

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

**PAULO HENRIQUE GONÇALVES DO AMARAL**

**CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE BUCAL PARA O  
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

**DIVINÓPOLIS - MG  
2011**

<b>PAULO HENRIQUE GONÇALVES DO AMARAL</b>	<b>CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE BUCAL PARA O ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>UFMG 2011</b>
---	---	------------------

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

**PAULO HENRIQUE GONÇALVES DO AMARAL**

**CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE BUCAL PARA O  
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Marcia Helena Destro Nomelini.

**DIVINÓPOLIS - MG  
2011**

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

**PAULO HENRIQUE GONÇALVES DO AMARAL**

**CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE BUCAL PARA O  
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

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

Orientadora: Marcia Helena Destro Nomelini.

**Banca Examinadora**

Prof<sup>a</sup>. Marcia Helena Destro Nomelini - orientadora

Prof<sup>a</sup>. Gisele Macedo da Silva Bonfante

**Aprovado em Belo Horizonte 27/06/2011.**

*Dedicatória*

*Dedico este trabalho à memória de minha mãe, a mulher mais incrível com quem convivi e que me inspira a trabalhar por uma vida melhor. A ela, profundo amor, saudade e gratidão.*

*"Não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses."*

*Rubem Alves*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a meus familiares, aos amigos e parceiros de curso: Cláudio, Cynthia e Patrícia e à Professora Marcia Helena Destro Nomelini, por orientar cuidadosamente este trabalho.

## RESUMO

O presente estudo objetiva descrever as principais alterações bucais que acometem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e apresentar propostas de intervenções a serem realizadas pela equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de revisão narrativa. O atendimento preconizado pela ESF conta com atividades de prevenção e promoção de saúde, além de ações curativas e de reabilitação dirigidas à população adscrita. Diante das necessidades em saúde da população, destaca-se o ciclo gravídico-puerperal, composto por características peculiares que resultam em vulnerabilidades para as condições de saúde da mulher. O acompanhamento a gestantes e puérperas é considerado prioritário para as equipes de saúde na ESF, através da assistência Pré-Natal. O cuidado Pré-Natal é habitualmente realizado por médicos e enfermeiros, na rotina de trabalho da ESF, com importante atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS) na captação e no acompanhamento domiciliar das gestantes. Por outro lado, o acompanhamento de gestantes por cirurgiões-dentistas é reduzido e não padronizado na ESF. Essa realidade converge ao problema identificado pelo Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Nova Holanda de Divinópolis/MG, em 2009. Além de pautar-se em características da formação profissional do cirurgião dentista, com pouca ênfase na saúde pública, bem como no processo de trabalho da saúde bucal ainda focado no aspecto curativo; há ainda, a não procura de gestantes por atendimento odontológico relacionada a mitos e tabus quanto a possíveis prejuízos para a gestação ao se tratar os dentes. O trabalho mostrou a importância da atuação da equipe de saúde bucal no acompanhamento às gestantes e puérperas na ESF confrontando com tímida atuação nesse sentido. Sendo descritas as repercussões bucais mais comuns na gravidez/puerpério, propostas foram apresentadas para condução do cuidado odontológico da gestante e puérpera.

Palavras-chave: Saúde bucal. Cuidado Pré-Natal. Programa Saúde da Família.



## ABSTRACT

This report describes the main oral diseases that affect women in pregnancy and childbirth and to propose measures to be undertaken by oral health teams in the Family Health Strategy (FHS) by means of narrative revision. The service recommended by the FHS has activities on prevention and health promotion, and curative and rehabilitation services directed at the enrolled population. Given the health needs of the population, highlight the cycle pregnancy and postpartum, composed of peculiar characteristics that result in vulnerabilities to the health of women. Monitoring the pregnant and postpartum women is considered a priority for the health teams at FHS, through antenatal care. Prenatal care is usually performed by doctors and nurses in the routine work of the FHS, with the important role of community health agents (CHA) in the capture and home monitoring of pregnant women. Moreover, the monitoring of pregnant women by dentists is reduced and standardized in the FHS. This reality converges to the problem identified by the Health Diagnosis FHS Nova Holanda, Divinópolis/MG, in 2009. In addition to focus on traits of vocational training of dentists, with little emphasis on public health, as well as in the work process of oral health has focused on the curative aspect, there is also not seeking dental care for pregnant women related to myths and taboos about possible harm to the pregnancy to treat the teeth. The study showed the importance of team performance monitoring of oral health in pregnant and postpartum women in the FHS confronted with timid actions accordingly. As described the repercussions mouth more common in pregnancy / postpartum period, proposals were made to conduct the dental care of pregnant and postpartum women.

Keywords: Oral health. Pre-Natal Care. Family Health Program.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE.....</b>	<b>13</b>
<b>3. A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....</b>	<b>19</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>5. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>22</b>
<b>6. DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>23</b>
<b>6.1 Principais alterações no ciclo gravídico-puerperal.....</b>	<b>23</b>
<i>6.1.1 Modificações da mulher na gestação .....</i>	<i>23</i>
<i>6.1.2 As mudanças bucais na gestação.....</i>	<i>24</i>
<b>6.2 Comportamentos de risco durante a gravidez.....</b>	<b>25</b>
<i>6.2.1 O tabagismo no período gestacional.....</i>	<i>25</i>
<i>6.2.2 O consumo de álcool na gestação.....</i>	<i>26</i>
<b>6.3 Propostas de Intervenções em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.....</b>	<b>26</b>
<i>6.3.1 A captação e acompanhamento da gestante .....</i>	<i>26</i>
<i>6.3.2 Educação em saúde.....</i>	<i>27</i>
<i>6.3.3 A visita domiciliar.....</i>	<i>28</i>
<i>6.3.4 O cuidado clínico odontológico à gestante.....</i>	<i>29</i>
<i>6.3.5 Atenção à puérpera .....</i>	<i>30</i>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>33</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no Brasil se manteve durante muitos anos orientada para ações e práticas curativistas, conduzindo a um modelo incapaz de suprir a demanda da população por saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, permitiu a discussão do modelo assistencial praticado no país, sendo identificados diversos problemas e propostas novas possibilidades que viriam mais tarde a se concretizar na criação do Sistema Único de Saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, trouxe mudanças que implicaram na reorganização dos serviços de saúde. Representando um avanço do SUS, foi criado pelo Ministério da Saúde na década de 1990 o Programa Saúde da Família, o PSF, que previa a possibilidade de inversão do modelo de atenção à saúde. O atendimento preconizado pelo PSF enfatizava atividades de prevenção e promoção de saúde, além de ações curativas tradicionais dirigidas a uma população adscrita (SLOMP *et al.*, 2007).

A Atenção Básica, executada prioritariamente pela saúde da família em caráter substitutivo das unidades de saúde tradicionais, considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

A equipe básica de saúde da família, em princípio era composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um quadro de quatro a seis agentes comunitários de saúde, os ACS. Essa equipe mínima teria a função de assistir a comunidade de forma contínua e integral, de acordo com suas necessidades, com ações de prevenção e promoção da saúde, além de ações reabilitadoras (BODSTEIN, 2002).

De acordo com Andrade e Ferreira (2006), no ano 2000 a equipe de saúde bucal é oficialmente inserida no Programa Saúde da Família. A saúde bucal poderia então se dar na forma de equipes na modalidade I (com cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário) ou na modalidade II (com cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário), realizando assim como os outros profissionais da unidade de saúde, ações de prevenção e promoção à saúde, além do cuidado clínico.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica redefiniu e enfatizou as atribuições da equipe de saúde bucal, devendo a mesma participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos. A equipe de saúde bucal deve também cuidar da saúde da população adscrita no domicílio e nos demais espaços comunitários. Deve realizar ações de atenção integral, garantida mediante ações de promoção, prevenção e atendimento a demanda espontânea, trabalhar de forma humanizada e com criação de vínculo com a comunidade, encaminhando o usuário para outros níveis de cuidado, em caso de necessidade, além de realizar atividades de planejamento e avaliação do serviço e registro de dados nos sistemas de informação (BRASIL, 2006; PALMIER *et al.*, 2008).

A incorporação da equipe de saúde bucal na saúde da família objetivou renovar o modo de assistência odontológica, marcado nos anos anteriores por processos de trabalho como a Odontologia Sanitária, Odontologia Simplificada e posteriormente a Odontologia Incremental, que, ao atender escolares, fracassaram em produzir adultos com boa saúde bucal e forneceram aos adultos da época apenas os tratamentos mutiladores (PALMIER *et al.*, 2008).

Com a consolidação do PSF, o programa passou a se caracterizar como uma política de saúde permanente do Estado brasileiro, sendo renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006). Entretanto, ainda não se conseguiu um patamar ideal na assistência à saúde, o que na prática, requer uma verdadeira inversão da lógica de atuação. Os atendimentos de saúde precisam ser planejados de forma a equilibrar ações curativas e preventivas, valorizando a possibilidade de atendimentos a grupos definidos. Tal ação pretende resultar na melhoria do nível de saúde da população e na diminuição do atendimento à demanda espontânea.

## 2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE

### ***O Retrato da população acompanhada pela ESF Nova Holanda do município de Divinópolis/MG***

A análise das condições de saúde de uma população adscrita a determinado território, é estratégia principal para atuação das equipes de saúde da família. Reconhecer as necessidades de saúde que permeiam a população cadastrada é ponto de partida para a atuação de tais profissionais. Entretanto, a definição dos problemas de saúde deve ultrapassar a visão cartesiana em saúde, em busca de uma abordagem ampliada que considere demais dimensões determinantes da saúde. Dentre essas dimensões destacam-se os aspectos econômicos, ambientais, demográficos, epidemiológicos, de habitação, escolaridade, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, entre outros (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Nesse sentido, o diagnóstico situacional de saúde apresenta-se como ferramenta diferenciada na composição do perfil das necessidades de saúde de uma população. O diagnóstico situacional de saúde não deve coletar dados excessivos ou desnecessários. Deve adaptar as investigações de modo que reflitam as condições e particularidades da localidade. Deve ainda fomentar o envolvimento das pessoas da comunidade na definição de seus problemas e na identificação das soluções possíveis. O diagnóstico situacional de saúde é composto das seguintes fases: análise de registros escritos existentes ou fontes secundárias; entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área. Com os dados coletados torna-se possível descrever o perfil da população e identificar seus problemas e suas prioridades (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), da Universidade Federal de Minas Gerais/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, foi realizada em 2009 a atividade de Diagnóstico Situacional em Saúde da equipe Saúde da Família Nova Holanda. Os resultados dessa atividade foram postados na plataforma virtual Ágora, de controle institucional das atividades do curso, e as informações a seguir que fazem parte desse diagnóstico, colaboraram para a construção do Portfólio virtual desse curso.

Vale ressaltar que o portfólio é um conjunto de documentos produzidos a partir de atividades orientadas ao longo do curso de disciplinas. Tais documentos devem conter de forma sintética e avaliativa, o resultado de atividades e assim constituir uma base de dados que comporá o Trabalho de Conclusão de Curso (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2009).

A importância da realização do Portifólio se deu quando a problemática identificada para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso partiu da análise do Diagnóstico Situacional. Para escolha do tema, foi considerado problema relevante no cotidiano de trabalho da ESF Nova Holanda e a governabilidade do autor em abordar essa questão no desenvolvimento do presente trabalho.

### **O município de Divinópolis**

Divinópolis é uma cidade com cerca de 211.000 habitantes, que vem apresentando importante crescimento populacional por ser um pólo regional, nas áreas de saúde, comércio, ensino e indústrias. Como em muitas cidades brasileiras, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), o desenvolvimento social e a infra-estrutura não têm acompanhado o desenvolvimento econômico. Estando na posição geográfica da rota de tráfico de drogas do interior paulista até Belo Horizonte, Divinópolis tem sofrido com crescimento do número de usuários de drogas, violência, roubos. A cidade vive das indústrias, principalmente siderurgias, produção de roupas e do comércio em geral. Vem experimentando importantes possibilidades de desenvolvimento com implantação de vários cursos universitários e instalação do campus avançado da Universidade Federal de São João Del Rei. No âmbito da política, a representação na Câmara de Vereadores apresenta diversidade partidária. O município tem vários eventos de lazer de importância estadual e nacional, como a Festa da Cerveja, Festa à Fantasia, Divina Folia e outras, que movimentam o turismo e o comércio. Existem outros eventos culturais e esportivos que ainda resistem como o congado, teatro, torneios esportivos amadores.

Na área da saúde, é sede da micro e macrorregião, sendo pólo de referência para serviço de média e alta complexidade, atendimento de urgência e emergência, cuidado hospitalar, terapia de substituição renal (hemodiálise), tratamento oncológico (radio, quimioterapia e cirurgia), hospital psiquiátrico, serviço de hematologia e hemoterapia (Hemominas), várias clínicas especializadas. Conta com 15 unidades básicas, 14 equipes de PSF, 05 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), totalizando 65.631 pessoas atendidas, com cobertura de cerca de 31% da população. Este número representa um percentual muito inferior aos preconizados pelo Ministério da saúde (MS), deixando o município em situação precária quanto à atenção básica de saúde. Os baixos salários e as condições de trabalho insuficientes dificultam a contratação e manutenção de profissionais de saúde.

## **A ESF Nova Holanda**

A ESF Nova Holanda é fruto da divisão da antiga ESF Santos Dumont em duas equipes de saúde da família. A ESF Santos Dumont foi inaugurada a cerca de 8 anos, atendendo a população dos seguintes bairros: Santos Dumont, Nova Holanda, Santa Tereza, Terra Azul, Maria Peçanha, Quinta das Palmeiras, Cidade Jardim, Costa Azul, Aeroporto, Nossa Senhora de Lourdes e Mar e Terra, com população total superior a 5000 pessoas.

Como a população era superior à preconizada pelo Ministério da Saúde, após anos de batalha da comunidade e da equipe de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis providenciou o processo de divisão da ESF Santos Dumont, que se concretizou na criação da ESF Nova Holanda, que passou a realizar a assistência da população dos seguintes bairros: Nova Holanda, Santa Tereza, Cidade Jardim, Nossa Senhora de Lourdes e Mar e Terra, com cerca de 2800 usuários. A equipe de saúde da antiga ESF Santos Dumont assumiu a nova ESF Nova Holanda e outra equipe foi admitida para assumir a ESF Santos Dumont.

Em fevereiro de 2011, em casa alugada adaptada para ser unidade de saúde, foi inaugurada a ESF Nova Holanda, situada à Rua Frei Respício 271, bairro Nova Holanda, Divinópolis-MG, em uma área relativamente central para o atendimento da população adscrita. A área física da unidade é relativamente boa e apresenta divisão satisfatória, embora a recepção fique tumultuada por ser improvisada na garagem do imóvel. A recepção improvisada, por vezes se torna motivo de irritação dos usuários e dificulta o atendimento dos profissionais de saúde. O acesso não é adequado para portadores de necessidades especiais, como cadeirantes por exemplo. Não existem cadeiras suficientes para todos os usuários e muitos aguardam de pé o chamado para consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. Já houve necessidade de abrigar os usuários dentro da unidade porque a chuva molhava a área de recepção. Não existe sala de reunião, sendo utilizada a recepção como local substituto para atividades em grupo realizadas pela equipe. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos com hipertensos e diabéticos, por exemplo) são realizados em igrejas, salões comunitários e residências cedidas. A unidade encontra equipamentos básicos para atendimento, com falta ocasional de materiais de consumo.

A ESF Nova Holanda conta com um médico generalista, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, o presente autor como cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal e quatro agentes comunitárias de saúde. A ESF encontra dificuldades para



referência às especialidades, bem como acesso à informações de contra-referência. Há escassez em relação a consultas com especialistas e exames complementares.

Não há Conselho de Saúde Local em funcionamento na região, dificultando a participação popular nas decisões do serviço de saúde. A atual gestão municipal apóia a idéia da criação de Conselhos Setoriais, porém pouco foi alcançado nesse sentido.

### **Aspectos socioeconômicos da população atendida**

A maior parte da população economicamente ativa trabalha em regiões centrais e industriais da cidade e mesmo em outros municípios, havendo poucos postos de trabalho nos bairros. Grande parte da população ativa trabalha na prestação de serviços, no comércio, indústria e na economia informal. Existem muitas pessoas desempregadas e subempregadas. É crescente o consumo de álcool e drogas ilícitas na região, o que reflete no aumento da violência, associado à falta de planejamento de segurança pública na área.

Existe apenas uma Escola Municipal de ensino fundamental na região. Sua estrutura física é boa, mas não atende a totalidade da população, obrigando algumas crianças a estudarem em escolas de outras regiões. A inexistência de Ensino Médio e Creches na região representam fatores limitantes para educação da população. Essas informações são fruto da observação dos trabalhadores em saúde e não se baseiam em dados estatísticos.

### **Observação ativa**

Para obtenção dessas informações, toda a equipe de saúde se mobilizou para observar os principais problemas que afligem a população adscrita à ESF Nova Holanda.

- Esgoto a céu aberto.
- Conselho Local de Saúde inativo.
- Poucas opções de lazer.
- Crescimento do consumo de tabaco, álcool e drogas, inclusive por gestantes.
- Alto índice de violência.
- Ruas sem pavimentação.
- Coleta de lixo irregular.

- Lotes vagos sem muramento e com vegetação alta.
- Falta de creche e escola secundária.
- Ausência de projeto de assistência ao adolescente.
- Baixo índice de exames preventivos do câncer de colo de útero e mama.
- Organização da população em Associações Comunitárias.
- Cobertura vacinal adequada.
- Grande demanda espontânea em odontologia, sobretudo gestantes com urgências.
- Falta de acompanhamento de gestantes por profissionais da equipe, excetuando-se o pré-natal médico.
- Presença de quadras esportivas.

### **Principais problemas identificados**

Estas informações são oriundas da observação ativa da equipe de saúde, bem como colhidas em entrevistas com informantes-chaves da comunidade.

- Necessidade de Ativação do Conselho Local de Saúde.
- Esgoto a céu aberto.
- Crescente consumo de tabaco, drogas e álcool, sobretudo por gestantes.
- Não acompanhamento de gestantes por outros profissionais da equipe, como o cirurgião-dentista.
- Ausência de creche e escola secundária.
- Poucas opções de lazer.

### **Ações propostas**

- Necessidade de Ativação do Conselho Local de Saúde.
- Canalização do esgoto a céu aberto.
- Intervenção para redução do consumo de tabaco, drogas e álcool, sobretudo por gestantes.
- Captação da gestante para acompanhamento de outros profissionais da equipe, entre os quais o cirurgião-dentista.
- Criação de creche e escola secundária.
- Criação de opções de lazer.

O diagnóstico situacional de saúde da ESF Nova Holanda, entre outros problemas, evidenciou a necessidade de um olhar mais abrangente da equipe sobre a gestante. Esse problema revela a possibilidade de ação imediata da equipe de saúde bucal, mediante preparação científica e reorganização do processo de trabalho. O crescente consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas por gestantes pode comprometer a formação e a saúde do bebê e da própria mulher, ao que a equipe deve intervir com abordagens de educação em saúde. A não captação da gestante para o cuidado odontológico leva a exacerbação de problemas bucais comuns nesse período, em diversas vezes culminando em quadros de urgência. O não acompanhamento odontológico da gestante torna o bebê vulnerável a problemas de ordem bucal, primeiro pela possibilidade de transmissão de microrganismos da mãe para o filho e segundo pelo possível despreparo da mãe em cuidar da saúde bucal do filho, por falta de informação.

Pelo exposto, a equipe de saúde bucal, através das informações colhidas no diagnóstico situacional, deve realizar um acompanhamento criterioso da gestante, observando as particularidades desse período de vida sob aspectos biológicos e emocionais, de modo a conduzi-lo sob as vias da prevenção, promoção em saúde e cuidado clínico.

### 3. A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO:

#### O “*não*” acompanhamento odontológico das gestantes – desvelando essa questão

O acompanhamento das gestantes, na Estratégia Saúde da Família (ESF), é considerado ação prioritária a ser realizada pelas equipes de saúde, através da assistência Pré-Natal (BRASIL, 2006; MINAS GERAIS, 2006a; COELHO; PORTO, 2009).

As características peculiares que permeiam o ciclo gravídico-puerperal colocam as mulheres em estado vulnerável em relação as suas condições de saúde. Dessa forma, o acompanhamento Pré-Natal, sistemático e de qualidade, realizado pela equipe de saúde previne agravos e promove a manutenção de uma gestação saudável (BRASIL, 2006; COELHO; PORTO, 2009).

Conforme diretrizes do Ministério da Saúde, as equipes de saúde da família são compostas minimamente por: um médico generalista, um enfermeiro, de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACSs), até dois técnicos de enfermagem e a equipe de saúde bucal (BRASIL, 2006). A constituição da equipe de saúde bucal se dá por uma escolha da Gestão Local, sua composição varia entre duas modalidades: modalidade I com cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário, e modalidade II - com cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário (BODSTEIN, 2002; ANDRADE; FERREIRA, 2006; BRASIL, 2006).

Entretanto, enquanto a regulamentação da ESF se deu, no cenário nacional, na década de 90, a incorporação da equipe de saúde bucal nessas equipes, ocorreu a partir do ano 2000 (ANDRADE; FERREIRA, 2006; PALMIER *et al.*, 2008). A falta de sincronicidade no estabelecimento dessas equipes apresenta reflexos, ainda, nos dias de hoje. É um desafio organizar a assistência em saúde bucal sob a ótica de promoção em saúde proposta pelas diretrizes da ESF (MINAS GERAIS, 2006a; PALMIER *et al.*, 2008).

Divergências assistenciais resultantes desse processo expressam-se também na assistência às gestantes. Observa-se que o cuidado prestado ao grupo de mulheres no ciclo gravídico-puerperal é comum aos profissionais médicos e enfermeiros, na rotina de trabalho da ESF. Vale ressaltar a atuação dos ACSs na captação e no seguimento domiciliar para as gestantes. Porém, entre os dentistas da ESF, a prática Pré-natal, de acompanhamento das gestantes é pouco privilegiada (MINAS GERAIS, 2006a; MINAS GERAIS, 2006b; PALMIER *et al.*, 2008).

Os motivos para não priorização dessa assistência, no cotidiano de trabalho da odontologia na saúde da família, são amplos e complexos. Condizem com as características da formação desse profissional, ainda limitadas quanto aos aspectos da

saúde coletiva, com inabilidades individuais entre os dentistas e também com a própria organização da rotina da unidade, na qual esse profissional é chamado a atender uma demanda emergente de procedimentos curativos (MINAS GERAIS, 2006b; PALMIER *et al.*, 2008).

Por outro lado, as equipes de saúde bucal têm muito a contribuir para realização do Pré-natal de qualidade, implementando ações em saúde para a promoção do ciclo gravídico-puerperal saudável. Como exemplo, observa-se que alterações na cavidade bucal dificultam desde a nutrição até o repouso das gestantes, o que interfere na evolução de sua gravidez (MINAS GERAIS, 2006a; MINAS GERAIS, 2006b; PALMIER *et al.*, 2008).

Por essas razões, o presente estudo objetiva descrever as principais alterações bucais que acometem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e apresentar propostas de intervenções a serem realizadas pela equipe de saúde bucal na ESF.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **Objetivo Geral:**

Apresentar a importância da atuação da equipe de saúde bucal no acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal na Estratégia Saúde da Família.

##### **Objetivos Específicos:**

Descrever as principais alterações bucais que acometem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Apontar propostas de intervenções a serem realizadas pela equipe de saúde bucal na ESF.

## 5. CAMINHOS METODOLÓGICOS

É sugerido que, em se tratando do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, seja apresentada uma revisão de literatura, utilizando como tema questões da atenção primária à saúde da ESF, correlacionando o contexto de trabalho ao conteúdo e motivações do estudo (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2009)

Os artigos de revisão caracterizam uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informação bibliográfica ou eletrônica para obtenção de dados de pesquisa de outros autores, visando fundamentar teoricamente um determinado objetivo (ROTHER, 2007).

As revisões narrativas são publicações amplas, apropriadas para discutir o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Em geral, a revisão narrativa não informa fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca de referências, nem os critérios para avaliação e seleção dos trabalhos utilizados, constituindo basicamente a análise da literatura escolhida (ROTHER, 2007).

Para a construção do presente estudo foi realizada uma revisão narrativa, que consta da avaliação de forma não sistematizada de publicações relacionadas ao tema saúde bucal e acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal, sendo para tanto utilizados artigos, monografias, livros, manuais técnicos e legislações para a análise.

Como critério de inclusão, foram consideradas a relevância e a atualidade das produções científicas relacionadas ao tema do trabalho. Tal levantamento bibliográfico ocorreu em bases eletrônicas por bibliotecas virtuais em saúde como: BIREME, LILACS e SCIELO. A pesquisa se deu em abril de 2011, foram consideradas produções científicas a partir da década de 1990 até os tempos atuais, buscando a correspondência entre a produção científica e a implantação da ESF no Brasil. Também foram utilizados para complementar o resultado, o próprio Portfólio e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), da Universidade Federal de Minas Gerais/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva relacionados ao Processo de Trabalho, Saúde Bucal e Saúde da Mulher.

Os resultados obtidos com a análise das publicações utilizadas foram apresentados de forma discursiva-narrativa, conforme os objetivos, organizados em dois conteúdos centrais: principais alterações bucais no ciclo gravídico-puerperal e propostas de intervenções de saúde bucal na ESF.

## 6. DESENVOLVIMENTO

### ***Apresentação das contribuições da saúde bucal para abordagens no Pré-Natal***

#### **6.1 Principais alterações no ciclo gravídico-puerperal**

##### *6.1.1 Modificações da mulher na gestação*

O corpo da mulher passa por muitas modificações no período de gestação, representando assim um período crítico no ciclo de vida feminino. Tais alterações, em contraste daquelas consideradas patológicas, representam processos fisiológicos decorrentes da preparação do organismo feminino para a geração e desenvolvimento do feto (MOIMAZ *et al.*, 2006).

A mais notável alteração que ocorre durante a gestação é a elevação de peso da mulher, de cerca de 12 quilogramas devido ao crescimento do bebê, principalmente nos meses finais da gestação (COUTINHO, 2006; SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

O sistema cardiovascular também passa por grandes modificações durante a gestação, caracterizadas pelo aumento do débito cardíaco e variações na pressão arterial (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

Ocorrem o aumento do volume sanguíneo em função da maior quantidade de líquidos no organismo e alterações na coagulação, que predispõe ao tromboembolismo, caracterizando processos adaptativos da mulher à gestação (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006). O acréscimo do volume sanguíneo pode criar um quadro de anemia fisiológica, que por sua vez pode resultar em taquicardia (COUTINHO, 2006).

As alterações metabólicas gestacionais se mostram principalmente na elevação da taxa de excreção renal e em função das alterações hepáticas. Pode ocorrer ainda fadiga no metabolismo de carboidratos, exigindo aumento nos níveis de insulina, levando ao diabetes gestacional (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006). O aumento na demanda de energia para o crescimento fetal e da placenta afeta o metabolismo de alguns nutrientes, podendo causar a deficiência de ferro e ácido fólico. Sendo o íon ferro importante para a eritropoese, o ácido fólico para a síntese de aminoácidos e ácidos nucleicos, devem ser administrados suplementos dessas substâncias durante a gestação.

A êmese acontece em uma a cada duzentas gestantes. Em situações extremas de hiperêmese, pode ocorrer desidratação e perda de peso. A etiologia desse problema ainda é desconhecida, mas tem sido associada à elevação dos níveis de gonadotrofina coriônica e à hipoglicemia (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

As alterações hormonais intensas, durante a gestação, como o aumento da produção de gonadotrofina coriônica, estrogênios, progesterona e somatomatotropina



(hormônio lactogênio placentário) estão relacionadas às modificações do útero (SILVA, STUANI e QUEIROZ, 2006).

Durante a gestação, ocorre queda do volume respiratório residual em função do deslocamento do diafragma (COUTINHO, 2006).

Além das mudanças físicas ocorridas no período de gestação, a mulher passa por mudanças emocionais, envolvendo crenças e mitos, à saúde do binômio mãe-filho (CODATO *et al.*, 2008). É de grande importância que os profissionais da saúde envolvidos com o atendimento à gestante estejam atentos a alterações, sejam elas de ordem fisiológicas ou psíquicas. Os cuidados devem ser duplos, tanto para com o feto como para a mãe que em breve o receberá (MOIMAZ *et al.*, 2006).

### 6.1.2 As mudanças bucais na gestação

As mudanças hormonais na gestante, expressas principalmente pela elevação das taxas de estrogênio e progesterona, levam à exacerbação de inflamações gengivais pelo aumento da vascularização da área, descamação e fragilidade do epitélio gengival. Na literatura científica não existe evidência clara de que o risco à cárie dentária torna-se aumentado durante a gestação. Tal hipótese é de difícil comprovação, uma vez que o processo de desenvolvimento da cárie dentária demanda um período mais longo de tempo. É também importante considerar que a cárie dentária é uma doença multifatorial e nesse sentido, a presença de um fator isolado como a gravidez, não é o suficiente para desencadear o processo (COUTINHO, 2006).

Ocorrem mudanças na composição da saliva da gestante, entre as quais a diminuição de sódio, o aumento nos níveis de potássio, proteínas e estrogênio levam à queda de pH, reduzindo, portanto, a sua capacidade tampão podendo favorecer a desmineralização e a formação de cárie (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

Mudanças na fisiologia gengival das gestantes podem se manifestar, com uma tendência ao agravamento da gengivite, que se torna mais perceptível na presença de fatores irritantes locais (MOIMAZ *et al.*, 2006). Tais mudanças, como hiperemia, edema e sangramento gengival, estão relacionados a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis hormonais, presença de placa bacteriana, bem como o estado transitório de imunodepressão (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

O granuloma gravídico acomete de 1 a 5% das mulheres grávidas e surge principalmente devido à angiogênese aumentada pelos níveis plasmáticos de estrogênio elevados, associado à irritação local como trauma, placa bacteriana e cálculo dental. É uma lesão proliferativa não neoplásica, caracterizada como um processo inflamatório cuja localização mais comum é na gengiva na região anterior da maxila. Clinicamente o

granuloma gravídico apresenta-se como uma massa nodular de crescimento lento, avermelhada, mole à palpação e com tendência à hemorragia espontânea. O tratamento se baseia na remoção da causa. O risco de erosão dental, relacionado aos episódios de vômito, ainda não são comprovados cientificamente (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

## **6.2 Comportamentos de risco durante a gravidez**

### *6.2.1 O tabagismo no período gestacional*

O hábito de fumar no período de gravidez prejudica tanto a mãe quanto o feto. As implicações vão além dos prejuízos à saúde materna: os malefícios sobre a saúde fetal são tantos, que o feto pode ser considerado um fumante passivo. O fumo na gravidez pode causar aumento nos casos de baixo peso ao nascer, partos prematuros e mortes perinatais. O tabagismo na gestação é associado a alterações no desenvolvimento do sistema nervoso central e com a síndrome da morte súbita (MACHADO; LOPES, 2009).

O feto não pode ser comparado a um fumante passivo que inala fumaça de cigarro involuntariamente em um ambiente aéreo, ele se apresenta muito mais vulnerável, numa fase de risco que pode comprometer seu desenvolvimento. A gestante quando fuma, expõe seu feto tanto aos componentes da fumaça do cigarro que cruzam a placenta, como às alterações na oxigenação e metabolismo placentário e às mudanças no seu próprio metabolismo secundárias ao fumo (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001).

Por mecanismos ainda não esclarecidos, talvez relacionados à inibição da prolactina, o fumo diminui a produção de leite na lactante bem como o tempo de lactação, o que compromete o ganho de peso do bebê (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001).

O acompanhamento de saúde durante a gestação pode ser o momento mais propício para esclarecimentos sobre os riscos do fumo, momento em que as gestantes podem ainda expor suas dúvidas, medos e angústias decorrentes da gravidez. Tais sentimentos podem desencadear ansiedade e depressão, o que por consequência pode levar ao início do tabagismo, pois o fumo costuma estar associado a propriedades relaxantes (MACHADO; LOPES, 2009).

A gestação é um momento especial para a promoção da cessação do tabagismo. A preocupação com a saúde do feto gera uma grande motivação na gestante. Os resultados e a relação custo-efetividade das intervenções são melhores neste grupo do que na população em geral. Os ganhos extrapolam os benefícios à saúde da mulher, pois permitem também o desenvolvimento de um feto mais saudável (LEOÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004).

### *6.2.1 O consumo de álcool na gestação*

O álcool, quando da ingestão pela gestante, atravessa a barreira placentária e faz com que o feto receba as mesmas concentrações da substância que a mulher. No entanto, a exposição do feto é maior, pois o metabolismo e eliminação são mais lentos, o que faz com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool não modificado em acetaldeído. Essa situação é ocasionada pela ausência de enzimas em quantidade necessária para a degradação de tais substâncias (FIORENTIN; VARGAS, 2006).

A abordagem durante conversas com gestantes sobre os efeitos deletérios do consumo de álcool durante a gestação para o bebê são extremamente importantes (BENTO, 2008). O consumo do álcool neste período não se manifesta apenas no desenvolvimento da dentição, mas em todo o organismo da criança. Deve-se estar atento para o período crítico da teratogenicidade do álcool, que é o primeiro trimestre de gestação, por ser período de formação do feto e no qual, muitas vezes a gestação pode passar despercebida.

O uso de álcool pela gestante pode contribuir para o ganho de peso gestacional insuficiente, menor frequência aos serviços de pré-natal e maior utilização de outras drogas. As repercussões diretas do problema para o feto e recém-nascido também são variadas, entre elas o maior risco de malformações, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, prematuridade, asfixia e mortalidade perinatal, além de diversos problemas físicos e mentais (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

Com intervenções breves e simples, gestantes podem ser encorajadas a cessar o consumo de álcool na gestação. Além de evitar complicações na gestação atual, uma abordagem neste momento é a oportunidade de prevenir o problema em gestações futuras e favorecer uma maternagem segura e responsável (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

## **6.3 Propostas de Intervenções em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família**

### *6.3.1 A captação e acompanhamento da gestante*

A captação da gestante para o acompanhamento pré-natal deve ser feita pelo Agente Comunitário de Saúde ou através da procura espontânea da mulher com suspeita de gravidez acessando diretamente a equipe de saúde o mais rápido possível, preferencialmente até o quarto mês de gestação. Caso se confirme a gestação, é realizado o cadastro da mulher no Programa de Humanização do Pré-Natal – PHPN, através do preenchimento da Ficha de Cadastramento do SISPRENATAL, fornecendo o número e anotando-o no Cartão da Gestante. A partir desse momento, toda a equipe da

ESF passa a ser responsável pelo acolhimento da gestante (MINAS GERAIS, 2006a; MINAS GERAIS, 2006b)

Para o acompanhamento médico pré-natal deve acontecer a abertura do prontuário, preenchida a ficha constando da história clínica perinatal, além do Cartão da Gestante, sendo de extrema importância o preenchimento correto, pois ele é o meio de comunicação entre a gestante, equipe ESF e profissionais da maternidade. O médico avaliará o risco gestacional em cada uma das consultas pré-natal (MINAS GERAIS, 2006a)

A gestante deve receber apoio e informações diversas de toda a equipe de saúde no pré-natal, as quais possivelmente serão revertidas num parto mais saudável e num ambiente doméstico mais equilibrado (COUTINHO, 2006). Para tanto, a equipe multidisciplinar da ESF deve se engajar no atendimento à gestante e não apenas o profissional médico, como usualmente ocorre nas unidades primárias de saúde (PEREIRA, 2010).

Toda a equipe deve realizar atividades educativas, informando e orientando sobre a importância da realização do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o parto e para o aleitamento materno, além dos cuidados com o bebê. A equipe deve também realizar visitas domiciliares, para o monitoramento da saúde da gestante, para orientar sobre os cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários (MINAS GERAIS, 2006a)

É necessário promover a saúde e o bem-estar do indivíduo e da coletividade, por meio de ações multidisciplinares, a fim de contribuir para a redução da demanda por serviços médicos e dos gastos na atenção secundária e terciária (GONÇALVES, 2010).

Os grupos com gestantes devem ser realizados de maneira informal e oferecer informações que sejam importantes e objetivas, de acordo com o interesse das participantes, permitir a troca de experiências e contar sempre com a participação de uma equipe multiprofissional de saúde (MINAS GERAIS, 2006a)

### *6.3.2 Educação em saúde*

Durante o período gestacional a mulher normalmente se coloca mais receptiva a novos conhecimentos, que podem levar à adoção de novas e melhores práticas de saúde, cujos benefícios poderão se estender a todos os membros da família, devido ao importante papel desempenhado pela mãe no cuidado da família. Projetos de educação em saúde bucal para gestantes devem ser iniciados pelos profissionais com a discussão de tabus, para que o cuidado à gestante seja desmitificado. Assim, haverá uma melhor

adesão ao plano de tratamento e a gestante se sentirá segurança e motivada ao pré-natal odontológico (CODATO *et al.*,2008).

O campo de atuação do cirurgião-dentista no atendimento a gestantes e recém-nascidos é muito amplo. Há possibilidades para desenvolvimento de atividades de educação em saúde em grupo, para promoção da saúde com as mulheres, tanto na gestação como no período puerperal (PEREIRA, 2010).

É de grande importância fornecer orientações em relação à saúde bucal no período pré-natal, que devem prosseguir continuamente no período pós-natal (COUTINHO, 2006). Estas informações são necessárias para conscientização e construção de conhecimentos pelos pais, sobretudo, quando há integração multidisciplinar combinando esforços de dentistas e outros profissionais da equipe. No período gestacional, estando a mulher mais susceptível a problemas periodontais, o cirurgião-dentista deve intervir tanto na vertente preventiva, com informações sobre autocuidado, como no cuidado clínico (COUTINHO, 2006; MOIMAZ *et al.*, 2006).

Programas odontológicos dirigidos às gestantes são importantes para orientá-las de forma precoce sobre manutenção da saúde bucal (COUTINHO, 2006). Entretanto, mesmo sendo o tratamento das doenças já instaladas indispensável, a atenção deve se fundamentar na promoção de saúde, com uma abordagem integral do indivíduo e baseando-se em medidas educativas e preventivas. O profissional deve recomendar à gestante o uso inteligente do açúcar, restringindo o número de exposições à sacarose e aumentando do intervalo de exposição. Deve-se ainda enfatizar a importância dos cuidados diários, com a escovação dos dentes após cada refeição e antes de dormir. Em casos de sangramento gengival, a higienização bucal deverá ser feita com melhor atenção e a gestante deverá procurar a ajuda do profissional. O cirurgião-dentista deve ensinar de forma metódica a escovação, o uso do fio dental e o auto-exame da boca, para que sejam evitados problemas periodontais e de cárie durante a gestação (MINAS GERAIS, 2006b).

O cirurgião-dentista deve realizar o cuidado às gestantes baseado na realização de ações em três níveis: ações educativas em saúde bucal, no atendimento clínico odontológico de acordo com a necessidade da gestante, e no atendimento às urgências e emergências odontológicas (MINAS GERAIS, 2006b).

### 6.3.3 A visita domiciliar

A equipe de saúde deve realizar visitas domiciliares à gestante, com o objetivo de monitorar sua saúde, orientar os cuidados adequados e detectar fatores que possam representar riscos para a continuidade do processo gestacional (MINAS GERAIS,2006b).

A equipe de saúde deve criar uma forma e registro para controlar a participação da gestantes de atividades e atendimentos em saúde no período gestacional. Esse controle permitirá que a equipe organize visitas domiciliares para saber o motivo das faltas (COELHO; PORTO, 2009).

Não há um roteiro pré-definido com relação à visita domiciliar do cirurgião-dentista à gestante. Entretanto, este deve ser um momento para reafirmar o acolhimento e reforçar o vínculo profissional/usuária. É o momento em que o profissional de saúde bucal poderá conhecer a realidade de vida da gestante, sua estrutura familiar e seus hábitos, podendo assim contribuir com informações que possam ajudar nesse período de vida. É momento também de investir na educação em saúde com informações sobre a gestação, saúde bucal, higiene bucal e cuidado com o futuro bebê.

#### *6.3.4 O cuidado clínico odontológico à gestante*

Ainda existe uma idéia popular rica em atributos negativos relacionados ao tratamento odontológico durante gravidez como por exemplo: “a cada gravidez, a mulher perde um dente”; “ocorre enfraquecimento dos dentes da mãe pois o feto rouba cálcio deles”, além de preocupações com a formação do feto ou até a perda do mesmo devido ao uso de anestésico odontológico (CODATO *et al.*, 2008). A maioria dos medos, embora sem suporte científico, contribuem para afastar a gestante da atenção odontológica, devendo o profissional esclarecer tais mitos.

Muitas gestantes enfrentam dificuldades para receberem tratamento odontológico, provavelmente porque ainda prevalece uma crença bastante difundida de que gestante não pode tratar os dentes, e do outro lado, existe uma recusa de muitos cirurgiões-dentistas em prestar-lhes serviços, sob alegações sem fundamentação científica, o que acaba por reforçar o tabu criado (COUTINHO, 2006).

A captação da gestante pelo cirurgião-dentista deve ocorrer tão logo se confirme a gravidez. No primeiro trimestre da gestação, o profissional deve enfatizar a promoção e prevenção, oferecendo informações sobre saúde bucal à mulher. Ainda neste período, a gestante deve ser avaliada e seu tratamento odontológico planejado. O ideal é que os procedimentos odontológicos ocorram no segundo trimestre da gestação, com a realização da adequação do meio bucal com restaurações, raspagens periodontais e exodontias, caso necessário. Deve-se atender prontamente a gestante em situação de urgência odontológica, para que sejam evitadas dores e instalações de infecções. Já no terceiro trimestre, o ideal é que se volte a trabalhar questões de educação em saúde com informações sobre o cuidado do bebê, que está por vir (MINAS GERAIS, 2006a).

O profissional deve ter especial atenção para a correta escolha de anestésicos e medicamentos para administração em gestantes, para que o objetivo do tratamento odontológico seja alcançado, sem que haja danos à saúde da gestante e do feto (MARTINS *et al.*, 2006; MINAS GERAIS, 2006a).

Todos os anestésicos locais utilizados atualmente são lipossolúveis e atravessam a placenta. A solução anestesia local de maior segurança é a lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000, no máximo 2 tubetes (3,6 ml), com aspiração prévia e injeção lenta. Deve-se evitar o uso do anestésico prilocaína com o agente vasoconstritor felipressina (MINAS GERAIS, 2006a).

### 6.3.5 Atenção à puérpera

Após o nascimento, a maternidade deve notificar a unidade de saúde sobre o ocorrido, informando as condições de saúde da mãe e da criança (Minas Gerais, 2006a). Com o retorno à residência, a puérpera e o recém-nascido devem receber a visita do agente comunitário de saúde nas primeiras 24 horas após a alta, momento em que tal profissional fornecerá as primeiras orientações com relação à saúde do bebê.

A puérpera deve ser atendida na unidade de saúde por duas vezes após o parto, uma entre sete e dez dias e segunda entre trinta e quarenta dias, sendo que, se a gestação foi de risco habitual a consulta pode ser realizada pelo médico da unidade primária, e quando foi de alto risco, os atendimentos devem ser realizados pelas unidades de referência (MINAS GERAIS, 2006b). O cirurgião-dentista deve na mesma oportunidade abordar a puérpera e realizar orientações, verificar seu estado de saúde e se necessário, agendar continuação do tratamento odontológico.

No período puerperal devem ser reforçadas com a mãe informações sobre cuidados essenciais com neonatos, incentivos à amamentação, imunizações, gestão de doenças, nutrição, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e prevenção de acidentes (MINAS GERAIS, 2006a; MINAS GERAIS, 2006b; SLOMP *et al.*, 2007).

Os atendimentos mais complexos que não foram passíveis de realização no período de gestação devem ser realizados e concluídos após o parto, sobretudo os casos de cirurgias bucais eletivas (MINAS GERAIS, 2006a; MINAS GERAIS, 2006b). A prescrição de medicação para a puérpera deverá ser cuidadosa, pois estando em período de lactação, a saúde do bebê pode ser afetada (MINAS GERAIS, 2006a).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conteúdo do Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família conduz o pós-graduando a repensar sua prática diária, do modo a abandonar antigos paradigmas e caminhar para a construção de um cuidado mais humanizado e voltado para as necessidades da comunidade a ser assistida. Assim ocorreu na construção do Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF Nova Holanda em Divinópolis, Minas Gerais, que permitiu o maior conhecimento da realidade da população adscrita. Diversos problemas foram levantados, entretanto o não acolhimento de gestantes no cuidado odontológico chamou à atenção, pois sendo um problema tão importante e com grande impacto na saúde da comunidade, merecia uma pronta resposta. E tal resposta não dependia de grandes investimentos e sim da organização da equipe odontológica para buscar embasamento científico para os atendimentos e na reorganização do processo de trabalho, de forma a abranger a gestante. Assim, tal problema levantado no Diagnóstico Situacional de Saúde, motivou a construção do presente trabalho.

É preciso que toda a equipe de saúde se envolva no cuidado da gestante. Os mitos populares, que povoam o inconsciente coletivo e atravancam o atendimento odontológico à gestante devem ser derrubados, tanto para as mulheres nesta fase, quanto para profissionais que ainda se escondem atrás de tais mitos, impedindo o atendimento. É importante, para tanto, que o profissional se intere de todas as mudanças ocorridas no corpo da gestante, quais são repercussões bucais e de todo o organismo, para que assim se conduza o tratamento de forma tranquila e segura.

Conhecendo as mudanças biológicas da mulher características do período gestacional, sobretudo as alterações bucais e quais são as repercussões de comportamentos de risco relacionados principalmente ao consumo de álcool e fumo, o cirurgião-dentista inicia sua preparação para acolher a gestante.

É importante, que a equipe de saúde bucal acolha a gestante desde o momento de sua captação para o pré-natal, garantindo assim o acompanhamento junto aos demais profissionais da equipe de saúde. No primeiro trimestre de gestação, o cirurgião-dentista deve enfatizar o investimento em educação em saúde com a gestante, promovendo a saúde e prevenindo agravos. Nesse momento devem ser repassadas informações acerca da importância do cuidado com a saúde bucal, sobre se evitar comportamentos arriscados para a saúde e sobre o cuidado com o bebê, por exemplo, incentivando a amamentação materna exclusiva nos primeiros seis meses de vida do bebê.



O segundo trimestre de gestação é o mais propício para o atendimento clínico odontológico, devendo ser realizados procedimentos restauradores e profiláticos. Os procedimentos invasivos não são contra-indicados, entretanto, se for possível, devem ser adiados para o período puerperal. Especial atenção deve ser dada a medicamentos indicados a gestante para que não prejudiquem ou interfiram na formação e crescimento do bebê. O último trimestre pode ser reservado para procedimentos profiláticos, caso necessário, mas deve ser utilizado para reforçar abordagens educativas, preventivas e de promoção, relacionadas à saúde da mulher e da criança.

Dessa forma, a gestante caminha para o parto mais segura e com a saúde bucal adequada para receber a criança. No período puerperal, a mulher deve receber atendimentos profiláticos e devem ser concluídos tratamentos que não foram realizados ou concluídos no período gestacional. O profissional deve ter nesse momento especial atenção a medicações indicadas para que as mesmas não sejam transmitidas à criança através do leite materno. Devem ser nesse momento reforçadas informações sobre saúde bucal e cuidados com o bebê.

O presente trabalho apresentou a importância da atuação da equipe de saúde bucal no acompanhamento das mulheres na gestação e no período puerperal, no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Foram então descritas as principais alterações bucais que acometem as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e foram propostas formas de intervenções a serem trabalhadas pela equipe de saúde bucal na ESF.

## 8. REFERÊNCIAS

ANDRADE, K. L.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompeu(MG): a satisfação do usuário. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.11, n.1: p.123-130, 2006.

BENTO, L. W. **Efeitos na odontogênese devido à ingestão de etanol durante a gestação e lactação – estudo em ratos**. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3: p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006. 59p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. dos . **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

CODATO, L. A. *et al.* Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.13, n.3: p. 1075-1080, 2008.

COELHO, S.; PORTO, Y. F. **Saúde da mulher**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 115p.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia científica**: participação em eventos e elaboração em textos científicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. Coopmed, 2009. 95p.

COUTINHO, N. N. **Estudo das doenças cárie e periodontal em mulheres durante o período gestacional**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

FIORENTIN, C. F.; VARGAS, D. O uso de álcool entre gestantes e os seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. **Revista Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 2. n. 2, 2006. Disponível em:<<http://www.2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>> Acesso em: 16 fev. 2011.

GONÇALVES, E. L. M. **A importância da prevenção e da intervenção em doença periodontal pela equipe de Saúde da Família**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - NESCON/Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** . v.30, n.2: p.176-185, mar/abr 2004.

MACHADO, J. B.; LOPES, M. H. I. Abordagem do tabagismo na gestação. **Scientia Medica**. v. 19, n. 2: p. 75-80, abr./jun 2009.

MARTINS, A. L. *et al.* Odontologia para gestantes e bebês em aldeias indígenas. In: SOARES, O.E. **Ações em saúde indígena amazônica: o modelo do Alto Rio Negro**, São Gabriel da Cachoeira. Cap. 10-17. p.123-191. 2006.

MELLO, P. R. B; PINTO, G. R.; BOTELHO, C. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **J. Pediatr**. v.77, n.4: p.257-64, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte, MG, 2006a. 84 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte, MG, 2006b. 290 p.

MOIMAZ, S .A. S. *et al.* Condição periodontal durante a gestação em um grupo de mulheres brasileiras. **Cienc Odontol Bras**. v. 9, n. 4: p. 59-66, out./dez 2006.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**. v.41, n.5: p.695-703, 2007.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configurações e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.12, sup: p.1819-1829, 2007.

PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde bucal**: aspectos básicos e atenção ao adulto. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 72p.

PEREIRA, W. R. **A construção interdisciplinar da linha do cuidado a gestante e puérpera**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – NESCON/Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

ROTHER, E. T. Editorial. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n. 2: p. 5-6, abr./jun 2007.

SILVA, F. W. G. P.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. M. de. Atendimento Odontológico à Gestante - Parte 1: Alterações Sistêmicas. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre.** v.47, n. 2: p.19-23, 2006.

SLOMP, F .M. *et al.* Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo. v. 41, n. 3: p. 441-446, 2007.