al. 1984). Os *Streptococcus mutans* são considerados um dos principais agentes etiológicos da doença, associados a uma dieta rica em carboidratos, principalmente a sacarose. As crianças adquirem as bactérias após a erupção dos primeiros dentes; por contato direto e freqüente com a bactéria. (TORRES et al. 1999)

As mães são as principais responsáveis pela transmissão da bactéria causadora da cárie, *Streptococcus mutans*, para seus filhos, com idade de 0 a 3 anos, tornando as crianças vulneráveis à doença. Em contrapartida, a supressão destas bactérias nas mães resulta em um retardo na colonização em seus filhos, diminuindo assim o risco de aparecimento de cáries nestes. (LI e CAUFIELD 1994)

BERKOWITZ et al. (1980) reforçam que a quantidade de bactérias residentes na saliva da mãe e as variáveis do hospedeiro são extremamente importantes na infecção da cavidade bucal das crianças. Assim, seu estudo mostra que crianças portando de 6 a 8 dentes incisivos decíduos (entre 8 e 18 meses de vida) constituem o grupo de maior risco de contrair as bactérias, caso suas mães apresentem grandes quantidades da bactéria na saliva.

Desta forma, COSTA et al. (1998) sugerem que a gestante bem informada sobre saúde bucal e utilização correta do flúor, pode ser um elemento - chave na quebra da cadeia de transmissibilidade da cárie.

MEDEIROS (1993) aponta ainda o controle da dieta durante a gestação como um importante fator no controle da cárie dental da mulher e uma diminuição no consumo de carboidratos ajuda também no controle do aumento de peso da gestante. A Organização Mundial de Saúde preconiza, ainda, a necessidade da gestante de desenvolver bons hábitos alimentares, evitando produtos açucarados, uma vez que o desenvolvimento do paladar do bebê começa a se formar a partir do quarto mês de vida intra-uterina; assim, se a mãe comer muito açúcar, a criança deverá também, gostar de alimentos mais doces.

As características biológicas e psicossociais que vive a gestante a tornam mais susceptível à aquisição de novos conhecimentos e práticas, principalmente aqueles relacionados ao processo reprodutivo do momento. Porém, a atividade educativa- preventiva só terá efetividade se tiver um caráter teórico-prático e um acompanhamento periódico e constante por parte dos profissionais, afim de reafirmar os conceitos básicos de prevenção. (DÍAZ-ROMERO e MARTÍNEZ-SÁNCHEZ 1988)

Assim, é fundamental o atendimento às necessidades de cuidados odontológicos durante a gestação com especial atenção à promoção de saúde bucal da mulher como um fator de prevenção primária das principais doenças bucais dos filhos, através da minimização da provável transmissibilidade de microorganismos bucais de mãe para filho, assim como a orientação sobre a importância do consumo do açúcar para o início e progressão das lesões cáries e a necessidade de manutenção da saúde bucal através da higiene bucal. (ROSELL et al. 1999; TORRES 1999)

A mudança de comportamento está diretamente ligada à motivação. Desta forma, os programas educativos devem reforçar atitudes positivas dos pais e minimizar ou remover atitudes negativas. A instalação de um ambiente doméstico favorável ao desenvolvimento de hábitos saudáveis é fundamental para a promoção da saúde bucal da criança e de toda a família. A reprodução dos conhecimentos adquiridos e a decisão de prevenir doenças no futuro bebê deve estender-se da mãe para todas as pessoas ligadas à criança, como pais, avós, irmãos, etc. (MEDEIROS 1993)

1.1.4 Cuidados no Atendimento Odontológico a Gestantes

O profissional deve conscientizar-se de sua responsabilidade de propiciar uma mudança de postura na relação com a paciente gestante, avaliando sinais, sintomas, aspectos somáticos e psicológicos, a fim de introduzir cuidados odontológicos preventivos, clínicos e educativos, ainda no período de gestação, para que ela possa criar um ambiente favorável à saúde bucal em sua residência. (MEDEIROS 1993)

A gestante pode apresentar, no decorrer da gravidez, manifestações emocionais mais intensas. Estas alterações podem variar de uma intensa alegria pela

expectativa do nascimento de um bebê até um estado de ansiedade e instabilidade emocional, indo da alegria à depressão em um curto período de tempo (LITTNER et al. 1984; DEUTSCH et al. 2002; SILVA 2002). A mulher, muitas vezes, acha-se diferente fisicamente, agravando o quadro de ansiedade e depressão. Assim, o profissional deve, antes de tudo, ser receptivo e compreensivo em relação a estes fatores. Uma conversa descontraída sobre o assunto é recomendada, assim como a minimização de fatores que podem interferir na mudança de humor da mulher, como barulhos, interrupções, temperatura ambiente desagradável, longos períodos de tempo em uma mesma posição e desconforto na cadeira, por exemplo. A paciente ficará mais a vontade se não precisar levantar a todo momento para cuspir; se puder, quando necessário, parar o tratamento para ir ao banheiro e se não ficar o tempo todo respirando algum odor desagradável, que pode levá-la a um quadro de náusea e vômito. (LITTNER et al. 1984)

SILVA (2002) sugere ainda que a gestante seja estimulada a participar ativamente do processo decisório sobre a assistência à própria saúde. Por isso ela deve ser informada sobre o tratamento necessário de forma completa e objetiva, discutindo-se alternativas e seus riscos e benefícios.

O profissional deve estar adequadamente preparado em relação ao conhecimento das alterações sistêmicas relacionadas à própria gravidez, saúde e desenvolvimento do bebê, além do constante contato com o obstetra, especialmente quando tratamentos curativos emergenciais não puderem ser protelados. Transmitir tranquilidade e confiança à gestante em relação ao próprio profissional e ao tratamento proposto ajudam a reduzir o grande preconceito e alta ansiedade que o atendimento odontológico, mesmo aquele com finalidade preventiva, normalmente causa neste grupo de pacientes. (ROSELL 1999)

O levantamento da história médica, dental e gestacional da paciente é de suma importância para a segurança do tratamento, assim como o íntimo contato com o médico obstetra responsável pela paciente. (SCHUBSKY 1959; SILVA 2002)

A melhor época para se fazer um tratamento odontológico em gestante é durante o segundo trimestre, onde a gravidez está mais estável (SCHUBSKY 1959; LLOYD 1979; SILVA 2002); porém, as outras fases não são fatores de contra-indicação ao tratamento, exceto por complicações na gestação, que devem ser

orientadas pelo médico obstetra responsável. Os períodos que compreendem as primeiras nove semanas e as últimas duas semanas de gestação, devem ser evitados. (LITTNER et al. 1984)

O primeiro trimestre da gestação é quando se desenvolvem os órgãos do bebê e os seus sistemas são organizados, daí ser o período mais delicado. Já o terceiro trimestre é o período onde o bebê mais cresce, com um contínuo desenvolvimento celular. Este período é delicado pois qualquer fator externo poderá antecipar o nascimento do bebê e também porque a mulher já está incomodada com as alterações físicas do final da gravidez. Assim, o segundo trimestre é o mais adequado para qualquer tipo de intervenção que seja necessária, pois o bebê já está formado e a mulher está, ainda, bastante disposta. (DEUTSCH et al. 2002; SILVA 2002)

Alterações Fisiológicas da Gestação

O metabolismo da mulher sofre profundas mudanças no curso da gravidez. É muito importante que o profissional conheça estas alterações para poder aplicar esse conhecimento durante o tratamento odontológico.

Alterações hormonais intensas são característica da fase gestacional. Há, principalmente, um aumento crescente no nível de estrógeno e progesterona, sendo este último responsável por uma maior vascularidade, influenciando o metabolismo de vários outros sistemas do organismo materno. (HUGOSON 1970, EL ALATTAR e HUGOSON 1974, PINDBORG 1992, MANSON e ELEY 1999, DEUTSCH et al. 2002)

O volume sanguíneo é aumentado em aproximadamente 1,5 litro de sangue, para suprir a necessidade de nutrientes durante o crescimento do útero e a formação da placenta, proteger a mãe e o feto contra os efeitos prejudiciais do comprometimento do retorno sanguíneo venoso em determinadas posições e, finalmente, proteger a mãe da perda sanguínea durante o parto. (DEUTSCH et al. 2002; SILVA 2002)

Durante o final do segundo e, principalmente, no terceiro trimestre da gestação, a mulher quando deitada em decúbito dorsal, pode sofrer uma anomalia específica denominada síndrome de hipotensão em decúbito dorsal, cujo principal

sintoma é a tontura, podendo ser seguida de desmaio. Isto ocorre devido à compressão das veias abdominais pelo útero hipertrofiado, diminuindo o retorno venoso da metade inferior do corpo ao coração, causando queda significativa da pressão arterial e anoxia cerebral (SILVA 2002). O tratamento indicado é manter a gestante sentada geral para desobstruir as veias abdominais e restabelecer a circulação, ao contrário das medidas tomadas para desmaio em geral. (LLOYD 1979; LITTNER et al. 1984)

O aparelho urinário também sofre modificação, sentida principalmente no primeiro e terceiro trimestres, quando a bexiga fica mais comprimida pelo útero, aumentando a frequência urinária. (DEUTSCH et al. 2002)

Os fatores de coagulação se alteram com o intuito de controlar graves complicações da gravidez: a hemorragia e o tromboembolismo. (SILVA 2002)

O aparelho digestivo fica com seu metabolismo mais lento, forçando a gestante a fracionar a alimentação, não excedendo intervalo de três horas. Associado à maior produção hormonal, este lentidão da função do aparelho costuma provocar azia, náusea e vômito.

O sistema imunológico fica mais vulnerável e, de maneira geral, as infecções são mais intensas na gestante.

A gravidez provoca um inchaço das mucosas em geral – boca, nariz e região genital. Assim, o sangramento gengival pode ocorrer e o médico deverá sugerir uma visita ao dentista como parte da rotina da gravidez. (DEUTSCH et al. 2002)

Radiografia

As radiografias dentais são essenciais para uma grande parte do diagnóstico, tratamento e estudos odontológicos. Porém, a exposição direta do útero gravídico à radiação é um fator de risco para o retardamento mental; má formação fetal; aumento na frequência de doenças malignas na infância e morte fetal.

Segundo SMITH (1982), o risco de indução de câncer causado pela exposição do feto a uma dose de 50 mGy (5 rads) é de 5 casos em 1000 crianças nascidas vivas. Uma radiografia dental tomada com as devidas precauções gera, no local irradiado, no máximo 5 mGy (0,5 rad). No caso de uma radiografia dental tomada da gestante,

o feto recebe uma dose muito menor de radiação (em torno de 0,00001 rad) baixando o risco de complicações devido à radiação a níveis menores que outros riscos de malignidade e aborto. Porém, este risco mínimo existe e os devidos cuidados devem ser tomados. (SILVA 2002)

Para garantir a segurança da gestante, do feto e de toda a população que pode ser exposta aos raios X, foi criado um princípio conhecido como ALARA, cujas regras, se seguidas, garantirão a segurança do paciente:

Regra 1 – expor o paciente o mínimo de tempo possível, mantendo o equipamento sempre regulado, tomando radiografias realmente necessárias e usando filmes rápidos, que podem reduzir a dose de radiação em até 50%.

Regra 2 – sempre usar barreiras de chumbo no paciente; principalmente na região abdominal. A cobertura da região cervical também é indicada, para evitar a exposição da glândula tireóide aos raios X. (FARMAN 1991)

A quantidade de radiação necessária para produzir uma radiografia dental é segura, quando todas as precauções são tomadas. Isto inclui o uso de equipamento apropriado, filmes rápidos e proteção de chumbo para as partes abdominal e tireoidiana. (LLOYD 1979; LITTNER et al. 1984)

De qualquer forma, uma radiografia só deve ser tirada quando contribuir de forma significativa para o tratamento da paciente, não devendo preceder um minucioso exame clínico. Se possível, as tomadas radiográficas devem ser evitadas no primeiro trimestre da gravidez. (SILVA.2002)

Flúor

A administração de flúor durante a gravidez é ainda controversa. Não se tem comprovação dos benefícios do flúor ingerido pela mãe na formação dental do feto (LITTNER et al. 1984; SILVA 2002). Entretanto, no que concerne à saúde bucal da própria gestante, é extremamente válida a adoção de uma metodologia baseada em flúor, para uso tópico. (MEDEIROS 1993)

Medicamentos e Anestesia

Quando a necessidade da administração de algum tipo de medicamento é constatada durante a gravidez, as vantagens a serem obtidas devem claramente superar quaisquer riscos inerentes à prescrição. (LIEFDE 1984; SILVA 2002)

O uso de medicamentos durante a gestação é sempre um motivo de stress para a paciente. A placenta não age como barreira contra a transferência de substâncias farmacológicas da mãe para o feto. Em casos de extrema necessidade, a anestesia pode ser administrada e deve ser dada lentamente, com prévia aspiração. Preferência deve ser dada à administração de anestesia local no segundo trimestre da gravidez e o médico obstetra responsável deve estar ciente do procedimento realizado. (LLOYD 1979; LITTNER et al. 1984)

Segundo LLOYD (1979), o uso de alguns medicamentos deve ser evitada durante toda a gestação. (Quadro 1)

Quadro I – Observações com relação ao uso de medicações durante a gestação.

TIPO DE MEDICAMENTO	SUBSTÂNCIA	INDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Analgésicos	Paracetamol	Sim	Pode ser usado em qualquer fase da gestação.
	Ácido Acetil-salicílico	Não, principalmente no terceiro trimestre	Tem efeito anticoagulante. Pode causar sangramento fetal, prolongamento da gestação, maior duração do parto e tendência à perda de sangue da mãe.
Ansiolíticos	Benzodiazepínicos	Não, principalmente nos 2 primeiros trimestres	Estão relacionados à maior incidência de crianças com lábio leporino e/ou fenda palatina.
Anestésicos	Prilocaina	Não	Há risco de metahemoglobinemia. Quando metabolizada no fígado, transforma-se em ortotoluidina, capaz de oxidar o ferro ferroso, para o estado férrico, dificultando o transporte de oxigênio para os tecidos. Pode causar anemia na mãe.
	Lidocaina	Sim	Recomendado o uso de seringas com aspiração. Se injetada em vasos, pode causar arritmias cardíacas.
Vasoconstrictores	Adrenalina ou Noradrenalina	Sim	Recomendado o uso de seringas com aspiração. Se injetadas em vasos, podem causar taquicardia e aumento da pressão arterial.
	Felipressina	Não	Pode causar contrações, levando ao trabalho de parto precocemente.
Antiinflamatórios	Ibuprofeno / Piroxicam / Fenilbutazona /	Apenas nos 2 1 ^o trimestres da gestação	Quando usados no terceiro trimestre, oferecem o risco de fechamento precoce do ducto arterial.
	Corticosteróides (betametasona ou dexametasona)	Sim	Em caso de necessidade, podem ser empregados em dose única de 4 mg.
Antibióticos	Penicilinas	Sim	Tomar cuidado com possível reação alérgica devido à sua propriedade antigênica.
	Eritromicina base	Sim	Parece ser inócua.
	Cefalosporinas	Sim, apenas as de 1 ^a geração.	As cefalosporinas de última geração ainda não foram devidamente estudadas.
	Sulfonamidas	Apenas na fase inicial da gestação	Quando usadas no final da gestação, oferecem risco potencial de icterícia no recém-nascido, por competir com a bilirrubina nas ligações com a albumina.
	Tetraciclina	Não. Totalmente contra-indicadas na gestação	Podem causar inibição no desenvolvimento dos ossos, pigmentação amarelada nos dentes, hipoplasia do esmalte, maior risco de cáries, micromelia e sindactilia. Quando usadas por volta do 5 ^o mês de gestação, pode levar a alterações na primeira dentição.

Fonte: Adaptado de SILVA SR. Atendimento à gestante: 9 meses de espera?

1.2 Escolha do Método

A assistência odontológica a gestantes, do ponto de vista de sua própria saúde geral e bucal, assim como a de seu filho, é um objeto de estudo que merece ainda muita atenção, pela diversidade de fatores envolvidos nesta problemática.

SCAVUZZI e ROCHA (1999 a) sugerem que os profissionais da Odontologia procurem desmistificar crenças e mitos em torno do atendimento odontológico na gravidez e atuem como agentes promotores do aprendizado acerca de saúde bucal durante o período gestacional.

Porém, CARVALHO (1998) aponta que o profissional, principalmente atuante na educação e prevenção , deve ter consciência que a simples transmissão de seus conhecimentos a seu público é muito pouco eficaz. Faz-se necessário conhecer este grupo, não somente pelo que ele é, mas pelo que ele pensa, como vive, como age, quais seus costumes e crenças. Para isso, é necessário que se lance mão de ferramentas provenientes de outras ciências, como a sociologia, psicologia, entre outras.

Desta forma, uma pesquisa com abordagem qualitativa, objetivando-se resgatar a forma de pensar das gestantes sobre atendimento odontológico e saúde bucal durante a gravidez parece bastante adequada.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ◆ Identificar a representação das gestantes em assistência pré-natal em serviços públicos de saúde do município de Santo André – S.P., em relação aos motivos pela não procura de atendimento odontológico; assim como levantar a percepção deste grupo sobre a relação da gravidez com problemas bucais.

2.2 Objetivos Específicos

- ◆ Discutir as idéias que têm sido associadas, pelas gestantes, à questão do atendimento odontológico durante a gestação e da relação dos problemas bucais com a gravidez.
- ◆ Criar referências para o debate sobre atenção odontológica a gestantes, contribuindo para a educação em saúde e conseqüente prevenção.
- ◆ Contribuir para a melhoria dos serviços na promoção da saúde bucal da população gestante.
- ◆ Levar à discussão a procura por atendimento odontológico durante a gravidez entre as gestantes, primeiramente como fator curativo e, mais além, como um fator preventivo.

3. METODOLOGIA

3.1 A Abordagem Qualitativa

3.1.1 A Representação Social

O estudo das Representações Sociais insere-se entre os esforços de desconstrução da retórica da verdade, ocorridos a partir do começo do século XX, por meio de importantes mudanças no posicionamento quanto à objetividade e à busca da verdade. Esta contestação vem ocorrendo em três momentos, originando-se na epistemologia clássica, onde acreditava-se existir verdades absolutas que beneficiariam a todos sem prejuízo a outrem; passando à incorporação do social, com a conseqüente relativização da objetividade, onde a questão do poder aparece, tirando a neutralidade do conhecimento, pois ter garantia epistemológica significa poder dominar; e finalmente introduzindo uma nova perspectiva, ampliando o olhar, de modo a ver o senso comum como um conhecimento legítimo e motor das transformações sociais; ou seja, o homem comum passou a ser um conhecimento – objeto de estudo capaz de representar a realidade social.

Representação pode ser definida como “reprodução daquilo que se pensa” ou também “ato ou efeito de representar(-se)”.

Levando em conta o ato de representar-se, o homem comum pode ser considerado um ator social engajado na construção de identidades funcionais que permitem a negociação das relações sociais. Assim, a análise dos discursos do homem comum centra-se na organização social destes, tomando a linguagem como sendo ato, o que torna o conhecimento estudado a partir das representações sociais um “conhecimento prático”.(SPINK 1993)

Então, a Representação Social pode ser vista como uma modalidade de conhecimento prático que, sendo elaborada e compartilhada socialmente, contribui para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. Ela é, essencialmente, um fenômeno social que deve ser entendido a partir do seu contexto de produção. Quando se fala em Representação Social, fala-se sempre da relação do sujeito com o mundo que o cerca, sobre algum objeto socialmente valorizado. Para

isso, é necessário situar o homem no processo histórico, mas aceitar a sua possibilidade de criação e recriação. (SPINK 1993, 1994)

MINAYO (2000) coloca a Representação Social como a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. “Nas ciências sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a”.

Portanto, a Representação Social sobre saúde - doença nos remete à relação do sujeito com o mundo que o cerca, e nos permite enxergar melhor o seu modo de agir, pensar, acreditar, clareando os caminhos para uma abordagem educativa – preventiva mais eficaz.

3.1.2 A Busca da Qualidade

Questões como o convívio da doença com a saúde, a busca de qualidade mais do que quantidade, a dimensão transnacional dos fenômenos de saúde, a constatação afinal de que a perseguição da saúde não se resume à diminuição quantitativa da doença e que a riqueza e as tecnologias não significam o término das desigualdades são latentes no campo de discussão da saúde.

Como consequência da discussão sobre estas questões, houve uma ampliação do campo temático e do próprio sentido de entendimento da saúde da sociedade, produzindo uma zona de demandas e conflitos essencialmente sociais.

Pode-se, assim, analisar a questão da saúde em duas direções: a relação saúde-indivíduo por uma postura existencial, de natureza singular, onde o indivíduo vive sua saúde e sua doença; e a relação entre os serviços, as políticas e os indivíduos e grupos, descrevendo e interpretando os modos de gerenciar a atenção, as causas, a prevenção, incorporando a idéia de qualidade a temas cotidianos, relacionados a estilos de vida.

Este bidirecionamento arrastou a discussão da questão da saúde dos “índices” (quantitativos) para a fala, com seus conteúdos e representações. Assim, a utilização de dados qualitativos para pesquisa na área de saúde passou a ser uma constante e a discussão sobre sua validade também, fazendo com que a garantia da validação deixasse de se colocar através da aferição de índices, ou da expressão estatística da coerência entre diferentes recortes do objeto dentro da pesquisa para tornar-se a

análise das relações do contexto com as ações, realizada a partir do enquadre de maior amplitude do problema de investigação. (ADORNO 1994)

3.1.3 O Discurso como Pensamento Coletivo

“Conhecer é dar sentido ao mundo”. Porém, os processos sócio-cognitivos que sustentam o conhecimento são dependentes da história, seja no âmbito individual ou nas formações discursivas próprias à cultura em que o homem se insere. Este conhecimento é traduzido em narrativas, que permitem a compreensão do conhecimento como produção de sentido. São as práticas discursivas, compreendidas como as diferentes maneiras que as pessoas, por meio do discurso, produzem realidades psicológicas e sociais, através do posicionamento destas perante os dados, as teorias e as outras pessoas. (SPINK 1994)

O pressuposto qualitativo parte deste princípio, que “o pensamento de uma coletividade é o conjunto de representações geradas nas práticas discursivas, presentes numa dada formação social, num dado momento histórico, do qual as pessoas que vivem nesta sociedade lançam mão para pensar ou expressar seus pensamentos sobre os temas em questão nesta sociedade”. (LEFÈVRE 2000 a, 2000c)

Para o resgate da fala do social pela análise dos discursos de cada indivíduo, a figura do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE 2000 a, 2000c) é empregada, com o objetivo de criar um único discurso na primeira pessoa, através da incorporação de vários discursos semelhantes ou complementares, de modo que o resultado fique o mais próximo do pensamento de uma coletividade.

Então, “falar em sujeitos implica em reconstruir um movimento que é tomado como coletivo, que se torna vivo através de palavras dos discursos dos indivíduos, que se constituem em sujeitos coletivos na medida que suas idéias exprimem a intencionalidade de muitos, consideradas as especificidades da sua inserção social.”

Assim, pode-se ver as práticas discursivas como uma via de duas mãos, onde o sujeito expressa-se individualmente para o mundo e ao mesmo tempo expressa a sociedade, a cultura à qual ele faz parte, e o Discurso do Sujeito Coletivo é a ferramenta utilizada para melhor entender esta expressão. (LEFÈVRE 2000 a, 2000c)

Neste trabalho, pretende-se conhecer o significado dado por um sujeito, representado pelas gestantes, a um objeto, representado pela saúde bucal e o atendimento odontológico, frente à necessidade de um estreitamento nesta relação sujeito-ambiente-tempo. Assim, a pesquisa qualitativa, com a abordagem da construção do Discurso do Sujeito Coletivo mostrou-se bastante adequada para a proposta deste estudo.

3.2 Local de Estudo

O município de Santo André – SP possui 22 postos de saúde que possuem atendimento odontológico. Apenas um dos postos possui atendimento para pacientes especiais, englobando também gestantes neste grupo. Além dos 22 postos de saúde com assistência odontológica, existem 3 unidades para “atendimento de urgências”, englobando também saúde bucal.

Todas as unidades possuem atendimento odontológico para crianças e adolescentes; alguns postos possuem também atendimento odontológico para bebês e adultos. A demanda diária é de 8 pacientes marcados por período, mais 2 pacientes atendidos em caráter emergencial, por profissional. As unidades trabalham com um ou dois dentistas, mais um auxiliar por período.

Nos postos onde não há atendimento odontológico para adultos, as gestantes não adolescentes, ou seja, maiores de 19 anos, entram no atendimento emergencial. Contudo, estas vagas são pouco procuradas por gestantes, apesar das unidades oferecerem assistência pré-natal também, facilitando o acesso ao serviço.

O município implantou o Programa Bem Nascer, com palestras educativas sobre saúde geral voltadas para gestantes, com acompanhamento até o primeiro ano de vida da criança, incluindo orientação sobre saúde bucal. O Programa caminha de forma distinta em cada posto, sendo melhor implementado em alguns postos que em outros. Porém, a responsabilidade pelo funcionamento do programa é do próprio pessoal da unidade, o que compromete, muitas vezes, o atendimento básico, uma vez que o profissional odontológico precisa marcar menos pacientes para trabalhar no programa.

Contudo, mesmo nos postos onde ocorrem mais reuniões com as gestantes, a demanda do atendimento odontológico é espontânea, ou seja, as gestantes que são atendidas procuraram o serviço por iniciativa própria.

Dentro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Programa de Saúde da Família do município de Santo André – S.P., as gestantes compõe um grupo específico de população alvo, onde o objetivo é promover educação e prevenção, visando melhores condições de Saúde Bucal às pessoas e às famílias (2001). A metodologia do programa esta baseada em oficinas e dinâmicas em grupos para troca de informações, além de demonstrações práticas de evidenciação de placa bacteriana, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor. Este programa está em desenvolvimento no município.

3.3 População de Estudo

A partir do consentimento da Secretaria de Saúde Municipal de Santo André (Anexo 1) , foram visitadas 12 unidades de saúde que possuem atendimento odontológico e assistência pré-natal (Anexo 2). As unidades de pronto-atendimento não foram incluídas no estudo.

As gestantes foram selecionadas a partir de um questionário sobre sua saúde bucal, denominado “Ficha de Pesquisa Preliminar” (Anexo 3), que incluía os seguintes dados:

- Idade da gestante – alguns centros de saúde apresentam atendimento odontológico apenas a adolescentes (10anos - 19 anos/11 meses) ; então, nestes locais, apenas gestantes adolescentes foram selecionadas (Anexo 2);
- Idade gestacional – primeiro, segundo ou terceiro trimestre;
- Número de visitas ao obstetra para cuidados pré-natais, até a data da entrevista;
- Número de gestações anteriores e histórico de aleitamento materno;
- Data aproximada, local e motivo da última visita ao dentista;
- Ocupação das mulheres;
- Grau de escolaridade.

O fator levado em conta na escolha da amostra foi o histórico odontológico da mulher. A gestante, necessariamente, deveria relatar, através da “Ficha de Pesquisa Preliminar” (Anexo 3) algum envolvimento bucal que justificasse a procura por atendimento odontológico e não poderia estar sob tratamento odontológico durante o período gestacional. Após a seleção, foi salientada às gestantes a importância deste estudo e solicitada, então, a assinatura do “Termo de Consentimento” (Anexo 4), que foi lido e explicado pela pesquisadora.

Com o intuito de selecionar uma amostra para a pesquisa capaz de fornecer dados ricos, interessantes e suficientes para compor e reconstituir o universo do pensamento das mulheres sobre o atendimento odontológico e a relação dos problemas bucais com a gravidez, procurou-se mesclar mulheres em todas as fases da gestação, com idades diferentes, número de gestações anteriores diversas, assim como grau de escolaridade e ocupação.

3.3.1 Perfil da Amostra

Foram selecionadas 23 gestantes, entre 14 e 40 anos, com idade média de 25 anos, moradoras do município de Santo André – S.P.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes selecionadas segundo período gestacional
Santo André, SP, 2002

PERÍODO GESTACIONAL	N	%
1º trimestre	1	4,35
2º trimestre	8	34,78
3º trimestre	14	60,87
TOTAL	23	100,00

Tabela 2 - Distribuição das gestantes selecionadas por número de gestações anteriores
Santo André, SP, 2002

NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES	N	%
0	12	52,18
1	3	13,04
2	4	17,39
3	4	17,39
TOTAL	23	100,00

Tabela 3 - Distribuição das gestantes selecionadas segundo escolaridade
Santo André, SP, 2002

ESCOLARIDADE	N	%
1º grau incompleto	10	43,48
1º grau completo	1	4,35
2º grau incompleto	5	21,74
2º grau completo	7	30,43
TOTAL	23	100,00

Tabela 4 - Distribuição das gestantes selecionadas segundo ocupação
Santo André, SP, 2002

OCUPAÇÃO	N	%
Estudante	1	4,35
Dona de casa	1	4,35
Trabalhadora registrada	3	13,04
Sem atividade	6	26,09
Desempregada	12	52,17
TOTAL	23	100,00

3.4 Coleta dos Dados

O instrumento para a coleta dos dados da pesquisa foi a entrevista aberta onde o entrevistado pode falar livremente sobre o assunto proposto, sendo semi-estruturada por um roteiro de questões a serem pontuadas durante a entrevista. As duas questões do “Roteiro de Entrevista” (Anexo 5), testadas antes de sua utilização, estão descritas abaixo:

- ◆ Questão 1 – Você acabou de me contar que você tem alguns probleminhas, mas apesar disso você não procurou uma consulta com o dentista, não é? Então me fale um pouco sobre isso.
- ◆ Questão 2 – Você acha que mulher que fica grávida fica com mais problema nos dentes e na boca? Fale-me um pouco sobre isso.

As gestantes foram entrevistadas pela própria pesquisadora, no período de abril a junho de 2002, nas dependências das unidades de saúde enquanto aguardavam a consulta, ou após saírem dela, conforme a comodidade para as mesmas. As perguntas e respostas foram verbais e foi feita uma gravação de todas as entrevistas em fita magnética, marca Maxell, de 60 minutos de duração, utilizando-se um gravador de marca Panasonic, levado pela pesquisadora. Optou-se por gravar as entrevistas em fita magnética para que o conteúdo discursivo não fosse perdido durante as anotações das falas.

As entrevistas tiveram uma duração média de 10 minutos, entre preenchimento da “Ficha de Pesquisa Preliminar” (Anexo 3), assinatura do “Termo de Consentimento” (Anexo 4) e a entrevista propriamente dita. Após a entrevista, as dúvidas das gestantes sobre atendimento odontológico, higiene bucal da mulher e do bebê e saúde bucal em geral foram esclarecidas pela própria pesquisadora. Este esclarecimento teve duração variável, dependente do questionamento e do tempo disponível da gestante.

3.5 Transcrição das Entrevistas

Após a coleta dos dados, os depoimentos foram ouvidos algumas vezes, para que se tivesse uma idéia geral dos temas. Utilizou-se um processador de texto em microcomputador para a transcrição das entrevistas, que foi feita de forma integral, literal, procurando-se manter a maior fidelidade possível às expressões, termos e conteúdos paraverbais (entonação, ênfase, pausas) usados pelas entrevistadas (Anexo 6).

3.6 Tabulação dos Dados

Após a transcrição das entrevistas, iniciou-se a tabulação dos dados onde foram feitas análises de cada entrevista, procurando-se encontrar as figuras

metodológicas que permitem a construção do Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por LEFÈVRE (2000b, 2000c, 2000d).

As figuras metodológicas são:

Expressões – Chave: trechos contínuos ou descontínuos mais significativos dos depoimentos, que representam a essência do pensamento da locutora frente à questão proposta e que servem como base para a identificação de uma ou mais Idéias Centrais. Costumam ser concretas, expressivas, descritivas, abundantes e constituem a matéria-prima para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo.

Idéia Central: nomes ou expressões lingüísticas que revelam, da maneira mais sintética possível, o sentido e o tema de cada discurso coletado. Costumam ser abstratas, conceituais, sintéticas e poucas e determinam o número de DSC a serem construídos, uma vez que para cada Idéia Central constroem-se um Discurso do Sujeito Coletivo.

As Idéias Centrais são “o quê” se quis dizer e as Expressões – Chave são “como” foi dito.

Discurso do Sujeito Coletivo: a partir da reunião das Expressões-Chave com a mesma Idéia Central constroem-se o(s) discurso (s), que é tido como a reunião de todas as possibilidades imaginárias oferecidas por um coletivo em relação a um determinado objeto, num dado tempo histórico. O(s) Discurso(s) do Sujeito Coletivo obtido(s) representa(m) o discurso de todos no discurso de um.

Assim, o grupo de gestantes em assistência pré-natal em postos de saúde do município de Santo André – S.P. representa o sujeito coletivo; enquanto a não procura por atendimento odontológico e a relação dos problemas bucais com a gestação representam o objeto a ser discutido.

A análise dos dados seguiu três passos denominados Instrumentos de Análise de Discurso (IAD) que recebem uma numeração e permitem que sejam resgatadas as representações sociais de cada uma das duas questões da entrevista. Para um melhor

entendimento, os IAD 1,2 e 3 aparecem aplicados primeiro para a questão nº 1 e em seguida para a questão nº 2.

3.6.1 Instrumento de Análise de Discurso 1 – IAD1

Utilizou-se o IAD1 para cada questão de cada entrevista, denominados:

- ◆ IAD 1-1: para a questão 1 (Anexo 7);
- ◆ IAD 1-2: para a questão 2 (Anexo 8).

Cada entrevista recebeu um código E.1, E.2, E.3 até E.23. Diversas releituras foram feitas, procurando-se extrair de cada resposta trechos mais significativos dos depoimentos, que representem a essência do pensamento da locutora frente à questão proposta. Desta forma, obteve-se as Expressões-Chave, que foram destacadas em negrito e serviram como base para a identificação de uma ou mais Idéias Centrais, compreendidas por nomes ou expressões linguísticas que revelam de maneira sintética o sentido de cada Expressão-Chave, de cada discurso coletado.

3.6.2 Instrumento de Análise de Discurso 2 – IAD2

Em seguida, foram criados dois IAD2, um para cada questão da entrevista.

- ◆ IAD 2-1 – para a questão 1 (Anexo 9 - Quadro II);
- ◆ IAD 2-2 – para a questão 2 (Anexo 10 - Quadro III).

Em cada um deles, foram colocadas todas as Expressões-Chave selecionadas nos IAD1 (Anexos 7,8) e suas respectivas Idéias Centrais, para cada um dos depoimentos, com total resgate da literalidade das falas.

3.6.3 Instrumento de Análise de Discurso 3 – IAD3

O último passo, designado de IAD3, foi a junção de todas as Idéias Centrais iguais ou complementares e suas respectivas Expressões – Chave (dispostas nos

IAD2) em agrupamentos. Para cada agrupamento de Idéia Central semelhante foi construído um IAD3 .

Para a questão 1 foram resgatadas seis Idéias Centrais distintas, originando seis IAD3 (Quadros IV; V; VI; VII, VIII, IX em Anexo 11) e conseqüentemente seis Discursos do Sujeito Coletivo diferentes, criados a partir da junção de todas as Expressões – Chave referentes à mesma Idéia Central.

Para a questão 2 foram resgatadas três Idéias Centrais distintas, originando assim três IAD3 (Quadros X; XI, XII em Anexo 12) e conseqüentemente três Discursos do Sujeito Coletivo diferentes, criados a partir da junção de todas as Expressões – Chave referentes à mesma Idéia Central.

É importante colocar que, na construção dos diferentes Discursos do Sujeito Coletivo, em momento algum, foram introduzidas quaisquer idéias que não tenham sido descritas nos depoimentos coletados. Os trechos selecionados são transcritos literalmente dos depoimentos individuais, ligados por operações retóricas que objetivam apenas melhorar o discurso final, através da montagem das Expressões-Chave, que constituem elementos separados, em um único discurso, uma única fala, harmônica e coerente. A inserção de conectivos e sinais de pontuação, a eliminação de termos e expressões repetitivas, assim como a disposição dos trechos indo do mais geral para o mais particular, devem resultar num discurso que dê a sensação de uma história sendo contada por uma única pessoa, com começo, meio e fim.

Assim, os Discursos do Sujeito Coletivo aqui demonstrados representam a reunião de todas as possibilidades imaginárias oferecidas por um grupo de gestantes, atendidas em postos de saúde do município de Santo André, S.P., sobre a ausência de procura destas por atendimento odontológico e a relação da gravidez com os problemas de boca, representando o discurso de todos no discurso de um.

3.7 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida, previamente, ao seu início, à inspeção e aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo 13).

Após a entrevista, as gestantes foram orientadas sobre a importância da manutenção da saúde bucal através de corretos hábitos de higiene bucal, bem como noções de higiene e prevenção de problemas bucais a serem dispensados à criança, principalmente a partir do nascimento dos primeiros dentes. Elas também receberam orientação de procurarem serviços odontológicos para tratamento da doença bucal existente, sendo enfatizadas as possíveis conseqüências dos problemas bucais sem tratamento adequado durante a gestação.

Todas as mulheres entrevistadas terão seu anonimato garantido e a segurança do sigilo dos dados, segundo o Termo de Consentimento (Anexo 4).

4. RESULTADOS

A pesquisa qualitativa que utiliza instrumentos discursivos de tabulação de dados mantém a natureza discursiva do pensar do sujeito sobre o objeto em seu resultado final, uma vez que sintetiza este pensar sob a forma de discurso também. (LEFÈVRE 1999)

Assim, o pensar das gestantes sobre os temas propostos, motivo da não procura por atendimento odontológico e aparecimento de problemas bucais durante a gestação, será apresentado em forma de discursos.

Abaixo seguem os Discursos do Sujeito Coletivo resgatados para cada tema proposto.

Questão 1 – Você acabou de me contar que você tem alguns probleminhas, mas apesar disso você não procurou uma consulta com o dentista, não é? Então me fale um pouco sobre isso.

IDÉIA CENTRAL 1: eu não procurei o dentista porque não pode fazer tratamento quando se está grávida.

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 1 – Questão 1

“Eu sempre fiquei sabendo que quando tá grávida, não se deve ir no dentista. Dizem que não pode mesmo, nem procurar o dentista., não pode. As pessoas falam que não pode tomar anestesia, nem fazer obturação. O pessoal mais velho diz que não é bom mexer com dente na gestação, porque dá hemorragia. A minha mãe também fala. Até um dentista, uma vez, falou que não era bom tomá anestesia ou coisa parecida, porque eu tava grávida.

Antes de eu engravidar, eu tava fazendo tratamento, só que aí eu tive que parar, porque eu acho que não é bom, né, quando tá grávida, fazer essas coisa assim. Eu pensei que eu não podia continuar, né? Eu desisti, não procurei mais; mesmo ela falando que podia, eu ainda fiquei meio assim, com medo da anestesia prejudicar o nenê.

Sabe, eu tenho que tratar: tem um dente prá extrair, meus dentes tá tudo mole, tudo o que eu como tá doendo agora; eu não posso comer doce e quando pega coisa gelada, quente, dá aquele choque. Eu tenho vontade de passar, que meus dentes tá doendo muito. Mas, eu fiquei esperando ganhar nenê, passar a gestação prá depois ir atrás. E agora eu fiquei sabendo que é um erro pensar que eu não posso tratar, fiquei sabendo que pode ir.”

IDÉIA CENTRAL 2: eu não consegui tratar no posto de saúde.

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 2 - Questão 1

“Ah, eu não tratei porque é difícil, né? Conseguir marcar dentista por aqui é muito difícil. Assim, vamos supor, você marca hoje e só vai passá daqui a 2 meses, 3 meses. Até lá o seu dente não tá mais doendo.

Olha, eu tentei no SUS e não tinha vaga. Aqui no posto, eu também tentei e não consegui. Quando eu cheguei já era um pouco tarde. Era prá ligar, mas eu não sei se tem vaga. Se tiver vaga eu tenho que tratar. E as outras vezes que eu procurei não tinha vaga, tinha muita gente prá passar e elas não pegaram. Mandaram eu voltar outro dia. Lá no outro posto eu cheguei até a ir, mas elas não quiseram mexer por causa da gravidez, né? E ela também falou assim: ah, se você quiser tratar, você é que sabe. Só que isso a gente não faz, porque só particular, né, que faz tratamento de canal. Então, particular você consegue, mas assim, no governo, aqui mesmo, eu falei mas não consegui. Esse que é o problema...”

IDÉIA CENTRAL 3: eu não procurei o dentista por causa das condições financeiras.

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 3 - Questão 1

“Eu não procurei o dentista porque é difícil, né? Não fui por causa das condições: porque eu pago aluguel, não tô trabalhando e meu marido tá desempregado. Particular você consegue, mas no posto eu nem procurei. E agora eu

não tenho condições de fazer porque é muito caro, né? Eles acham várias coisas; a gente pensa que tem uma coisa só, mas eles acabam achando várias coisas e eu não tive possibilidade mesmo. Mas assim que meu marido conseguir um emprego, aí eu vou fazer limpeza, obturá, fazer o que precisa.”

IDÉIA CENTRAL 4: eu não procurei o dentista por descuido, achei que não precisava

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 4 - Questão 1

“Eu não fui procurar o dentista por descuido. É que normalmente, a maioria das pessoas que eu conheço que fica grávida diz que tem esse problema de sangramento, mas depois volta ao normal. Então, os outro falou que não precisava, que era só da gravidez mesmo. Aí, eu não procurei por coisa minha mesmo, eu também achei que não tinha necessidade, que não tinha problema não procurar.

Foi só descuido, mesmo. Fui deixando o tempo passar e agora não dá mais, né?”

IDÉIA CENTRAL 5: eu não procurei o dentista porque achei que eu não tinha problema na boca.

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 5 - Questão 1

“Ah, eu não procurei o dentista porque eu não sentia problema nenhum. Só sangra quando eu escovo; caso contrário não tem problema, nem dói. Então, eu não ligo prá isso, eu não me importo. Acho que não precisa procurar, não.”

IDÉIA CENTRAL 6: eu não procurei o dentista porque não tinha tempo.

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 6 - Questão 1

“Eu não procurei o dentista por causa de falta de tempo. Eu tenho uma menininha e nem tenho com quem deixar. Agora minha irmã vai me ajudar a olhar.”

Questão 2 – Você acha que mulher que fica grávida fica com mais problema nos dentes e na boca? Fale-me um pouco sobre isso.

IDÉIA CENTRAL 1: eu acho que a mulher, quando fica grávida, fica com mais problema na boca.

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 1 – Questão 2

“Depois que eu engravidei, eu senti diferença. Começô os probleminha: dor de dente e a gengiva ficá mais sensível. Senti que quando eu bato, assim, nos dentes da frente dói, e não doia antes. Geralmente, os dente estraga mais, ficam mais fracos. Meus dente piorô muito; até o dente que eu obturei que faz pouco tempo já tá caindo e tem um dente também que tá furando. Cada gravidez minha vai embora 3, 4 dentes. Meu dente caiu inteiro, sozinho. Minha gengiva tá sangrando também, depois que eu engravidei.

Não sei o que dá nos dente, na boca, por causa da gravidez. Acho que é o nenê que rouba as vitamina, né? Tá sujeita à falta de cálcio que o nenê puxa; então, acho que a gestante fica com menos cálcio e vitamina. E tem o leite também, pois a mulher gasta 900 calorias por causa da força dos dentes.

Eu não sei porque acontece, mas meus dente começô a ficá assim depois que eu engravidei. Não que seja uma coisa ruim. É normal, assim, né?”

IDÉIA CENTRAL 2: eu acho que a mulher, quando fica grávida, não fica com mais problema na boca.

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 2 – Questão 2

“Ah, eu acho que não. Eu nunca ouvi falar nada disso. Eu acho que é normal, eu não notei nada diferente, não senti nada. Eu só tô sentindo essa dor, mas não..”.

IDÉIA CENTRAL 3: eu não sei se a mulher, quando fica grávida, fica com mais problema na boca. Depende...

Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 3 - Questão 2

“Ah, depende... Muita gente tem os problema, mas tem outras que não tem. Muitas mulheres falô prá mim que sempre na gravidez dá algum problema no dente, eles começam a doer. Eu não sei porque é a minha primeira gestação. Eu não notei, assim, até agora, pelo menos na minha gestação. Como eu já tinha de começo, e então resolvi não tratá, deu no que deu... Mas esse dente meu não foi por causa da gravidez, porque antes de eu ficar grávida, eu já tinha ele ruim, né? Mas eu já ouvi falar de casos que aconteceram. Por exemplo, a minha irmã piorou, no caso dela, mas a minha não piorou.”

5. DISCUSSÃO

A gravidez representa uma verdadeira revolução física e emocional induzida pelos hormônios gestacionais. A mulher apresenta-se emocionalmente instável, ficando vulnerável a crenças populares que a levam a um estado de ansiedade devido à preocupação com a exposição de seu corpo e de seu filho a situações de risco (SCAVUZZI et al. 1999a). É comum acreditarem que o tratamento odontológico pode causar danos à mulher e à criança, devido à anestesia, tomada radiográfica ou o tratamento em si e que a gravidez estraga os dentes. (BERND et al. 1992, MEDEIROS 1993; MENINO e BIJELLA. 1995)

A cárie dental, que é colocada pela população como uma seqüela da gravidez, foi estudada por ZISKIN (1926), onde não foram encontradas evidências de sua relação direta com a gravidez. LITTNER et al. (1984) e SCAVUZZI et al.(1999b, 1999c) reforçaram esta conclusão, apontando que a prevalência da cárie não sofre influência nem do número de gestações, nem do curso da gravidez. Ainda, Deakins e Lobby (1943) citados por LITTNER et al. (1984) não encontraram diferença na composição química da dentina e esmalte de dentes extraídos de pacientes grávidas e não grávidas e NASCIMENTO e LOPES (1996) colocam que o baixo pH salivar da gestante, assim como o enjôo matinal, seguido ou não de vômito, não afetam diretamente o aparecimento de novas cáries; além de a capacidade tampão da saliva da mulher ser normal. Já NARVAI (1984) encontrou um valor para o índice CPO (25,88), em gestantes, muito maior que o valor (18,21) observado por PINTO (1975). sendo que estas apresentavam, em média, três dentes com alterações pulpares e provavelmente lesões inflamatórias periapicais crônicas.

Contudo, LITTNER et al. (1984) sugerem que a higiene bucal precária, associada a uma dieta rica em carboidratos, mais o temor em procurar o dentista durante a gestação podem influenciar no aparecimento de novas cáries em gestantes.

Ainda como um agravante para a situação, a incidência da gravidez entre adolescentes (12 a 19 anos) tem aumentado nitidamente nas últimas décadas, em relação às anteriores (Darzé 1980 citado por NASCIMENTO e LOPES 1996). É nesta mesma faixa etária que ocorre um aumento na quantidade de cárie dentária, presente na dentição permanente recém – erupcionada. Juntando esta coincidência da

faixa etária com fatores predisponentes para doenças bucais presentes na gravidez, o grupo das adolescentes gestantes torna-se um grupo extremamente importante do ponto de vista preventivo. Na presente pesquisa, 6 gestantes (26,08%) integram a faixa etária de 14 a 19 anos (Anexo 6).

NASCIMENTO e LOPES (1996) apontam, ainda, que a frequência do consumo de carboidratos parece ser mais importante no aparecimento da cárie dentária que a quantidade e o tipo de açúcar ingerido.

Oliveira (1990) citado por NASCIMENTO e LOPES (1996) e DEUTSCH et al. (2002) afirmam que a paciente grávida apresenta um decréscimo na capacidade fisiológica do estômago devido à diminuição do metabolismo do aparelho digestivo, devendo ingerir menos quantidade de alimentos, porém mais frequentemente. NASCIMENTO e LOPES (1996) complementam que suas refeições com alimentos que podem ser altamente cariogênicos tornam-se hábitos constantes, sem contudo haver um ajuste no número de escovações diárias.

MEDEIROS (1993) coloca o controle da dieta, com uma diminuição do consumo de alimentos açucarados, como um dos fatores de prevenção do aparecimento de novas lesões cáries no período gestacional.

Já a crença que a gengiva sangra mais na gravidez foi fundamentada por LÖE e SILNESS (1963), SILNESS e LÖE (1964, 1965), COHEN et al.(1969, 1971), ADAMS et al.(1974); SAMANT et al.(1976); LITTNER et al.(1984) demonstrando que a gengivite, clinicamente, é agravada durante a gestação, principalmente no segundo mês de gravidez, aumentando a severidade até o oitavo mês, com melhora no nono mês e pós-parto. Esta inflamação acentuada pode estar relacionada à influência das mudanças fisiológicas no metabolismo hormonal da gravidez sobre a gengiva, quando há um aumento na produção de progesterona, andrógenos e hormônios gestacionais (ZISKIN e NESSE 1946; HUGOSON 1970; EL ALATTAR e HUGOSON 1974; OJANOTKO et al. 1980; DEUTSCH et al. 2002) e mudanças, também, na resposta imunológica da gestante, uma vez que ocorre uma diminuição na resposta dos linfócitos T a fatores antigênicos, principalmente até a trigésima semana de gestação(O'NEIL 1979).

Há ainda uma tendência proliferativa das células do epitélio e tecido conjuntivo de gestantes (MAIER e ORBAN 1949) podendo originar o granuloma

gravídico, que é considerado uma extensão da hiperplasia inflamatória da gengivite agravada pelas alterações hormonais comuns do período; surge por volta do terceiro mês de gravidez, tem um crescimento rápido e, dependendo da extensão, deve ser removido durante a gestação (FALABELLA e FALABELLA 1994). Ainda, ROSELL et al.(1999) e LÖE e SILNESS (1963) encontraram alteração gengival em 100% das gestantes avaliadas em seus estudos, mostrando a necessidade de avaliação e tratamento odontológicos em gestantes; entretanto, com uma melhora na rotina de higiene bucal, grande parte da condição inflamatória gengival regride (SILNESS e LÖE 1965), sem maior comprometimento do periodonto de sustentação (COHEN et al. 1969, 1971). Na presente pesquisa, 18 gestantes (78,26%) relataram sangramento na gengiva (Anexo 6).

A representação do DSC 4-1 mostra que este conhecimento sobre o aumento do sangramento gengival durante a gravidez, mesmo que distorcido, está arraigado no pensamento popular, uma vez que a gestante não procurou o dentista pois *“a maioria das pessoas que fica grávida tem esse problema de sangramento, mas depois volta ao normal; é só da gravidez mesmo”*. Assim, o sangramento é apontado como uma característica da gestação, que no pensar das gestantes, sai de seu corpo assim como o seu filho. Entretanto, a gestação não é o fator etiológico da doença e sim um fator agravante de uma inflamação gengival pré-existente (ZISKIN e NESSE 1946; MAIER e ORBAN 1949). Ainda mais assustadora é a representação do DSC 5-1, onde a gestante não sente que tem um problema bucal; mesmo quando ele está presente. O relato *“só sangra quando eu escovo”* e por isso *“não há problema”* só vem confirmar a falta de informação da população sobre saúde bucal. Ainda no DSC 4-1, a gestante reconhece a alteração patológica representada pelo sangramento, mas no DSC 5-1, este sangramento é parte integrante de seu corpo, esteja ele em situação gravídica ou não. Durante a seleção da amostra, quando perguntadas *“você tem algum problema na boca?”* (Anexo 3), 6 gestantes, ou seja, 26,08% delas responderam *“não”*; porém 18 delas (78,26%) relataram sangramento gengival. Este número alto só reforça a falta de percepção do problema periodontal no meio estudado.

Quanto à percepção de saúde bucal, MENINO e BIJELLA (1995) mostraram que 91,3% das gestantes entrevistadas em seu estudo acreditam que os problemas de

boca não afetam a saúde da mulher e 50% não acham que a gravidez possa causar problemas bucais.

A percepção da relação dos problemas bucais com a gravidez apresentou-se de três formas distintas nos resultados desta pesquisa. O DSC 1-2 representa a gestante que acredita no surgimento de problemas bucais durante a gestação e aponta o seu próprio problema como exemplo. Os dentes ficarem mais fracos, estragarem mais facilmente, gerando dores antes inexistentes e a gengiva ficar mais sensível, inchar e sangrar e, no final, a inevitável perda do dente são os principais problemas apontados pelas gestantes. E como principal vilão desta história está o bebê, que “rouba cálcio e vitamina da mãe”, seguido do leite que “faz a mulher ficar mais fraca”. E o mais impressionante é o conformismo com a situação, pois depois do surgimento de todas estas alterações na boca, a gestante conclui “*não que seja uma coisa ruim; é normal, né?*”. Ainda de acordo com o estudo de MENINO e BIJELLA (1995), o DSC 2-2 nos mostra uma segunda representação social, onde a mulher não encontra relação da gestação com os problemas bucais, nem em sua experiência de gestante, nem na crença popular. SCAVUZZI et al. (1999c) reforçam esta representação, onde concluem em seu estudo que não há aumento na prevalência de cárie e doença periodontal durante a gestação. Já uma terceira representação social está demonstrada no DSC 3-2, que aponta uma mistura dos dois pensamentos anteriores. Esta gestante apresenta problemas na boca, reconhece estas alterações, porém não estabeleceu relação destas com a gravidez, mesmo ela já tendo o pressuposto que esta relação existe; baseado em experiências de pessoas próximas a ela. Existe um vão entre a sua experiência e a crença popular; ou porque ela está em sua primeira gestação, portanto com pouca experiência; ou porque ela já tinha o problema antes de engravidar, não sendo uma consequência da gestação; ou talvez porque ela nunca tenha refletido a respeito disso e sua opinião ainda não está formada. Enfim, esta gestante conforma-se e convive com o problema, seja ele originado pela gestação ou não.

NARVAI (1984) encontrou em seu estudo, em média, três dentes com alterações pulpares e provavelmente lesões inflamatórias periapicais crônicas alertando sobre a presença de focos infecciosos dentais como contribuinte para a diminuição da resistência orgânica, particularmente em organismos já debilitados por

outros processos patológicos, biológicos e/ou sociais, como por exemplo a gravidez. Associando-se a gestação às precárias condições gerais de vida da maioria da população, o rebaixamento da resistência orgânica tem um impacto bastante desfavorável no processo saúde – doença. Na presente pesquisa, 14 gestantes (60,87%) relataram no preenchimento da “Ficha de Pesquisa Preliminar” (Anexo 3) que estão com pelo menos um dente quebrado ou estragado e/ou doendo (Anexo 6). Este número vem somar-se à preocupação de NARVAI (1984), pois algumas dessas gestantes podem estar apresentando lesões inflamatórias crônicas, assim como algumas delas relataram mudança no hábito alimentar por causa dos problemas bucais, podendo comprometer a nutrição necessária para este período.

Reforçando esta idéia, OFFENBACHER et al.(1996), DASANAYAKE (1998) e SILVA (2002) colocam a doença periodontal avançada, causada por bactérias anaeróbias Gram-negativas, como um possível fator de risco para o nascimento de bebês prematuros com baixo peso corporal, devido à grande quantidade de lipopolissacarídeos e mediadores da inflamação (prostaglandinas), produzidos por esses patógenos, que induzem a contração, dilatação cervical e o parto.

Sob o ponto de vista preventivo, o papel da mulher dentro da estrutura familiar e sua influência na saúde de seus filhos passou a ser objeto de muitos estudos. É no meio familiar que inicia-se o desenvolvimento da personalidade, dos hábitos e costumes, inclusive os hábitos de higiene. (COSTA et al. 1998). Uma vez que padrões de comportamento dos filhos apreendidos durante a infância são fortemente arraigados e resistentes a mudanças, sendo a mãe o modelo desta estrutura de orientação para as crianças, as gestantes devem, então, ser vistas como um ponto chave na prevenção de doenças bucais das crianças, a partir de um atendimento odontológico voltado para a orientação e promoção de saúde (BLINKHORN 1981, JAGO 1984, SARNAT 1984, MENINO e BIJELLA 1995, CORSETTI et al. 1998, COSTA et al. 1998; SCAVUZZI e ROCHA 1999a, ROSELL et al. 1999).

BLINKHORN (1981) aponta, ainda, que este padrão de comportamento é mais evidente nos hábitos alimentares e de promoção de saúde; atentando para a importância do dentista na educação e motivação das gestantes para o

estabelecimento de hábitos saudáveis como medida preventiva de doenças bucais comuns na infância.

SARNAT et al. (1984) ressaltam que quanto mais positiva a atitude da mãe em relação a sua própria saúde bucal e a de seus filhos, melhores as condições bucais de ambos, concluindo que as mães exercem uma influência de forma dominante na determinação do estilo de vida da criança na fase pré-escolar.

EDWARDS e ROWNTREE (1969); JAGO (1984) e SCAVUZZI et al. (1999b, 1999c) consideram as gestantes um grupo estratégico, devido à sua importância na promoção de saúde bucal das crianças. HOLT et al. (1984) demonstram que crianças com 5 anos de idade, cujas mães receberam informações educativas em casa sobre saúde bucal, desde os primeiros meses de vida da criança, apresentam melhores condições bucais, quando comparadas a crianças de mesma idade cujas mães não receberam nenhum tipo de informação.

As mães são as principais responsáveis pela transmissão da bactéria causadora da cárie, *Streptococcus mutans*, para seus filhos, com idade de 0 a 3 anos, tornando as crianças vulneráveis à doença (KÖHLER et al. 1984; LI e CAUFIELD 1994). Esta contaminação ocorre a partir de contatos frequentes entre a mãe e a criança, como o uso de mesmo talher, pelo hábito da mãe “limpar” a chupeta ou o bico da mamadeira na sua própria boca e até por beijinhos na boca (SILVA 2002). Em contrapartida, a supressão destas bactérias nas mães resulta em um retardo na colonização em seus filhos, diminuindo assim o risco de aparecimento de cáries nestes. (SARNAT 1984; MEDEIROS 1993; LI e CAUFIELD 1994; TORRES 1999; SCAVUZZI et al. 1999a) Desta forma, fica claro que o caminho ideal para se diminuir a transmissão destas bactérias de mãe para filho é pelo restabelecimento da saúde bucal da mãe, através de tratamentos curativos e preventivos; este caminho traz benefícios a ambos, pois mantém-se não só a saúde bucal de mãe e filho, mas a saúde da relação entre os dois. É inadmissível a idéia de se preconizar a diminuição do contato caloroso e confortante da mãe, expresso por beijinhos, uma vez que este ato só soma segurança, bem-estar e prazer ao bebê.

Ao depararmos com o fato de, na presente pesquisa, 11 gestantes (47,82%) já possuírem pelo menos um filho em casa (Anexo 6), torna-se clara a necessidade de atuação de forma preventiva sobre estas mulheres.

Ainda sob o aspecto preventivo, OLIVEIRA et al. (1990) apontam a nutrição e a desnutrição como fatores desencadeantes e/ou agravantes do aparecimento de doenças bucais em crianças, uma vez que o processo de calcificação dos dentes decíduos inicia-se a partir do quarto mês de vida intra-uterina e desta forma, a nutrição da gestante deve ser um objeto de atenção dos profissionais de saúde. A motivação ao aleitamento materno também faz parte deste programa de atenção voltado para a nutrição, sendo que ele é o melhor alimento nos primeiros seis meses de vida extra-uterina, em termos nutricional, imunológico e preventivo de doenças da cavidade bucal, principalmente cáries e má oclusões. As gestantes integrantes desta pesquisa, quando questionadas (Anexo 3) sobre a intenção e o motivo de amamentar seu bebê, foram unânimes em afirmar a intenção de amamentá-los; quanto ao motivo, a maioria delas afirmou que “*é bom e faz bem para o nenê*”, porém uma delas justificou que “*costuma ter bastante leite*”, outra justificou que é “*por obrigação*” e 3 delas não sabiam o motivo (Anexo 6). Assim, a motivação ao aleitamento materno deve sempre fazer parte da assistência pré-natal e o dentista tem um papel fundamental nesta campanha.

MEDEIROS (1993) salienta ainda o controle da dieta durante a gestação como um importante fator no controle da cárie dental da mulher e uma diminuição no consumo de carboidratos ajuda também no controle do aumento de peso da gestante. O autor cita, ainda, o documento “Saúde para todos no Ano 2000” da Organização Mundial de Saúde onde é preconizada a necessidade da gestante de desenvolver bons hábitos alimentares durante o período gestacional, evitando produtos açucarados. A partir do conhecimento que o desenvolvimento do paladar do bebê começa a se formar no quarto mês de vida intra-uterina, acredita-se que se a mãe comer muito açúcar, a criança deverá também, gostar mais de alimentos doces.

Analisando ainda os hábitos da mãe, deve-se considerar que o período de gestação leva as mulheres a aumentarem o consumo de açúcar, levando a um aumento na formação da placa bacteriana. Além disso, as mulheres não tem consciência dos danos que podem ser causados na saúde bucal de seus filhos com o uso indevido de açúcar no preparo do leite, o uso indevido da mamadeira e a falta de orientação às crianças sobre hábitos de higiene bucal (BLINKHORN 1981, CORSETTI et al. 1998, TORRES 1999); assim como o conhecimento das gestantes

sobre a importância da manutenção de sua própria saúde como fator determinante da saúde de seu filho ainda é precário (OSIS 1993).

Contudo, acredita-se que pais e mães apresentam-se mais receptivos a informações na fase da gestação que em outras fases da vida, além de possuírem mais tempo para participação em grupos de programas preventivos (BERND et al. 1992; MEDEIROS 1993, MENINO e BIJELLA 1995; COSTA et al. 1998; TORRES 1999). Entretanto, uma das representações sociais resgatada está no DSC 6-1 é a falta de tempo como justificativa para a não procura por atendimento odontológico. As mulheres primíparas, que constituem 52,18% desta amostra (Tabela 2), podem apresentar mais tempo disponível, tanto para participarem de grupos de programas preventivos quanto para o tratamento em si, porém aquelas que já tem filho(s) ficam muito mais atarefadas com a rotina de casa, além de já terem experiência de outra(s) gravidez, mostrando-se menos receptivas a novas informações, uma vez que já sabem como proceder em relação aos hábitos de higiene para com ela e com os filhos. Sobre educação em saúde, SCHEIN *et al.* (1991), CORSETTI et al. (1998), SCAVUZZI (1999a) sugerem que palestras orientadoras podem levar os pais a absorverem os conhecimentos sobre a importância da saúde bucal, mas não são suficientes para mudar os seus hábitos, devendo ser implantados programas continuados de reforço e motivação. DÍAZ – ROMERO e MARTÍNEZ – SÁNCHEZ (1998) sugerem ainda que este programa continuado deverá ter um caráter teórico – prático e um acompanhamento periódico por parte dos profissionais.

O tratamento odontológico às gestantes sempre foi visto pela população como desnecessário e até contra-indicado; o DSC 4-1 representa gestantes que não se importam com o problema que tem, mesmo sabendo que ele existe. O sangramento gengival apontado não representa um problema para elas, muito menos para o curso da gravidez. O depoimento “*os outro falou que não precisava*” (procurar o dentista); mostra a desinformação sobre saúde bucal não só do grupo, mas de toda a população.

BERND et al. (1992) e MENINO e BIJELLA (1995) colocam que um dos principais responsáveis pela criação da idéia que gestantes não podem receber atendimento odontológico é o próprio dentista. A representação no DSC 1-1 condiz com estas afirmações, pois entre as pessoas que dizem que a gestante não pode

receber tratamento odontológico, é relatado que *“até um dentista falou que não era bom tomá anestesia ou coisa parecida.”*

SILVA (2002) ressalta que muitos profissionais preferem se esquivar de atender gestantes, como aparece no DSC 2-1, quando a gestante procura atenção no posto e relata que *“elas não quiseram mexer por causa da gravidez.”* MEDEIROS (1989) e BERND et al. (1992) alertam sobre a divergência de idéias dos profissionais sobre percepção de saúde bucal e necessidade de tratamento da população. Este divergência fica clara no DSC 3-1, quando a gestante relata que, na procura por atendimento odontológico em consultório particular, o dentista *“acha várias coisas, a gente pensa que tem uma coisa só, mas eles acabam achando várias coisas”*, o que dificulta ainda mais a execução do tratamento particular, pois este fica mais demorado e, principalmente, mais oneroso.

Os medos relacionados ao tratamento odontológico também merecem muita atenção. O medo da anestesia tem fundamento científico, pois a placenta não constitui uma barreira suficientemente seletiva para evitar a exposição do feto à medicação anestésica e ao vasoconstritor; além da substância anestésica prilocaína ser contra-indicada no período por causar metemoglobinemia, dificultando o transporte de oxigênio aos tecidos e a substância vasoconstrictora felipressina, normalmente associada à prilocaína, pode causar contrações, acelerando o trabalho de parto. Contudo, outras substâncias anestésicas e vasoconstrictoras, quando usadas com cautela, não apresentam riscos à mãe, nem ao feto (Quadro I). Porém, esta contra-indicação ao tratamento odontológico estende-se de uma forma incompreensível pela população. Toda e qualquer intervenção odontológica parece ser contra-indicada na gestação, do ponto de vista das próprias gestantes; mesmo aquelas que não requerem administração de anestésicos. *“Não se pode fazer obturação, nem procurar o dentista, não pode”* (DSC 1-1), como se a presença do profissional já causasse algum dano à mulher ou ao feto. Porém, se levarmos em conta que o tratamento odontológico gera um nível de stress elevado em alguns pacientes, pode-se encontrar a origem da crença que *“não se pode nem mesmo procurar o dentista”* (DSC 1-1), uma vez que a figura do profissional já levaria a gestante a uma alteração em seu comportamento. Em casos em que a paciente tenha um medo extremo do dentista, SILVA (2002) sugere que as consultas sejam curtas,

de no máximo 30 minutos e que estabeleça-se uma relação bastante amigável e de confiança entre a gestante e o profissional.

As gestantes constituem um grupo com grandes dificuldades para conseguir assistência odontológica, no Brasil. NARVAI (1984) aponta duas causas básicas para esta dificuldade: a crença que mulher grávida não pode receber atendimento odontológico e a recusa de uma parte da classe profissional em prestar serviços a este grupo. Estas duas situações aparecem bem claramente nos DSC 1-1 e 2-1, respectivamente. A idéia central do DSC 1-1 é exatamente a mesma apontada por NARVAI (1984): a crença que a gestante não pode receber atendimento odontológico, reforçada inclusive pela classe odontológica, no relato *“até um dentista, uma vez, falou que não era bom tomar anestesia ou coisa parecida, porque eu tava grávida.”* Já no DSC 2-1 a gestante relata que chegou a ir até o posto, *“mas elas não quiseram mexer por causa da gravidez.”*

De uma maneira geral, o serviço odontológico é muito menos acessível que a assistência pré-natal. Dessa forma, a gestante dá-se por feliz em estar sendo atendida por um médico neste período, deixando de lado todo e qualquer outro problema de saúde que possa parecer insignificante à ela, incluindo assim o problema de natureza bucal. Na presente pesquisa, as gestantes relataram na “Ficha de Pesquisa Preliminar” (Anexo 3), um número médio de uma consulta com o obstetra a cada 42 dias, durante a gestação até o momento da pesquisa (Anexo 6), enquanto que nenhuma consulta com o dentista foi relatada, no mesmo período. Este perfil mostra a distância que estamos, no Brasil, em relação a uma assistência à saúde ideal, principalmente no âmbito bucal. Em seu estudo em Cotia – S.P., NARVAI (1984) observou que 6% das gestantes examinadas nunca tinham recebido qualquer cuidado odontológico.

No DSC 2-1, o motivo apontado pelas gestantes em não procurar atendimento odontológico é exatamente a inacessibilidade da população ao serviço. O problema maior nesta representação não é “o procurar”; e sim “o procurar e não encontrar”. As dificuldades vão desde o tempo de espera em longas listas, até a marcação do horário, às vezes, feita só por telefone, até a conquista de uma consulta que encerra-se com a dispensa da mulher, pois ela está grávida ou com a “colocação de um curativo”, pois o serviço não oferece tratamento de canal.

Entretanto, NARVAI (1984) aponta que, nos serviços públicos, há o reconhecimento da necessidade de atendimento odontológico às gestantes, porém, pouco ou nenhum esforço é empregado no sentido de curar e prevenir os males bucais neste grupo, assim como orientar sobre o significado de doenças crônicas como agravantes da saúde geral durante a gestação, parto e puerpério. O autor acredita no surgimento deste comportamento omissivo nos órgãos de planejamento dos níveis centrais das instituições de saúde que oferecem atendimento odontológico.

Este descaso com a saúde bucal nos órgãos públicos aparece refletido no DSC 3-1, onde a gestante nem cogita a idéia de procurar o atendimento odontológico público, já conhecendo as dificuldades que irá encontrar. Ela prefere esperar a sua situação financeira melhorar para procurar o atendimento particular.

Esta representação nos leva a uma alternativa para o problema da inacessibilidade do serviço odontológico público, que consiste na procura por atendimento em consultórios particulares. Contudo, esta alternativa não representa uma solução ao problema, pois a dificuldade agora não é conseguir a vaga, mas sim conseguir pagar o tratamento proposto. A grande maioria da população brasileira possui baixa renda, sendo que uma parte desta população vive em condições de miséria. Parece claro que, para este grande contingente que, às vezes, não possui condições de ter uma escova de dentes por elemento da família, o tratamento odontológico pago está totalmente fora de cogitação. Da amostra utilizada nesta pesquisa, apenas 3 gestantes (13,04%) possui emprego, comprovando a situação precária não só da saúde, mas da qualidade de vida, no Brasil.

Esta dificuldade na obtenção de atenção odontológica, segundo NARVAI (1984), leva as gestantes com problemas bucais a “resolverem” seus problemas por dois caminhos desaconselháveis: aguardar a evolução da doença, adotando-se cuidados caseiros; ou “consultando-se” na drogaria mais acessível, resultando em automedicação.

No DSC 1-1, a gestante certamente está padecendo de problemas bucais, mudando o hábito alimentar e, talvez, até fazendo uso de medicamentos para controlar a dor; ainda assim, não há a procura pelo profissional. Ela prefere esperar o nenê nascer para procurar ajuda profissional, sem contar que após o nascimento, a

mulher fica com muito mais atividade em casa e, conseqüentemente, menos tempo para cuidar de si mesma.

Com todos os cuidados que o CD deve tomar, serão quase nulos os riscos para a gestante. A maioria dos tratamentos odontológicos, seguindo-se corretamente os procedimentos, não causam quaisquer males ao feto.

O atendimento deve ser feito em caso de necessidade, devendo o profissional estar adequadamente preparado em relação ao conhecimento das alterações sistêmicas relacionadas à própria gravidez, saúde e desenvolvimento do bebê (ROSELL 1999; SCAVUZZI e ROCHA 1999a). O levantamento da história médica, dental e gestacional da paciente é de suma importância para a segurança do tratamento, assim como o íntimo contato com o médico obstetra responsável pela paciente. (SCHUBSKY 1959; SILVA 2002)

DEUTSCH et al. (2002) sugerem que a visita ao dentista deve fazer parte da rotina da assistência pré-natal. Os profissionais devem estar cientes das condições ideais de tratamento e o atendimento deve ser prioritário, sendo fundamental no sentido de orientá-las sobre a importância de sua saúde bucal. Este deve concentrar-se especialmente em três fatores: profilaxia, atendimento de urgência e superação de crenças populares prejudiciais sob o ponto de vista da saúde bucal, respeitando os costumes e padrões de vida locais. (PINTO 1992)

A gestante pode apresentar, no decorrer da gravidez, manifestações emocionais mais intensas. Estas alterações podem variar de uma intensa alegria até um estado de ansiedade e instabilidade emocional, indo da alegria à depressão em um curto período de tempo (LITTNER et al. 1984; DEUTSCH et al. 2002; SILVA 2002). Assim, o profissional deve, antes de tudo, ser receptivo e compreensivo, tentando minimizar os fatores que podem interferir na mudança de humor da mulher, como barulhos, interrupções, temperatura ambiente desagradável, longos períodos de tempo em uma mesma posição e desconforto na cadeira, por exemplo. (LITTNER et al. 1984)

SILVA (2002) sugere ainda que a gestante seja estimulada a participar ativamente do processo decisório sobre a assistência à própria saúde. Por isso ela deve ser informada sobre o tratamento necessário de forma completa e objetiva, discutindo-se alternativas, riscos e benefícios.

A melhor época para se fazer um tratamento odontológico em gestante é durante o segundo trimestre, onde a gravidez está mais estável (SCHUBSKY 1959; LLOYD 1979; SILVA 2002); porém, as outras fases não são fatores de contra-indicação ao tratamento, exceto por complicações sistêmicas e gestacionais que devem ser orientadas pelo médico obstetra responsável. Os períodos que compreendem as primeiras nove semanas e as últimas duas semanas de gestação, devem ser evitados (LITTNER et al. 1984). Na presente pesquisa, 1 gestante (4,35%) apresentava-se no primeiro trimestre, 8 (34,78%) no segundo trimestre e 14 (60,87%) no terceiro trimestre (Tabela 1).

A utilização dos instrumentos de análise qualitativa de discursos permitiu que fossem identificados seis tipos de representação social sobre a não procura por atendimento odontológico por gestantes com problemas bucais, assistidas em programas de assistência pré-natal no serviço público do município de Santo André – S.P., além de identificar três tipos de representação social destas sobre o aparecimento ou agravamento de problemas bucais durante a gestação.

Em seu estudo, BERND et al. (1992) colocam a não procura por atendimento odontológico durante a gestação num contexto bastante complexo, vinculado a aspectos da cultura popular e sua ambigüidade, aceitando e recusando a cultura dominante; a aspectos da cultura científica e à prática odontológica hegemônica. Os autores, então, sugerem que esta ambigüidade da cultura popular pode possibilitar um processo de conscientização; contudo, é necessário que posturas profissionais autoritárias sejam abandonadas, a fim de que haja uma aproximação das classes.

Ainda, CARVALHO (1998) aponta que os programas voltados para educação em saúde bucal, no Brasil, não conseguem promover mudanças de hábitos através apenas da transmissão de informações e conceitos técnicos. É necessário sair desta via de mão única do profissional para a população e começar a serem levadas em conta as percepções do público sobre saúde - doença, para que as propostas educacionais atinjam seu objetivo.

Ter saúde não significa apenas não ter doença. É o promover saúde, ter e dar oportunidade de debater (LEFÈVRE 1999). E conhecer o pensar das gestantes sobre o motivo por não procurar atendimento odontológico e sobre a relação entre

problemas bucais e gravidez ajuda a melhorar a aproximação entre profissional e paciente, diminui a distância, “quebra o gelo” desta relação, muitas vezes hegemônica, autoritária por parte do profissional.

Assim, espera-se que esse trabalho possa contribuir para uma melhoria, ainda que lenta, nesta relação profissional – paciente e, conseqüentemente, no serviço prestado com o principal objetivo de promover saúde. Sendo as gestantes, futuras mães e modelos de comportamento, um grupo provido de alto potencial para influenciar o comportamento das crianças e modificar hábitos de higiene dentro de casa, elas devem sempre estar no topo das discussões sobre promoção de saúde.

Os profissionais, donos do conhecimento, formadores de opinião (BERND 1992) sobre saúde – doença foram também apontados aqui como criadores de “falsas verdades”. As gestantes ouviram de “pessoas, do pessoal mais velho, da mãe e do dentista” que não se deve tratar o dente quando se está grávida. Foram “mandadas de volta para casa” quando procuraram atendimento odontológico e relataram a condição gravídica. Este comportamento reforça o apontamento de NARVAI (1984) que o profissional recusa-se a atender as gestantes, sob alegações, em sua maioria, desprovidas de fundamentação científica e, conseqüentemente, reforçadoras do tabu. Ele coloca ainda que a profissão odontológica tem falhado, continuamente, em não adotar uma postura mais firme com relação aos cuidados que podem e devem ser oferecidos às gestantes.

Ao se reproduzir o conteúdo dos pensamentos do grupo em questão sobre atendimento odontológico durante a gestação, e ao transpor esta representação para o profissional responsável pelas atividades curativa e, principalmente, educativa, espera-se que haja uma melhoria na contribuição dos serviços de saúde para a promoção da saúde bucal da população gestante.

Finalmente, espera-se com este estudo que o caminho difícil, por vezes obscuro, até uma assistência à saúde digna para a população fique um pouco mais iluminado. As verdades presentes em cada DSC resgatado não são absolutas, mas são a realidade da população gestante estudada e por isso, estas verdades devem constituir a matéria – prima da discussão sobre atenção odontológica a gestantes.

6. CONCLUSÕES

A presente pesquisa tem como justificativa maior colocar em cena os motivos pelos quais as gestantes não procuraram atendimento odontológico e a percepção destas sobre a relação dos problemas bucais com a gestação.

As mulheres grávidas assistidas no período pré-natal, no município de Santo André – S.P., não procuram atendimento durante a gestação por seis representações sociais apresentadas abaixo, sinteticamente:

- as gestantes não podem receber atendimento odontológico porque pode fazer mal, prejudicar o nenê;
- as gestantes não conseguiram vaga no posto de saúde, ou quando conseguiram não foram atendidas por estarem grávidas;
- as gestantes não tem condições financeiras de fazer tratamento odontológico em consultório particular porque é muito caro;
- as gestantes não sentiram que tinham problema na boca que justificasse a procura por atendimento odontológico;
- as gestantes não procuraram atendimento odontológico por descuido, por acharem que não tinha problema não cuidar;
- as gestantes não procuraram atendimento odontológico por falta de tempo.

Sobre a relação dos problemas bucais com a gestação, o grupo indicou três representações sociais sobre o tema:

- a gestação causa problemas na boca;
- a gestação não causa problemas na boca;
- depende, a gestação pode causar, assim como pode não causar problemas na boca.

As gestantes representam um grupo social de extrema importância por sua condição fisiológica e seu potencial de direcionar o comportamento de seu filho para hábitos saudáveis. Elas representam um grande desafio para a saúde pública, pois são alvo de crenças, sem fundamento científico, sobre sua própria saúde e a de seu filho.

Sob o aspecto odontológico, os motivos apontados por estas para a não procura por atendimento odontológico durante a gestação e seu conhecimento sobre a relação das doenças bucais com a gravidez reforçam a reflexão sobre a precária assistência à saúde bucal que este grupo encontra nos serviços oferecidos e a completa desinformação da população, em geral, sobre saúde bucal.

A necessidade de se reavaliar o atendimento, tanto curativo, quanto preventivo, dispensado a esta população é mais uma vez indicada, uma vez que estamos longe de uma assistência à saúde bucal ideal.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams D, Carney JS, Dicks DA. Pregnancy gingivitis: a survey of 100 antenatal patients. **J Dent** 1974; 2:106-110.
2. Adorno RCF, Castro AL. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. **Saúde e Sociedade** 1994; 3(2):172-185.
3. Berkowitz RJ, Turner J, Green P. Maternal salivary levels of *Streptococcus mutans* and primary oral infection of infants. **Archs oral Biol** 1981; 26:147-149.
4. Berkowitz RJ, Turner J, Green P. Primary oral infection of infants with *Streptococcus mutans*. **Archs oral Biol** 1980; 25:221-224.
5. Bernd B, Souza CB, Lopes CB, Filho FMP, Lisboa IC, Curra LCD et al. PERCEPÇÃO POPULAR SOBRE SAÚDE BUCAL: O Caso das Gestantes do Valão. **Saúde em Debate** 1992; 34:33-39.
6. Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers - sociological implications. **Int Dent J** 1981; 31(1):14-22.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil & Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Assistência pré-natal**. 2ª edição. Brasília, 1988.
8. Cambridge International Dictionary of English. Great Britain: Bath Press; 1996.
9. Carvalho MB. **UM RETRATO DA SAÚDE BUCAL: Representação de mães e auxiliares de creche e a condição oral de crianças e pré-escolares**. São Paulo; 1998. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
10. Cohen DW, Friedman L, Shapiro J, Kyle GC. A Longitudinal Investigation of the Periodontal Changes During Pregnancy. **J Periodont - Periodontics** 1969; 40(10):563-570.
11. Cohen DW, Shapiro J, Friedman L, Kyle GC, Franklin S. A Longitudinal Investigation of the Periodontal Changes During Pregnancy and Fifteen Months Post-Partum: Part II. **J Periodont** 1971; 42(10):653-657.
12. Corsetti LO, Figueiredo MC, Dutra CAV. Avaliação do atendimento

- odontológico para gestantes nos serviços públicos de Porto Alegre/RS, durante o pré-natal. **Rev ABOPREV Viver em Saúde** 1998; 1:9-15.
13. Costa ICC, Marcelino G, Berti-Guimarães M, Saliba NA. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG** 1998; 5(2):87-92.
 14. Dasanayake AP. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. **Ann Periodontol** 1998; 3:206-212.
 15. Deutsch AD, Klotzel D, Evangelista LP, Dornaus MFPS, Matalon M, Waksman RD et al. Gestação. In: Publifolha e Departamento de Pediatria do Hospital Israelita Albert Einstein. **A saúde de nossos filhos**. São Paulo: Publifolha; 2002. p.20-37.
 16. Díaz-Romero RM, Martínez-Sánchez C. Educación para la salud dental durante el embarazo. **Salud Publica Mex** 1989; 31:530-535.
 17. ElAttar TMA, Hugoson A. The *in vitro* conversion of female sex steroid, oestrone, in normal and inflamed human gingiva. **Archs oral Biol** 1974; 19:425-429.
 18. Falabella MEV, Falabella JM. Granuloma Gravídico – Caso Clínico. **Rev Periodontia** 1994; 3:167-171.
 19. Farman AG. Concepts of Radiation Safety and Protection: Beyond BEIR V. **Dental Assist** 1991; 60:11-14.
 20. Fernandes F, Luft CP, Guimarães FM. **Dicionário Brasileiro Globo**. 30ª ed. São Paulo: Globo; 1993.
 21. Holt RD, Winter GB, Fox B, Askew R. Effects of dental health education for mothers with young children in London. **Community Dent Oral Epidemiol** 1985; 13:148-151.
 22. Hugoson A. Gingival inflammation and female sex hormones. **J Periodont Res** 1970; 5 Suppl 5: 1-18.
 23. Jago JD, Chapman PJ, Aitken JF, McEniery TM. Dental status of pregnant women attending a Brisbane maternity hospital. **Community Dent Oral Epidemiol** 1984; 12:398-401.
 24. Köhler B, Andréen I, Jonsson B. The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria *Streptococcus mutans* and lactobacilli in their children. **Archs oral Biol** 1984; 29(11):879-883.

25. Konishi F. Odontologia intra-uterina. **Rev APCD** 1995; 49(2):135-136.
26. Lefèvre F, Simioni AMC. Maconha, saúde, doença e liberdade: análise de um fórum na *Internet*. **Cad Saúde Pública** 1999; 15 (Supl.2):161-167.
27. Lefèvre F, Lefèvre AMC. A Fala do Social II. **Pesquisa Qualitativa** [on line]. 2000. Disponibilidade em <URL: <http://www.fsp.usp.br/~flefevre>> [2002 Jul 23]
28. Lefèvre F, Lefèvre AMC. DSC passo a passo. **Pesquisa Qualitativa** [on line]. 2000. Disponibilidade em <URL: <http://www.fsp.usp.br/quali-saude>> [2001 Abr 20]
29. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo – Breve apresentação da proposta. **Pesquisa Qualitativa** [on line]. 2000. Disponibilidade em <URL: <http://www.fsp.usp.br/~flefevre>> [2002 Jul 23]
30. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. **O Discurso do Sujeito Coletivo. Uma Nova Abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
31. Li Y, Caufield PW. The Fidelity of Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants from Their Mothers. **J Dent Res** 1995; 74(2):681-685.
32. Liefde B. The dental care of pregnant women. **NZ Dent Journal** 1984; 80: 41-43.
33. Littner MM, Kaffe I, Tamse A, Moskona D. Management of the Pregnant Patient. **Quint Int** 1984; 2:253-257.
34. Lloyd PF. Pregnancy and dentistry. **J of the DASA** 1979; 34:763-765.
35. Løe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. **Acta odontol scand** 1963; 21:533-551.
36. Maier AW, Orban B. Gingivitis in pregnancy. **Oral Surg, Oral Med and Oral Path** 1949; 2:334-373.
37. Manson JD, Eley BM. **Manual de Periodontia**. 3ª edição. São Paulo: Santos, 1999.
38. Medeiros UV. Atenção Odontológica para bebês. **Rev Paul Odontol** 1993; 15(6):18-27.
39. Medeiros UV. Saúde Bucal – Comunidade. Percepção da necessidade de saúde bucal pela comunidade. **Rev APCD** 1989; 43(3):120-124.
40. Menino RTM, Bijella VT. Necessidades de Saúde Bucal em Gestantes dos

- Núcleos de Saúde de Bauru. Conhecimentos com Relação à Própria Saúde Bucal. **Rev FOB** 1995; 3:5-16.
41. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 7ª edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.
 42. Narvai PC. Saúde Bucal de Gestantes. Prevalência de apicopatias e outros problemas dentais do município de Cotia/SP. **RGO** 1984; 32(3):243-249.
 43. Nascimento ZCP, Lopes WC. Gravidez na adolescência: enfoque odontopreventivo. **ROBRAC** 1996; 6(20):27-31.
 44. Offenbacher 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 Periodontol** 1996; 67:1103-1113.
 45. Ojanotko A, Nienstedt W, Harri M-P. Metabolism of testosterone by human healthy and inflamed gingiva *in vitro*. **Archs oral Biol** 1980; 25:481-484.
 46. Oliveira JF, Taveira MITA, Moreira GS, Zadorosny MV. Contribuição ao Estudo do Aleitamento Materno. Enfoque Anticariogênico. **Odont Moderno** 1990; 17(9):6-9.
 47. O'Neil TCA. Maternal T-Lymphocyte Response and Gingivitis in Pregnancy. **J Period** 1979; 50:178-184.
 48. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Alves G. Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1993; 27(1):49-53.
 49. Pindborg JJ. Manifestações das doenças sistêmicas no Periodonto. In: Lindhe J. **Tratado de Periodontologia Clínica.** 2ª edição Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A.; 1992. p.206-207.
 50. Pinto VG. **Saúde bucal. Odontologia social e preventiva.** 3ª edição. Livraria Editora Santos, 1992.
 51. Rosell FL, Montandon-Pompeu AAB, Valsecki AJ. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Rev Saúde Pública** 1999; 33(2):157-162.
 52. Samant A, Malik CP, Chabra SK, Devi PK. Gingivitis and Periodontal Disease in Pregnancy. **J Periodont** 1976; 47(8):415-418.
 53. Santo André. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Programa de Atenção à Saúde Bucal. **Diagnóstico Situacional e Propostas do Departamento de Saúde**

Bucal para o Município de Santo André. Março 2001.

54. Sarnat H, Kagan A, Raviv A. The relation between mothers' attitude toward dentistry and the oral status of their children. **Ped Dent** 1984; 6:128-131.
55. Scavuzzi AIF, Rocha MCBS. Atenção odontológica na gravidez – uma revisão. **Rev Faculdade Odontologia UFBA** 1999a; 18:46-52.
56. Scavuzzi AIF, Rocha MCBS, Vianna MIP. Estudo da prevalência da cárie dentária em gestantes brasileiras, residentes em Salvador – BA. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê** 1999b; 2(6):96-102.
57. Scavuzzi AIF, Rocha MCBS, Vianna MIP. Influência da gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. **Rev Faculdade Odontologia UFBA** 1999c; 18:15-21.
58. Schein B, Tsamtsouris A, Rovero J. Self reported compliance and the effectiveness of prenatal dental education. **J Clinic Pediatric Dent** 1991; 15:102-108.
59. Schubsky JD. Tratamento durante a gravidez. **Seleções Odont** 1959; 13(77):33-34.
60. Silness J, Løe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. **Acta odont scand** 1964; 22:121-135.
61. Silness J, Løe H. Periodontal disease in pregnancy. III. Response to local treatment. **Acta odont scand** 1965; 24:747-759.
62. Silva DRAD. **Percepção de condições de saúde bucal em adultos trabalhadores.** São Paulo; 2000. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
63. Silva SR. Atendimento à gestante: 9 meses de espera? **Rev APCD** 2002; 56(2):89-99.
64. Smith NJD. Dental Radiography during Pregnancy. **Br Dent J** 1982; 152:346.
65. Spink MJP. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Cad Saúde Pública** 1993; 9(3):300-308.
66. Spink MJP, Gimenes MGG. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e doença. **Saúde e Sociedade** 1994; 3(2):149-171.
67. Tanaka OY, Melo C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente. Um Modo de Fazer.** São Paulo: EDUSP, 2001.

68. Torres SA, Rosa OPS, Akiyoshi N, Silveira AMM, Bretz WA. Níveis de infecção de Estreptococos do grupo *mutans* em gestantes. **Rev Odontol USP** 1999; 13(3):225-231.
69. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Biblioteca / CIR. **Guia de Apresentação de Teses**. São Paulo: A Biblioteca, 1998.
70. Ziskin DE. The incidence of dental caries in pregnant women. **Amer J Obstetr Gynec** 1926;710-719,march.
71. Ziskin DE, Nesse GJ. Pregnancy gingivitis: history, classification, etiology. **Am J Orthod and Oral Surgery** 1946; 32:390-430.

ANEXOS

- A1. AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTO ANDRÉ
- A2. RELAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE
- A3. FICHA DE PESQUISA PRELIMINAR
- A4. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
- A5. ROTEIRO DE ENTREVISTA
- A6. APRESENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS E DADOS PESSOAIS DAS GESTANTES
- A7. DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1
(IAD 1) – QUESTÃO 1
- A8. DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1
(IAD 1) – QUESTÃO 2
- A9. DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2
(IAD 2) – QUESTÃO 1 (QUADRO II)
- A10. DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 2
(IAD 2) – QUESTÃO 2 (QUADRO III)
- A11. DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 3
(IAD 3) - QUESTÃO 1 (QUADROS IV, V, VI, VII, VIII, IX)
- A12. DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 3
(IAD 3) - QUESTÃO 2 (QUADROS X, XI, XII)
- A13. APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE
DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ANEXO 1

**AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTO
ANDRÉ**



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Cirurgiã Dentista **ROBERTA SEGATQ DE ROSA GENTIL DE OLIVEIRA**, está autorizada por esta Secretaria a realizar, nas unidades de saúde, a pesquisa “ *Percepção das Gestantes de Programas de Assistência ao Pré-Natal do Município de Santo André – SP, em relação ao Atendimento Odontológico*”.

Santo André, 26 de julho de 2001.

ALEXIS GALIÁS DE SOUZA VARGAS
Assistente de Diretor
Departamento de Gestão do SUS

ANEXO 2**RELAÇÃO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ
SECRETARIA DA SAÚDE****REGIÃO I** – 4 unidades:

1 - US Bairro Paraíso

Rua Juquiá, 256 – Fone: 4426-8394/4433-6303

Atendimento: Bebê/Criança/Adolescente

2 - US Vila Helena

Praça Siqueira, s/n° – Fone: 4453-9687

Atendimento: Bebê/Criança/Adolescente

3 - US Vila Guiomar

Rua das Silveiras, 73 – Fone: 4994-0835/4992-7433

Atendimento: Criança/Adolescente/Adulto

4 - US Vila Palmares

Praça Áurea, s/n° – Fone: 4421-6829

Atendimento: Bebê/Criança/Adolescente

REGIÃO II - 5 unidades:

1 - US Parque João Ramalho

Rua Maragogipe, s/n° – Fone: 4472-5957

Atendimento: Bebê/Criança/Adolescente

2 - US Utinga

Alameda México, s/n° – Fone: 4976-1000/4976-1118

Atendimento: Criança/Adolescente/Adulto

3 - US Vila Lucinda

Rua Caconde, s/n° – Fone: 4479-1221

Atendimento: Bebê/Criança/Adolescente

4 - US Parque Novo Oratório

Rua Tunísia, s/n° – Fone: 4472-5311

Atendimento: Bebê/Criança/Adolescente/Adulto

5 - US Moisés Fucs

Rua Alexandreta, 180 – Jardim Santo Antonio – Fone: 4996-3406

Atendimento: Bebê/Criança/Adolescente/Adulto

REGIÃO III – 3 unidades:

1 - US Vila Humaitá

Rua Fernando Mascarenhas, 191 – Fone: 4474-1204

Atendimento: Bebê/Criança/Adolescente

2 - US Jardim Irene

Estrada da Cata Preta, 552 – Fone: 4453-5781

Atendimento: Bebê/Criança/Adolescente/Adulto

3 - US Jardim Carla

Rua Lopes Trovão, s/n° – Fone: 4451-9933

Atendimento: Criança/Adolescente

ANEXO 3

FICHA DE PESQUISA PRELIMINAR

NOME: _____ DATA: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

1º CRITÉRIO DE SELEÇÃO (apenas respostas negativas):

Está em tratamento odontológico neste serviço?: S() N()

Está em tratamento odontológico em outro local?: S() N()

I - SOBRE A GESTAÇÃO

Mês da gestação: _____ Trimestre 1º () 2º () 3º ()

Assistência pré-natal em consultas: _____ Neste posto? S() N()

Nº Gestações anteriores: _____ Nº filhos: _____

Amamentou? S() N() Porquê: _____

Pretende amamentar? S() N() Porquê: _____

II - ESCOLARIDADE :

Analfabeta()

1º Grau completo()

1º Grau incompleto()

2º Grau completo()

2º Grau incompleto()

Superior completo()

Superior incompleto()

III - OCUPAÇÃO:

Registrada()

Autônoma()

Eventual()

Desempregada()

Dona de casa()

Estudante()

Aposentada()

Sem atividade ()

2º CRITÉRIO DE SELEÇÃO**IV - SOBRE ODONTOLOGIA**

Última visita ao dentista: mês/ano: _____ local: _____

Motivo: _____

Você tem algum problema na sua boca/ dentes/gengiva? S() N()

O quê? _____

Você passou por alguma destas situações desde que ficou grávida:

- faltou ao trabalho/escola por causa de sua boca/dentes/gengiva? S() N()
- deixou de ir a algum lugar por causa de sua boca/dentes/gengiva? S() N()
- mudou o hábito alimentar por causa de sua boca/dentes/gengiva? S() N()
- mudou o jeito de falar por causa de sua boca-dentes-gengiva? S() N()
- tomou remédio por causa de sua boca/dentes/gengiva? S() N()
- ficou preocupada com sua boca/dentes/gengiva? S() N()

Sua gengiva sangra?: S() N()

PARA USO DO PESQUISADOR

GESTANTE SELECIONADA:

SIM ()

NÃO ()

MOTIVO: _____

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA
Av. Dr. Amaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefone (11) 3066-7743 - Fax (11) 883-3501

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portadora do documento RG no. _____, autorizo a dra. Roberta Segato de Rosa Gentil de Oliveira a me entrevistar como parte de seu estudo sobre "Percepção das gestantes de programas de assistência pré-natal do município de Santo André - SP, em relação ao atendimento odontológico."

Estou ciente que:

- a entrevista será realizada pela própria pesquisadora;
- a entrevista terá aproximadamente 15 minutos de duração e será anotada pela pesquisadora e gravada em fita-cassete;
- o que eu disser na entrevista será de uso exclusivo para o estudo;
- não sou obrigada a participar deste estudo, sendo que minha recusa não levará a qualquer prejuízo na continuidade da assistência pré e pós-natal;
- eu poderei responder apenas às perguntas que eu desejar;
- mesmo tendo aceitado participar deste estudo, poderei voltar atrás de minha decisão a qualquer momento e abandonar a entrevista.

Este documento foi lido pela dra. Roberta Segato de Rosa Gentil de Oliveira, que me esclareceu as dúvidas e minha assinatura indica que concordei em participar do estudo.

Santo André, ___ de _____ de 2002.

VOLUNTARIA

Eu certifico que expliquei todos os passos do documento acima.

Mestranda

ROBERTA SEGATO DE ROSA GENTIL DE OLIVEIRA

Rua Speers, 146 Ap 174
09210-200 - BANGU - STO. ANDRÉ - S.P.
Telefone: 4996-2951 - Robertabero@aol.com

ANEXO 5

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 – Você acabou de me contar que você tem alguns probleminhas, mas apesar disso você não procurou uma consulta com o dentista, não é? Então me fale um pouco sobre isso.

2 – Você acha que mulher que fica grávida fica com problema nos dentes e na boca? Fale-me um pouco sobre isso.

ANEXO 6

APRESENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS E DADOS PESSOAIS DAS GESTANTES

GESTANTE 1

M.A.L. – 40 anos

Histórico odontológico: dente quebrado – mudou o hábito alimentar – tomou remédio por causa da boca - ficou preocupada com a boca – gengiva sangra.

Última visita ao dentista: 2 anos atrás; local: Itú; motivo: dente cariado

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 2º trimestre – 6 meses

Número de consultas pré-natal: 3; local: outro posto de saúde

Número de gestações anteriores: 3

Motivo para amamentar: costuma ter bastante leite

Escolaridade: 1º grau incompleto

Ocupação: dona de casa

ENTREVISTA

- 1- Não fui por causa das condições. Porque eu pago aluguel, não tô trabalhando. Aqui no posto só depois do dia 20. Era prá ligá, eu não sei se tem vaga. Se tiver vaga eu tenho que tratar, mas não sei se vai dá, pois eu não posso tomá anestesia, né?
- 2- Geralmente os dentes estragá mais. Cada gravidez minha vai embora 3-4 dentes. Mas desta vez eu não tive muito problema, não. Acho que é o nenê que rouba as vitamina, né?

GESTANTE 2

V.R. – 22 anos

Histórico odontológico: tem que fazer raspagem – um dente dói – faltou à escola por causa da boca – mudou o hábito alimentar – tomou remédio – ficou preocupada – gengiva sangra

Última visita ao dentista: 3 anos atrás; local: particular; motivo: dor de dente

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 3º trimestre – 7 meses

Número de consultas pré-natal: 3; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 2

Motivo para amamentar: dizem que é bom

Escolaridade: 2º grau completo

Ocupação: sem atividade (nunca trabalhou)

ENTREVISTA

- 1 – Ah, eu não procurei porque,.. eu não tinha como ir, assim... porque na gestação, dizem que não pode mesmo, né? Nem, nem procurá o dentista, não pode. Até você ganha nenê. Então é por isso que eu não fui procurá. Fiquei esperando, ganhá, prá depois ir atrás. Então, eu tive que esperá.

2 – Eu não notei, assim, até agora, pelo menos na minha gestação, mas eu já ouvi falar. Casos que já aconteceram. Por exemplo, a minha irmã piorou, no caso dela, mas a minha não piorou.

GESTANTE 3

V.S.S.L. – 34 anos

Histórico odontológico: gengiva sangra

Última visita ao dentista: dezembro/2001; local: mesmo posto; motivo: verificar se tinha alguma coisa prá fazer.

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Não

Período gestacional: 3^o trimestre – 9 meses

Número de consultas pré-natal: não sabe; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 3

Motivo para amamentar: bom para a saúde

Escolaridade: 1^o grau incompleto

Ocupação: registrada

ENTREVISTA

1 – Sabe, eu tenho que extraí um dente. Meus dente tá tudo mole. Amoleceu todos os dentes aqui de cima. Tudo que eu como tá doendo agora. Mas como eu tô grávida eu não posso ir no dentista. A doutora (obstetra) preferiu não extrair dente agora. Só depois que eu acaba a gestação.

2 – Ah, depende, muita gente tem os problema, mas tem outras que não tem. Eu como já tinha de começo e então resolvi num tratá, então deu no que deu. Piorô muito na gravidez.

GESTANTE 4

R.L.B. – 27 anos

Histórico odontológico: mau cheiro – mudou o jeito de falar – tomou remédio por causa da boca – ficou preocupada - gengiva sangra

Última visita ao dentista: 2.000; local: particular; motivo: remover tártaro

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 2^o trimestre – 4 meses

Número de consultas pré-natal: 3; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 3

Motivo para amamentar: acha importante

Escolaridade: 1^o grau completo

Ocupação: sem atividade (nunca trabalhou)

ENTREVISTA

1 – Olha, eu tentei no SUS e não tinha vaga e particular agora também não tenho condições de fazer porque é muito caro, né? Porque eles acham várias coisas. A gente pensa que tem uma coisa só, mas eles acabam achando várias coisas e eu não tive possibilidade de fazer mesmo. Aqui eu tentei dia 2, também não consegui. Quando eu cheguei já era um pouco tarde. Também não consegui.

2 – Ah, também, né? Tá sujeita a... sei lá se, falta cálcio que o neném puxa, às vezes, não sei. Eu, quando estava grávida dela, meu dente caiu inteiro, sozinho. Então, acho que a gente fica mais... com menos cálcio, né? Então, com certeza... Mas assim, ... não que seja uma coisa ruim. É normal, assim, né?... Eu acho.

GESTANTE 5

E.S.N.S. – 28 anos

Histórico odontológico: tem um dente que dói

Última visita ao dentista: 2 anos atrás; local: particular; motivo: fazer obturação

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 3^o trimestre – 9 meses

Número de consultas pré-natal: 9; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 2

Motivo para amamentar: obrigação

Escolaridade: 1^o grau incompleto

Ocupação: sem atividade (nunca trabalhou)

ENTREVISTA

1 – Descuido. Só descuido mesmo. Fui deixando o tempo passar e agora não dá mais, né?

2 – Eu acho, né? Porque eu não sei, não.

GESTANTE 6

S.E.C. – 15 anos

Histórico odontológico: dente quebrado – gengiva sangra – ficou preocupada com a boca

Última visita ao dentista: 3 anos atrás; local: Minas Gerais; motivo: tratar canal

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 3^o trimestre – 8 meses

Número de consultas pré-natal: 8; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 0

Motivo para amamentar: dizem que é bom

Escolaridade: 1^o grau incompleto

Ocupação: estudante

ENTREVISTA

1 – Ah, porque...Não, eu não procurei por causa de falta de tempo e também por causa que eu pensei que não podia, né, na gravidez. As pessoa falava prá mim que não podia. Os outro pensava, falava prá mim que não podia.

2 – Ah, fica, por causa que meus dente começo a ficá assim depois que eu engravidei; minha gengiva começo a sangra depois que eu engravidei.

GESTANTE 7

C.Q.S. – 24 anos

Histórico odontológico: mudou o hábito alimentar por causa da boca – dente quebrado – ficou preocupada com a boca – gengiva sangra.

Última visita ao dentista: 1 ano atrás; local: particular; motivo: fazer obturação

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 3^o trimestre – 9 meses

Número de consultas pré-natal: 7; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 0

Motivo para amamentar: é muito importante para a criança

Escolaridade: 2^o grau completo

Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Bom, porque é difícil, né? Assim, tipo, é... particular você consegue, mas, assim, no governo, aqui mesmo, eu falei, mas não consegui. E particular eu não tive condições.

2 – Eu acho que sim. Com certeza, porque também, até o dente que eu obturei, que faz pouco tempo, já tá caindo, depois que eu fiquei grávida. E tem um dente também, que tá furando, depois que eu fiquei grávida. E a minha gengiva tá sangrando também, depois que eu fiquei grávida. Mas eu não sei porque acontece.

GESTANTE 8

P.F.C. - 14 anos

Histórico odontológico: mudou o hábito alimentar por causa da boca – ficou preocupada com a boca – gengiva sangra.

Última visita ao dentista: 1 ano atrás; local: mesmo posto; motivo: ver se tinha alguma coisa para fazer

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Não

Período gestacional: 1º trimestre – 2 meses

Número de consultas pré-natal: 1; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 0

Motivo para amamentar: porque precisa

Escolaridade: 1º grau incompleto

Ocupação: sem atividade (nunca trabalhou)

ENTREVISTA

1 – Eu não ligo prá isso, eu não me importo. Acho que não precisa, não.

2 – Eu acho que não.

GESTANTE 9

A .P.S. – 31 anos

Histórico odontológico: sangramento – ficou preocupada com a boca

Última visita ao dentista: 1 ano atrás; local: particular; motivo: dor de dente

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 2º trimestre – 4 meses

Número de consultas pré-natal: 2; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 0

Motivo para amamentar: é muito importante

Escolaridade: 2º grau completo

Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 Bom, porque, normalmente, a maioria das pessoas que eu conheço que fica grávida diz que tem esse problema de sangramento, mas depois volta ao normal. Foi por isso que eu não procurei . Mas eu acho que deve ser falta de vitamina ou alguma coisa que deve estar provocando este sangramento. E dentista eu não procurei porque, por coisa minha mesmo, eu achei que não tinha necessidade.

2– Eu acredito que sim, por falta de vitamina, cálcio.

GESTANTE 10

A.L.S. – 26 anos

Histórico odontológico: dente estragado – chapa quebrou – ficou preocupada – gengiva sangra

Última visita ao dentista: 4 anos atrás; local: Nordeste; motivo: não sabe

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 2º trimestre – 4 meses

Número de consultas pré-natal: 3; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 1

Motivo para amamentar: é bom prá criança

Escolaridade: 1º grau incompleto

Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Até agora eu não tive como fazer porque meu marido tá desempregado. No posto eu nem procurei; eu tenho uma menininha e nem tenho com quem deixá. Agora minha irmã vai me ajudá a olhá. Mas assim que meu marido conseguiu um emprego, aí, eu vou fazê limpeza, obturá, fazê o que precisa.

2 - Eu acho que não.

GESTANTE 11

E. J. M.A . – 25 anos

Histórico odontológico: dente dói – gengiva sangra

Última visita ao dentista: não lembra; local: não lembra; motivo: não lembra

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 3º trimestre – 8 meses

Número de consultas pré-natal: 6; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 2

Motivo para amamentar: não sabe

Escolaridade: 1º grau incompleto

Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Ah , porque acho que foi descuido. Eu também achava que por causa da gravidez eu não podia passar no dentista. Não podia tomá anestesia, nem fazer obturação.

2 – Não, nunca ouvi nada disso.

GESTANTE 12

S.S. – 31 anos

Histórico odontológico: gengiva sangra – tem uma bolinha na gengiva – ficou preocupada

Última visita ao dentista: 1 ano atrás; local: outro posto; motivo: dor de dente

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 2º trimestre – 4 meses

Número de consultas pré-natal: 3; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 3

Motivo para amamentar: para a saúde

Escolaridade: 1º grau incompleto

Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Não procurei. Ah, não é que eu não procurei; eu cheguei até a ir lá, mas elas não quiseram mexer por causa da gravidez, né, lá no outro posto. E as outras vezes que eu fui não tinha vaga; tinha muita gente já prá passar e elas não pegaram. Mandaram eu voltar outro dia.

2- Não, eu não notei nada diferente.

GESTANTE 13

K.A. S. – 19 anos

Histórico odontológico: dente inflamado – tomou remédio por causa da boca – ficou preocupada com a boca

Última visita ao dentista: 1 ano atrás; local: outro posto; motivo: tratar canal

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 3^o trimestre – 7 meses

Número de consultas pré-natal: 4; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 1

Motivo para amamentar: não sabe

Escolaridade: 2^o grau completo

Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Eu tive dor de dente e procurei o dentista. Aí, ela falou assim: ah, se você quiser tratar, você é que sabe, né? Só que isso a gente não faz, porque, só particular, né, que faz tratamento de canal ou se você quiser, arrancar ele de uma vez, tirá, né? Aí, eu desisti, não procurei mais; porque eu fiquei com medo de tomar anestesia, mesmo ela falando que podia, eu ainda fiquei meio assim... Aí, agora eu tô esperando eu tê primeiro prá depois tomá.

2- Ah, eu não sei, né? Tem gente que fala que sim, né? Muitas mulheres falô prá mim, né, que sempre na gravidez o dente começa a doer, dá algum problema no dente, sei lá. Mas esse dente meu não foi por causa da gravidez, porque antes de eu ficar grávida eu já tinha ele ruim, né?

GESTANTE 14

D.D.S. – 16 anos

Histórico odontológico: dor nos dentes quando come – ficou preocupada com a boca - gengiva sangra

Última visita ao dentista: fevereiro/2002; local: mesmo posto; motivo: dor nos dentes

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Não

Período gestacional: 2^o trimestre – 5 meses

Número de consultas pré-natal: 3 ;local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 0

Motivo para amamentar: não sabe

Escolaridade: 2^o grau incompleto

Ocupação: sem atividade (nunca trabalhou)

ENTREVISTA

1 – Ah, porque eu não... porque, não sei. Os outro falou que não precisava, que era só da gravidez mesmo. Por isso eu não procurei.

2- Não. Eu só tô sentindo essas dor, mas não...

GESTANTE 15

E. S. S. – 18 anos

Histórico odontológico: cárie

Última visita ao dentista: 1 ano atrás; local: Maranhão; motivo: cárie

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Não

Período gestacional: 3^o trimestre – 7 meses
 Número de consultas pré-natal: 3; local: mesmo posto
 Número de gestações anteriores: 0
 Motivo para amamentar: é bom, é muito bonito
 Escolaridade: 1^o grau incompleto
 Ocupação: sem atividade (nunca trabalhou)

ENTREVISTA

1 – Ah, porque eu não sentia problema nenhum
 2 – Não, nunca ouvi falar.

GESTANTE 16

S.M. – 32 anos

Histórico odontológico: gengiva dói e sangra – dente quebrado
 Última visita ao dentista: 2 anos atrás; local: outro posto; motivo: cárie
 Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim
 Período gestacional: 3^o trimestre – 7 meses
 Número de consultas pré-natal: 7; local: no mesmo posto e em outro também
 Número de gestações anteriores: 0
 Motivo para amamentar: é bom, o leite da mulher é sempre bom
 Escolaridade: 2^o grau incompleto
 Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Porque eu sempre fiquei sabendo que... quando tá grávida não se deve ir no dentista. É um erro, né, fiquei sabendo agora que pode ir. Por isso que eu não fui, fiquei com medo da anestesia; eu fiquei com medo dela prejudicá o nenê. Por isso que eu não fui. Aí, eu tô esperando passá a gestação prá mim podê tratá.
 2 - Não, eu acho que é normal. Eu não senti nada.

GESTANTE 17

J. V. N. – 20 anos

Histórico odontológico: gengiva sangra – ficou preocupada com a boca
 Última visita ao dentista: quando estava com 2 meses de gravidez; local: particular; motivo: dor no dente; fazer curativo
 Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Não
 Período gestacional: 3^o trimestre – 7 meses
 Número de consultas pré-natal: 4; local: mesmo posto
 Número de gestações anteriores: 1.
 Motivo para amamentar: o leite é bom
 Escolaridade: 2^o grau completo
 Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Eu não tratei por causa da gravidez mesmo, né? Antes de engravidar eu tava fazendo tratamento só que aí... depois eu tive que pará,... porque acho que não é bom, né, quando tá grávida, fazê essas coisa assim. Uma vez eu fui, num dentista, aí, tinha que tomá uma anestesia ou uma coisa parecida e a dentista falô que não era bom, né, porque eu tava grávida. Aí, por isso, eu não fui, não fiz mais, neste tempo de gravidez.

2 – Eu acho que sim, porque depois que eu engravidei começô os probleminha, dor de dente e a gengiva fica mais sensível.

GESTANTE 18

M. A .O . – 20 anos

Histórico odontológico: dentes doem com gelado, quente e doce – dá choque – mudou o hábito alimentar por causa da boca – mudou o jeito de falar por causa da boca – tomou remédio por causa da boca – ficou preocupada com a boca

Última visita ao dentista: 2001; local: particular; motivo: fazer obturação

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 3^o trimestre – 7 meses

Número de consultas pré-natal: 4; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 0

Motivo para amamentar: é bom para o nenê

Escolaridade: 2^o grau incompleto

Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Eu não posso comê doce e quando pega coisa gelada, quente dá aquele choque, mas os pessoal mais velho diz que não é bom, bem ir quando tá gestante porque dá hemorragia. É por isso que eu não fui até agora; mais eu tenho vontade de passar que meus dente tá doendo muito.

2– Fica... Meus dente piorô muito, por causa de cálcio dos dente; não sei o que dá nos dente, na boca, por causa da gravidez.

GESTANTE 19

S.S.L.– 18 anos

Histórico odontológico: cárie – tomou remédio para dor de dente – ficou preocupada com os dentes

Última visita ao dentista: 1 ano atrás; local: mesmo posto; motivo: não lembra

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 3^o trimestre – 9 meses

Número de consultas pré-natal: 6; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 0

Motivo para amamentar: porque eu acho que o leite do peito é tudo, é saudável

Escolaridade: 1^o grau incompleto

Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Ah, eu não procurei por que diz que na gravidez não pode mexê com dente, né. Por causo de anestesia e essas coisa, né? Mas depois que eu tivé o nenê, eu vô precurá. Só sei que não pode... minha mãe fala, né?

2 - Acho que fica, por causa do leite... né? A mulher gasta 900 calorias, por causa da força dos dente.

GESTANTE 20

K.M.R.– 33 anos

Histórico odontológico: gengiva sangra

Última visita ao dentista: março/2002; local: particular; motivo: fazer obturação

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 2º trimestre – 5 meses
 Número de consultas pré-natal: 3; local: mesmo posto
 Número de gestações anteriores: 0
 Motivo para amamentar: faz bem
 Escolaridade: 2º grau completo
 Ocupação: registrada

ENTREVISTA

1 – Por que tá um pouquinho longe da minha casa e eu achei que não tinha problema não procurar.

2 – Ah, eu acho que sim, por que eles ficam mais fraco, né? Eu senti diferença. Senti que quando eu bato assim nos dentes da frente, dói... e não doía antes.

GESTANTE 21

E.S.R. – 33 anos

Histórico odontológico: gengiva sangra – ficou preocupada com a boca
 Última visita ao dentista: 1 ano atrás; local: particular; motivo: fazer obturação
 Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim
 Período gestacional: 3º trimestre – 8 meses
 Número de consultas pré-natal: 7; local: mesmo posto
 Número de gestações anteriores: 2
 Motivo para amamentar: é bom para o bebê
 Escolaridade: 2º grau incompleto
 Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Ah, porque eu também tava gestante, ah, eu achava que não podia... por causa disso, mas eu não sei porquê...

2 – Não, eu nunca ouvi falar.

GESTANTE 22

A. P. B. F. – 20 anos

Histórico odontológico: ficou preocupada com a boca - gengiva inchada e sangrando
 Última visita ao dentista: outubro/2001; local: pelo convênio; motivo: fazer limpeza
 Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Não
 Período gestacional: 3º trimestre – 7 meses
 Número de consultas pré-natal: 5; local: mesmo posto
 Número de gestações anteriores: 0
 Motivo para amamentar: é bom para a criança
 Escolaridade: 2º grau incompleto
 Ocupação: desempregada

ENTREVISTA

1 – Ah, porque é difícil, também, consegui marcar dentista por aqui, né?... Assim, dizê, vamô supor, você marca hoje e só vai passá daqui a dois meses, três meses. É bem mais difícil... É uma coisa que até agora; vamos supor, uma dor de dente... é... dói muito, então você tem esperar dois meses prá passá; até lá o seu dente não tá mais doendo. Esse que é o problema.

2 – Eu não sei porque é a minha primeira gestação.

GESTANTE 23

N. A .B.– 28 anos

Histórico odontológico: ficou preocupada com a boca - gengiva sangra

Última visita ao dentista: 1 ano atrás; local: particular; motivo: cárie

Resposta à pergunta: você tem algum problema na boca? Sim

Período gestacional: 2^o trimestre – 5 meses

Número de consultas pré-natal: 3; local: mesmo posto

Número de gestações anteriores: 0

Motivo para amamentar: é bom para a criança

Escolaridade: 2^o grau completo

Ocupação: registrada

ENTREVISTA

1 – Porque só sangra quando eu escovo; caso contrário não tem problema, nem dói.

2 – Ah, eu acho que não; eu não notei nada.

ANEXO 7

Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1) – Questão 1

QUESTÃO 1 – Você acabou de me contar que você tem alguns probleminhas, mas apesar disso você não procurou uma consulta com o dentista, não é? Então me fale um pouco sobre isso.

E1 – Não fui por causa das condições. Porque eu pago aluguel, não tô trabalhando. Aqui no posto só depois do dia 20. Era prá ligá, eu não sei se tem vaga. Se tiver vaga eu tenho que tratar, mas não sei se vai dá, pois eu não posso tomá anestesia, né?

E2 – Ah, eu não procurei porque,.. eu não tinha como ir, assim... porque na gestação, dizem que não pode mesmo, né? Nem, nem procurá o dentista, não pode. Até você ganha nenê. Então é por isso que eu não fui procurá. Fiquei esperando, ganhá, prá depois ir atrás. Então, eu tive que esperá.

E3 – Sabe, eu tenho que extraí um dente. Meus dente tá tudo mole. Amoleceu todos os dentes aqui de cima. Tudo que eu como tá doendo agora. Mas como eu tô grávida eu não posso ir no dentista. A doutora (obstetra) preferiu não extrair dente agora. Só depois que eu acabá a gestação.

E4 – Olha, eu tentei no SUS e não tinha vaga e particular agora também não tenho condições de fazer porque é muito caro, né? Porque eles acham várias coisas. A gente pensa que tem uma coisa só, mas eles acabam achando várias coisas e eu não tive possibilidade de fazer mesmo. Aqui eu tentei dia 2, também não consegui. Quando eu cheguei já era um pouco tarde. Também não consegui.

E5 – Descuido. Só descuido mesmo. Fui deixando o tempo passar e agora não dá mais, né?

E6 – Ah, porque...Não, eu não procurei por causa de falta de tempo e também por causa que eu pensei que não podia, né, na gravidez. As pessoa falava prá mim que não podia. Os outro pensava, falava prá mim que não podia.

E7 – Bom, porque é difícil, né? Assim, tipo, é... particular você consegue, mas, assim, no governo, aqui mesmo, eu falei, mas não consegui. E particular eu não tive condições.

E8 – Eu não ligo prá isso, eu não me importo. Acho que não precisa, não.

E9 – Bom, porque normalmente, a maioria das pessoas que eu conheço que fica grávida diz que tem esse problema de sangramento, mas depois volta ao normal. Foi por isso que eu não procurei . Mas eu acho que deve ser falta de vitamina ou alguma coisa que deve estar provocando este sangramento. E dentista eu não procurei porque, por coisa minha mesmo, eu achei que não tinha necessidade.

E10 – Até agora eu não tive como fazer porque meu marido tá desempregado. No posto eu nem procurei; eu tenho uma menininha e nem tenho com quem deixá. Agora minha irmã vai me ajudá a olhá. Mas assim que meu marido consegui um emprego, aí, eu vou fazê limpeza, obturá, fazê o que precisa.

E11 – Ah , porque acho que foi descuido. Eu também achava que por causa da gravidez eu não podia passar no dentista. Não podia tomá anestesia, nem fazer obturação.

E12 – Não procurei. Ah, não é que eu não procurei; eu cheguei até a ir lá, mas elas não quiseram mexer por causa da gravidez, né, lá no outro posto. E as outras vezes que eu fui não tinha vaga; tinha muita gente já prá passar e elas não pegaram. Mandaram eu voltar outro dia.

E13 – Eu tive dor de dente e procurei o dentista. Aí, ela falou assim: ah, se você quiser tratar, você é que sabe, né? Só que isso a gente não faz, porque, só particular, né, que faz tratamento de canal ou se você quiser, arrancar ele de uma vez, tirá, né? Aí, eu desisti, não procurei mais; porque eu fiquei com medo de

tomar anestesia, mesmo ela falando que podia, eu ainda fiquei meio assim... Aí, agora eu tô esperando eu tê primeiro prá depois tomá.

E14 – Ah, porque eu não... porque, não sei. **Os outro falou que não precisava, que era só da gravidez mesmo.** Por isso eu não procurei.

E15 – Ah, porque eu não sentia poblema nenhum

E16 – **Porque eu sempre fiquei sabendo que... quando tá grávida não se deve ir no dentista. É um erro, né, fiquei sabendo agora que pode ir.** Por isso que eu não fui, **fiquei com medo da anestesia; eu fiquei com medo dela prejudicá o nenê.** Por isso que eu não fui. **Aí, eu tô esperando passá a gestação prá mim podê tratá.**

E17 – **Eu não tratei por causa da gravidez mesmo, né? Antes de engravidar eu tava fazendo tratamento só que aí... depois eu tive que pará,... por que acho que não é bom, né, quando tá grávida, fazê essas coisa assim.** Uma vez eu fui, num dentista, **aí tinha que tomá uma anestesia ou uma coisa parecida e a dentista falô que não era bom, né, porque eu tava grávida.** Aí, por isso, eu não fui, não fiz mais, neste tempo de gravidez.

E18 - **Eu não posso comê doce e quando pega coisa gelada, quente dá aquele choque, mas os pessoal mais velho diz que não é bom, bem ir quando tá gestante porque dá hemorragia. É por isso que eu não fui até agora; mais eu tenho vontade de passar que meus dente tá doendo muito.**

E19 - **Ah, eu não procurei por que diz que na gravidez não pode mexê com dente, né. Por causo de anestesia e essas coisa, né? Mas depois que eu tivé o nenê, eu vô precurá. Só sei que não pode... minha mãe fala, né?**

E20 – **Por que tá um pouquinho longe da minha casa e eu achei que não tinha problema não procurar.**

E21 – **Ah, porque eu também tava gestante, ah, eu achava que não podia... por causa disso, mas eu não sei porquê...**

E22 – **Ah, porque é difícil, também, consegui marcar dentista por aqui, né?... Assim, dizê, vamô supor, você marca hoje e só vai passá daqui a dois meses, três meses. É bem mais difícil... É uma coisa que até agora; vamos supor, uma dor de dente... é... dói muito, então você tem esperar dois meses prá passá; até lá o seu dente não tá mais doendo. Esse que é o problema.**

E23 - **Porque só sangra quando eu escovo; caso contrário não tem problema, nem dói.**

ANEXO 8

Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1) – Questão 2

QUESTÃO 2 – Você acha que mulher que fica grávida fica com mais problema nos dentes e na boca? Fale-me um pouco sobre isso.

E1 - Geralmente os dentes estraga mais. Cada gravidez minha vai embora 3-4 dentes. Mas desta vez eu não tive muito problema, não. Acho que é o nenê que rouba as vitamina, né?

E2 – Eu não notei, assim, até agora, pelo menos na minha gestação, mas eu já ouvi falar. Casos que já aconteceram. Por exemplo, a minha irmã piorou, no caso dela, mas a minha não piorou.

E3 – Ah, depende, muita gente tem os problema, mas tem outras que não tem. Eu como já tinha de começo e então resolvi num tratá, então deu no que deu. Piorô muito na gravidez.

E4 – Ah, também, né? Tá sujeita a... sei lá se, falta cálcio que o neném puxa, às vezes, não sei. Eu, quando estava grávida dela, meu dente caiu inteiro, sozinho. Então, acho que a gente fica mais... com menos cálcio, né? Então, com certeza... Mas assim, ... não que seja uma coisa ruim. É normal, assim, né?... Eu acho.

E5 – Eu acho, né? Porque eu não sei, não.

E6 – Ah, fica, por causa que meus dente começô a ficá assim depois que eu engravidei; minha gengiva começo a sangra depois que eu engravidei.

E7 – Eu acho que sim. Com certeza, porque também, até o dente que eu obturei, que faz pouco tempo, já tá caindo, depois que eu fiquei grávida. E tem um dente também, que tá furando, depois que eu fiquei grávida. E a minha gengiva tá sangrando também, depois que eu fiquei grávida. Mas eu não sei porque acontece.

E8 – **Eu acho que não.**

E9 – **Eu acredito que sim, por falta de vitamina, cálcio.**

E10 - **Eu acho que não.**

E11 – **Não, nunca ouvi nada disso.**

E12 – **Não, eu não notei nada diferente.**

E13 – **Ah, eu não sei, né? Tem gente que fala que sim, né? Muitas mulheres falô prá mim, né, que sempre na gravidez o dente começa a doer, dá algum problema no dente, sei lá. Mas esse dente meu não foi por causa da gravidez, porque antes de eu ficar grávida eu já tinha ele ruim, né?**

E14 – **Não. Eu só tô sentindo essas dor, mas não...**

E15 – **Não, nunca ouvi falar.**

E16 – **Não, eu acho que é normal. Eu não senti nada.**

E17 – **Eu acho que sim, porque depois que eu engravidei, começô os probleminha, dor de dente e a gengiva ficá mais sensível.**

E18 – **Fica... Meus dente piorô muito, por causa de cálcio dos dente; não sei o que dá nos dente, na boca, por causa da gravidez.**

E19 – **Acho que fica, por causa do leite... né? A mulher gasta 900 calorias, por causa da força dos dente.**

E20 – Ah, eu acho que sim, por que eles ficam mais fraco, né? Eu senti diferença. Senti que quando eu bato assim nos dentes da frente, dói... e não doía antes.

E21 – Não, eu nunca ouvi falar.

E22 – Eu não sei porque é a minha primeira gestação.

E23 – Ah, eu acho que não; eu não notei nada.

ANEXO 9

Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2) – Questão 1

QUESTÃO 1 – Você acabou de me contar que você tem alguns probleminhas, mas apesar disso você não procurou uma consulta com o dentista, não é? Então me fale um pouco sobre isso.

Idéia(s) Central(is)	Expressões - Chave
<p>E1 – Não fui por causa das condições... Aqui no posto era prá ligá, não sei se tem vaga... Eu não posso tomá anestesia...</p>	<p>Não fui por causa das condições. Porque eu pago aluguel, não tô trabalhando. Aqui no posto (...) era prá ligá, eu não sei se tem vaga. Se tiver vaga eu tenho que tratar, mas não sei se vai dá, pois eu não posso tomá anestesia, né?</p>
<p>E2 – Porque na gestação, dizem que não pode mesmo, nem procurá o dentista...</p>	<p>Eu não tinha como ir, assim... Porque na gestação, dizem que não pode mesmo, né, nem procurá o dentista, não pode, até você ganhá o nenê(...) Fiquei esperando ganhá, prá depois ir atrás. Então eu tive que esperá.</p>
<p>E3 – Como eu tô grávida eu não posso ir no dentista...</p>	<p>Como eu tô grávida eu não posso ir no dentista. A doutora preferiu não extrair dente agora. Só depois que eu acabá a gestação.</p>
<p>E4 – Eu tentei no SUS e não tinha vaga e particular agora também não tenho condições de fazer porque é muito caro...</p>	<p>Eu tentei no SUS e não tinha vaga e particular agora também não tenho condições de fazer porque é muito caro, né? Porque eles acham várias coisas. A gente pensa que tem uma coisa só, mas eles acabam achando várias coisas e eu não tive possibilidade de fazer mesmo.</p>

	Aqui eu tentei (...), também não consegui. Quando eu cheguei já era um pouco tarde.
E5 – Descuido.	Descuido. Só descuido mesmo. Fui deixando o tempo passar e agora não dá mais, né?
E6 – Falta de tempo... Eu pensei que não podia na gravidez...	Eu não procurei por causa de falta de tempo e também por causa que eu pensei que não podia, né, na gravidez. As pessoa falava prá mim que não podia.
E7 – No governo, aqui mesmo, eu falei, mas não consegui. E particular eu não tive condições.	Porque é difícil, né? Particular você consegue, mas assim, no governo, aqui mesmo, eu falei, mas não consegui. E particular eu não tive condições.
E8 – Eu não ligo prá isso	Eu não ligo prá isso, eu não me importo. Acho que não precisa, não.
E9 – Por coisa minha mesmo, eu achei que não tinha necessidade.	Normalmente, a maioria das pessoas que eu conheço que fica grávida diz que tem esse problema de sangramento, mas depois volta ao normal (...) E dentista eu não procurei, por coisa minha mesmo, eu achei que não tinha necessidade.
E10 – Eu não tive como fazer porque meu marido tá desempregado... ...eu tenho uma menininha e nem tenho com quem deixá...	Eu não tive como fazer porque meu marido tá desempregado. No posto eu nem procurei... eu tenho uma menininha e nem tenho com quem deixá. Agora minha irmã vai me ajudá a olhá. Mas assim que meu marido consegui um emprego, aí, eu vou fazê limpeza, obturá, fazê o que precisa.
E11 – Acho que foi descuido...	Acho que foi descuido (...) Eu também

<p>Por causa da gravidez eu não podia passar no dentista...</p>	<p>achava que por causa da gravidez eu não podia passar no dentista. Não podia tomá anestesia, nem fazer obturação.</p>
<p>E12 – As outras vezes que eu fui não tinha vaga... lá no outro posto</p>	<p>Eu cheguei até a ir lá, mas elas não quiseram mexer por causa da gravidez, né, lá no outro posto. E as outras vezes que eu fui não tinha vaga; tinha muita gente já prá passar e elas não pegaram. Mandaram eu voltar outro dia.</p>
<p>E13 – Só que isso a gente não faz, porque só particular, né, que faz tratamento de canal... ...eu fiquei com medo de tomar anestesia, mesmo ela falando que podia...</p>	<p>Aí, ela falou assim: ah, se você quiser tratar, você é que sabe, né? Só que isso a gente não faz, porque só particular, né, que faz tratamento de canal ou se você quiser arrancar ele de uma vez, tirá, né? (...) Eu fiquei com medo de tomar anestesia, mesmo ela falando que podia, eu ainda fiquei meio assim... Aí, agora eu tô esperando eu tê primeiro prá depois tomá.</p>
<p>E14 – Os outro falô que não precisava...</p>	<p>Os outro falou que não precisava, que era só da gravidez mesmo...</p>
<p>E15 – Eu não sentia poblema nenhum</p>	<p>Ah, porque eu não sentia poblema nenhum.</p>
<p>E16 – Quando tá grávida, não se deve ir no dentista...</p>	<p>Eu sempre fiquei sabendo que... quando tá grávida, não se deve ir no dentista. É um erro, né, fiquei sabendo agora que pode ir (...) Fiquei com medo da anestesia, eu fiquei com medo dela prejudicá o nenê (...) Aí, eu to esperando passá a gestação prá mim podê tratá.</p>
<p>E17 – Por causa da gravidez mesmo... ... uma vez eu fui, num dentista... ela falô</p>	<p>Por causa da gravidez mesmo, né? Antes de engravidar eu tava fazendo tratamento</p>

que não era bom, né, porque eu tava grávida...	só que aí... depois eu tive que pará,... porque acho que não é bom, né, quando tá grávida, fazê essas coisa assim. Uma vez eu fui, num dentista, aí tinha que tomá uma anestesia ou uma coisa parecida e a dentista falô que não era bom, né, porque eu tava grávida...
E18 – Os pessoal mais velho diz que não é bom... ir quando tá gestante...	Os pessoal mais velho diz que não é bom...ir quando tá gestante porque dá hemorragia. É por isso que eu não fui até agora; mais eu tenho vontade de passar que meus dente tá doendo muito.
E19 – Porque diz que na gravidez não pode mexê com dente.	Porque diz que na gravidez não pode mexê com dente, né. Por causo de anestesia e essas coisa, né? Só sei que não pode... minha mãe fala, né?
E20 – Eu achei que não tinha problema não procurar.	Eu achei que não tinha problema não procurar.
E21 – Porque eu tava gestante... eu achava que não podia.	Ah, porque eu também tava gestante, ah, eu achava que não podia...
E22 – Porque é difícil consegui marcar dentista por aqui	Ah, porque é difícil, também, consegui marcar dentista por aqui, né?... Você marca hoje e só vai passá daqui a dois meses, três meses... Até lá o seu dente não tá mais doendo. Esse que é o problema.
E23 – Não tem problema, nem dói.	Porque só sangra quando eu escovo; caso contrário não tem problema, nem dói.

QuadroII – Instrumento de Análise de Discurso 2 para a questão 1

ANEXO 10

Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2) – Questão 2

QUESTÃO 2 - Você acha que mulher que fica grávida fica com mais problema nos dentes e na boca? Fale-me um pouco sobre isso.

Idéia Central	Expressões - Chave
E1 – Geralmente os dente estraga mais...	Geralmente os dentes estraga mais. Cada gravidez minha vai embora 3-4 dentes... Desta vez eu não tive muito problema, não. Acho que é o nenê que rouba as vitamina, né?
E2 – Eu não notei... mas eu já ouvi falar...	Eu não notei, assim, até agora, pelo menos na minha gestação, mas eu já ouvi falar; casos que já aconteceram. Por exemplo, a minha irmã piorou, no caso dela, mas a minha não piorou.
E3 – Ah, depende...	Ah, depende, muita gente tem os pobrema, mas tem outras que não tem. Eu como já tinha de começo e então resolvi num tratá, então deu no que deu.
E4 – Tá sujeita a ...	Tá sujeita a... sei lá se, falta cálcio que o neném puxa, às vezes, não sei... meu dente caiu inteiro, sozinho. Então, acho que a gente fica... com menos cálcio, né?... Não que seja uma coisa ruim. É normal, assim, né?...
E5 – Eu acho, né?...	Eu acho, né? Porque eu não sei, não.
E6 – Ah, fica...	Ah, fica, por causa que meus dente começo a ficá assim depois que eu engravidei; minha gengiva começô a

	sangrá depois que eu engravidei.
E7 – Eu acho que sim...	Eu acho que sim. Com certeza, porque também, até o dente que eu obturei, que faz pouco tempo, já tá caindo, depois que eu fiquei grávida. E tem um dente também, que tá furando, depois que eu fiquei grávida. E a minha gengiva tá sangrando também, depois que eu fiquei grávida. Mas eu não sei porque acontece.
E8 – Eu acho que não.	Eu acho que não.
E9 – Eu acredito que sim...	Eu acredito que sim, por falta de vitamina, cálcio.
E10 – Eu acho que não.	Eu acho que não.
E11 – Não, nunca ouvi nada disso.	Não, nunca ouvi nada disso.
E12 – Não, eu não notei nada diferente.	Não, eu não notei nada diferente.
E13 – Eu não sei...	Ah, eu não sei, né? Tem gente que fala que sim, né? Muitas mulheres falô prá mim, né, que sempre na gravidez o dente começa a doer, dá algum poblema no dente... Mas esse dente meu não foi por causa da gravidez, porque antes de eu ficar grávida eu já tinha ele ruim, né?
E14 – Não...	Não. Eu só tô sentindo essas dor, mas não...
E15 – Não, nunca ouvi falar.	Não, nunca ouvi falar.
E16 – Não...	Não, eu acho que é normal. Eu não senti nada.
E17 – Eu acho que sim...	Eu acho que sim, porque depois que eu engravidei começô os probleminha, dor de dente e a gengiva fica mais sensível.
E18 – Meus dente piorô muito... por	Meus dente piorô muito, por causa de

causa da gravidez.	cálcio dos dente; não sei o que dá nos dente, na boca, por causa da gravidez.
E19 – Acho que fica...	Acho que fica, por causa do leite... né? A mulher gasta 900 calorias, por causa da força dos dente.
E20 – Eu acho que sim...	Ah, eu acho que sim, por que eles ficam mais fraco, né? Eu senti diferença. Senti que Quando eu bato assim nos dentes da frente, dói... e não doía antes.
E21 – Não, eu nunca ouvi falar.	Não, eu nunca ouvi falar.
E22 – Eu não sei...	Eu não sei porque é a minha primeira gestação.
E23 – Eu acho que não...	Ah, eu acho que não; eu não notei nada.

Quadro III – Instrumento de Análise de Discurso 2 para a questão 2

ANEXO 11

Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 3 (IAD3) – Questão 1

QUESTÃO 1– Você acabou de me contar que você tem alguns probleminhas, mas apesar disso você não procurou uma consulta com o dentista, não é? Então me fale um pouco sobre isso.

IDÉIA CENTRAL 1: eu não procurei o dentista porque não pode fazer tratamento quando se está grávida.

Idéia Central	Expressões - Chave
E1 – Eu não posso tomá anestesia...	Eu tenho que tratar, mas não sei se vai dá, pois eu não posso tomá anestesia, né?
E2 – Porque na gestação, dizem que não pode mesmo, nem procurá o dentista...	Eu não tinha como ir, assim... Porque na gestação, dizem que não pode mesmo, né, nem procurá o dentista, não pode, até você ganhá o nenê(...) Fiquei esperando ganhá, prá depois ir atrás. Então eu tive que esperá.
E3 – Como eu tô grávida eu não posso ir no dentista...	Como eu tô grávida eu não posso ir no dentista. A doutora preferiu não extrair dente agora. Só depois que eu acabá a gestação.
E6 – Eu pensei que não podia na gravidez...	Por causa que eu pensei que não podia, né, na gravidez. As pessoa falava prá mim que não podia.
E11 – Por causa da gravidez eu não podia passar no dentista...	Eu também achava que por causa da gravidez eu não podia passar no dentista. Não podia tomá anestesia, nem fazer obturação.
E13 – Eu fiquei com medo de tomar anestesia, mesmo ela falando que podia...	Eu fiquei com medo de tomar anestesia, mesmo ela falando que podia, eu ainda

	fiquei meio assim... Aí, agora eu tô esperando eu tê primeiro prá depois tomá.
E16 – Quando tá grávida, não se deve ir no dentista...	Eu sempre fiquei sabendo que... quando tá grávida, não se deve ir no dentista. É um erro, né, fiquei sabendo agora que pode ir (...) Fiquei com medo da anestesia, eu fiquei com medo dela prejudicá o nenê (...) Aí, eu to esperando passá a gestação prá mim podê tratá.
E17 – Por causa da gravidez mesmo... ... uma vez eu fui, num dentista... ela falô que não era bom, né, porque eu tava grávida...	Por causa da gravidez mesmo, né? Antes de engravidar eu tava fazendo tratamento só que aí... depois eu tive que pará,... porque acho que não é bom, né, quando tá grávida, fazê essas coisa assim. Uma vez eu fui, num dentista, aí tinha que tomá uma anestesia ou uma coisa parecida e a dentista falô que não era bom, né, porque eu tava grávida...
E18 – Os pessoal mais velho diz que não é bom... ir quando tá gestante...	Os pessoal mais velho diz que não é bom... ir quando tá gestante porque dá hemorragia. É por isso que eu não fui até agora; mais eu tenho vontade de passar que meus dente tá doendo muito.
E19 – Porque diz que na gravidez não pode mexê com dente.	Porque diz que na gravidez não pode mexê com dente, né. Por causo de anestesia e essas coisa, né? Só sei que não pode... minha mãe fala, né?
E21 – Porque eu tava gestante... eu achava que não podia.	Ah, porque eu também tava gestante, ah, eu achava que não podia...

Quadro IV – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a questão 1 – Idéia Central 1

IDÉIA CENTRAL 2: eu não consegui tratar no posto de saúde.

Idéia Central	Expressões - Chave
E1 – Aqui no posto era prá ligá, não sei se tem vaga...	Aqui no posto (...) era prá ligá, eu não sei se tem vaga. Se tiver vaga eu tenho que tratar.
E4 – Eu tentei no SUS e não tinha vaga...	Eu tentei no SUS e não tinha vaga... Aqui eu tentei (...), também não consegui. Quando eu cheguei já era um pouco tarde.
E7 – No governo, aqui mesmo, eu falei, mas não consegui.	Porque é difícil, né? Particular você consegue, mas assim, no governo, aqui mesmo, eu falei, mas não consegui...
E12 - As outras vezes que eu fui não tinha vaga... lá no outro posto.	Eu cheguei até a ir lá, mas elas não quiseram mexer por causa da gravidez, né, lá no outro posto. E as outras vezes que eu fui não tinha vaga; tinha muita gente já prá passar e elas não pegaram. Mandaram eu voltar outro dia.
E13 – Só que isso a gente não faz, porque só particular, né, que faz tratamento de canal...	Aí, ela falou assim: ah, se você quiser tratar, você é que sabe, né? Só que isso a gente não faz, porque só particular, né, que faz tratamento de canal...
E22 – Porque é difícil consegui marcar dentista por aqui	Ah, porque é difícil, também, consegui marcar dentista por aqui, né?... Você marca hoje e só vai passá daqui a dois meses, três meses... Até lá o seu dente não tá mais doendo. Esse que é o problema.

Quadro V – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a questão 1 – Idéia Central 2

IDÉIA CENTRAL 3: eu não procurei o dentista por causa das condições financeiras.

Idéia Central	Expressões - Chave
E1 – Não fui por causa das condições...	Não fui por causa das condições. Porque eu pago aluguel, não tô trabalhando...
E4 – Particular agora também não tenho condições de fazer porque é muito caro...	Particular agora também não tenho condições de fazer porque é muito caro, né? Porque eles acham várias coisas. A gente pensa que tem uma coisa só, mas eles acabam achando várias coisas e eu não tive possibilidade de fazer mesmo.
E7 – Particular eu não tive condições.	Porque é difícil, né?(...) E particular eu não tive condições.
E10 – Eu não tive como fazer porque meu marido tá desempregado...	Eu não tive como fazer porque meu marido tá desempregado. No posto eu nem procurei... Mas assim que meu marido conseguiu um emprego, aí, eu vou fazê limpeza, obturá, fazê o que precisa.

Quadro VI – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a questão 1 – Idéia Central 3

IDÉIA CENTRAL 4: eu não procurei o dentista por descuido, achei que não precisava

Idéia Central	Expressões - Chave
E5 – Descuido.	Descuido. Só descuido mesmo. Fui deixando o tempo passar e agora não dá mais, né?
E9 – Por coisa minha mesmo, eu achei que não tinha necessidade.	Normalmente, a maioria das pessoas que eu conheço que fica grávida diz que tem esse problema de sangramento, mas

	depois volta ao normal (...) E dentista eu não procurei, por coisa minha mesmo, eu achei que não tinha necessidade.
E11 – Acho que foi descuido...	Acho que foi descuido...
E14 – Os outro falô que não precisava...	Os outro falou que não precisava, que era só da gravidez mesmo...
E20 - Eu achei que não tinha problema não procurar.	Eu achei que não tinha problema não procurar.

Quadro VII – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a questão 1 – Idéia Central 4

IDÉIA CENTRAL 5: eu não procurei o dentista porque achei que eu não tinha problema na boca.

Idéia Central	Expressões - Chave
E8 – Eu não ligo prá isso	Eu não ligo prá isso, eu não me importo. Acho que não precisa, não.
E15 – Eu não sentia poblema nenhum	Ah, porque eu não sentia poblema nenhum.
E23 - Não tem problema, nem dói.	Porque só sangra quando eu escovo; caso contrário não tem problema, nem dói.

Quadro VIII – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a questão 1 – Idéia Central 5

IDÉIA CENTRAL 6: eu não procurei o dentista porque não tinha tempo.

Idéia Central	Expressões - Chave
E6 – Falta de tempo...	Eu não procurei por causa de falta de tempo...
E10 – Eu tenho uma menininha e nem tenho com quem deixá...	Eu tenho uma menininha e nem tenho com quem deixá. Agora minha irmã vai me ajudá a olhá...

Quadro IX – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a questão 1 – Idéia Central 6

ANEXO 12

Desenvolvimento do Instrumento de Análise de Discurso 3 (IAD3) – Questão 2

QUESTÃO 2 - Você acha que mulher que fica grávida fica com mais problema nos dentes e na boca? Fale-me um pouco sobre isso.

IDÉIA CENTRAL 1: eu acho que a mulher, quando fica grávida, fica com mais problema na boca.

Idéia Central	Expressões - Chave
E1 – Geralmente os dente estraga mais...	Geralmente os dentes estraga mais. Cada gravidez minha vai embora 3-4 dentes... Desta vez eu não tive muito problema, não. Acho que é o nenê que rouba as vitamina, né?
E4 – Tá sujeita a ...	Tá sujeita a... sei lá se, falta cálcio que o neném puxa, às vezes, não sei... meu dente caiu inteiro, sozinho. Então, acho que a gente fica... com menos cálcio, né?... Não que seja uma coisa ruim. É normal, assim, né?...
E5 – Eu acho, né?...	Eu acho, né? Porque eu não sei, não.
E6 – Ah, fica...	Ah, fica, por causa que meus dente começo a ficá assim depois que eu engravidei; minha gengiva começô a sangrá depois que eu engravidei.
E7 – Eu acho que sim...	Eu acho que sim. Com certeza, porque também, até o dente que eu obturei, que faz pouco tempo, já tá caindo, depois que eu fiquei grávida. E tem um dente

	também, que tá furando, depois que eu fiquei grávida. E a minha gengiva tá sangrando também, depois que eu fiquei grávida. Mas eu não sei porque acontece.
E9 – Eu acredito que sim...	Eu acredito que sim, por falta de vitamina, cálcio.
E17 – Eu acho que sim...	Eu acho que sim, porque depois que eu engravidei começô os probleminha, dor de dente e a gengiva fica mais sensível.
E18 – Meus dente piorô muito... por causa da gravidez.	Meus dente piorô muito, por causa de cálcio dos dente; não sei o que dá nos dente, na boca, por causa da gravidez.
E19 – Acho que fica...	Acho que fica, por causa do leite... né? A mulher gasta 900 calorias, por causa da força dos dente.
E20 – Eu acho que sim...	Ah, eu acho que sim, por que eles ficam mais fraco, né? Eu senti diferença. Senti que Quando eu bato assim nos dentes da frente, dói... e não doía antes.

Quadro X – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a questão 2 – Idéia Central 1

IDÉIA CENTRAL 2: eu acho que a mulher, quando fica grávida, não fica com mais problema na boca.

Idéia Central	Expressões - Chave
E8 – Eu acho que não.	Eu acho que não.
E10 – Eu acho que não.	Eu acho que não.
E11 – Não, nunca ouvi nada disso.	Não, nunca ouvi nada disso.
E12 – Não, eu não notei nada diferente.	Não, eu não notei nada diferente.
E14 – Não...	Não. Eu só tô sentindo essas dor, mas não...

E15 – Não, nunca ouvi falar.	Não, nunca ouvi falar.
E16 – Não...	Não, eu acho que é normal. Eu não senti nada.
E21 – Não, eu nunca ouvi falar.	Não, eu nunca ouvi falar.
E23 – Eu acho que não...	Ah, eu acho que não; eu não notei nada.

Quadro XI – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a questão 2 – Idéia Central 2

IDÉIA CENTRAL 3: eu não sei se a mulher, quando fica grávida, fica com mais problema na boca. Depende...

Idéia Central	Expressões - Chave
E2 – Eu não notei... mas eu já ouvi falar...	Eu não notei, assim, até agora, pelo menos na minha gestação, mas eu já ouvi falar; casos que já aconteceram. Por exemplo, a minha irmã piorou, no caso dela, mas a minha não piorou.
E3 – Ah, depende...	Ah, depende, muita gente tem os problema, mas tem outras que não tem. Eu como já tinha de começo e então resolvi num tratá, então deu no que deu.
E13 – Eu não sei...	Ah, eu não sei, né? Tem gente que fala que sim, né? Muitas mulheres falô prá mim, né, que sempre na gravidez o dente começa a doer, dá algum problema no dente... Mas esse dente meu não foi por causa da gravidez, porque antes de eu ficar grávida eu já tinha ele ruim, né?
E22 – Eu não sei...	Eu não sei porque é a minha primeira gestação.

Quadro XII – Instrumento de Análise de Discurso 3 para a questão 2 – Idéia Central 3

ANEXO 13

**APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA
DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO**



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-COEP**

Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César

São Paulo-SP - CEP: 01246-904

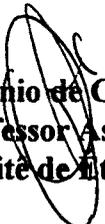
Telefone: (0xx11) 3066-7779 - e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/141/01

08 de agosto de 2001

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou**, em sua 6.^a/01, Sessão Ordinária, realizada em 07.08.01, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 543, intitulado: “PERCEPÇÃO DAS GESTANTES DE PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ - S.P., EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO”, apresentado pela pesquisadora Roberta Segato de Rosa Gentil de Oliveira.

Atenciosamente,


Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP