

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

**ÂNGELA MARIA DA SILVA RIBEIRO**

**ALTERAÇÕES PERIODONTAIS NO PERÍODO GESTACIONAL:  
CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE BUCAL PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DELTA-MG**

**2011**

ÂNGELA MARIA DA SILVA RIBEIRO

**ALTERAÇÕES PERIODONTAIS NO PERÍODO GESTACIONAL:  
CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE BUCAL PARA A SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito obrigatório para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

**Orientadora:** Andréa Maria Duarte Vargas

**DELTA-MG**

**2011**

## **DEDICATÓRIA**

A Deus e à minha família: meus pais, Alberto e Francisca, minha irmã, Cristiéle, meu querido sobrinho, Enzo e meu namorado Edson.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por estar sempre ao meu lado, guiando-me sob os caminhos mais difíceis e incertos e pelas maravilhas realizadas em minha vida.

À Estratégia Saúde da Família Bela Vista, que me impulsiona à busca contínua do conhecimento.

À minha amiga e colega de curso, Vera, pelo apoio e companheirismo.

.... Mas, com o passar do tempo, fui me dando conta de que havia algo mais importante que a saúde dos dentes: a saúde das pessoas que tinham dentes.

**H. Rossetti, 1999.**

## RESUMO

A saúde bucal como parte integrante do programa saúde da família é forte evidência do início da concretização das mudanças conceituais e paradigmáticas trazidas pelo novo modelo assistencial adotado e firmado pelo SUS. Em consonância com esses princípios, o presente estudo busca analisar a relação existente entre as doenças periodontais e a condição sistêmica do indivíduo, especificamente no período gestacional, além de observar quais os benefícios trazidos à família como um todo, pelo atendimento odontológico, por meio de grupos operativos e atendimento individual, nesta fase.

**Palavras-chave:** Doenças Periodontais, Saúde da Mulher, Gestante, Odontologia Comunitária, Saúde Bucal, Programa Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The oral health as part of the family health program is strong evidence for the early realization of paradigmatic and conceptual changes brought about by the new care model adopted and signed by the SUS. In line with these principles, this study assesses the relationship between periodontal diseases and systemic condition of the individual, especially during pregnancy, and to observe what benefits the family as a whole, the dental care, through groups operational and individual sessions in this phase.

**Keywords:** Periodontal Diseases, Women's Health, Maternity, Community Dentistry, Oral Health, Family Health Program.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. JUSTIFICATIVA .....	12
3. OBJETIVO .....	13
3.1. Objetivo Geral .....	13
3.2. Objetivos Específicos.....	13
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
5. RESULTADOS ESPERADOS .....	15
6. DESENVOLVIMENTO.....	16
6.1 Tratamento Odontológico na Gravidez.....	16
6.2 Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde .....	17
6.3 Alterações Periodontais no Período Gestacional: O Papel dos Fatores Locais e Sistêmicos .....	19
6.4 A Relação de Risco entre Doença Periodontal e Complicações Obstétricas.....	21
6.5 Aspectos Culturais da Doença Periodontal e as Contribuições da Saúde Bucal para a Saúde da Família .....	22
6.5.1 A Odontologia e o Atendimento a Gestantes: As Barreiras .....	25
7. CONCLUSÃO.....	28
8. REFERÊNCIAS .....	29



## 1. INTRODUÇÃO

A criação do SUS foi uma grande conquista social para o país, pois trata-se de um sistema excelente, capaz de oferecer inúmeras ações essenciais. Entretanto, após a implantação observou-se muitas falhas na operacionalização dessas ações.

Vários fatores relacionados ao modo como a assistência à saúde no Brasil estava organizada desde a década de 70, levaram a criação do SUS. Até então, o sistema de saúde não atendia as carências da população e o acesso a assistência era restrito deixando grande parte dos brasileiros sem atendimento. Essa situação aliada ao movimento de reforma sanitária e a ampliação do conceito de saúde, levou a formulação de proposta de reorientação do sistema de saúde a partir da construção de um sistema que atendesse às reais necessidades da população. O Sistema único de saúde (SUS) foi definido na Constituição de 1988 e nas Leis Complementares de 1990 e Emenda nº 29/2000.

O esforço por melhorar a atenção a saúde no país e o empenho pelo bom funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), associados às constantes discussões ao longo dos anos, sobre a necessidade de se criar uma nova forma de atuação por parte de instituições públicas de saúde e de seus profissionais, que valorizasse as ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação, levou o governo federal em 1994 a propor o início do Programa Saúde da família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma alternativa de reformulação das ações em saúde, e com o intuito de reorganizar a Atenção Básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), substituindo assim o modelo tradicional de assistência.

A saúde bucal como parte integrante desse processo foi incorporada a ESF a partir da publicação, das portarias GM/MS nº 1.444/2000; e 267/01, onde também foi definido o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica.

Esse acontecimento introduz a odontologia dentro dos princípios que regem todo o campo da política pública de saúde no Brasil. A saúde bucal passa então a atuar de forma mais objetiva nos princípios adotados pela estratégia saúde da família, de trabalhar com base territorial, com enfoque no risco social, definir prioridades, organizar acesso, trabalhar com vigilância a saúde e organização do processo de trabalho, além da inclusão da saúde bucal em programas que vão desde a gestante até o idoso.

Em 2004 foi elaborada uma proposta como diretriz para uma política nacional de saúde bucal. Nesta são sugeridas duas formas de inserção transversal da saúde bucal para

ampliação do acesso aos serviços: por linhas do cuidado (saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) e por condição de vida (saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, gestantes, etc.).

Nesse estudo abordaremos a gestante. Com relação à assistência odontológica nesta fase, a política destaca a relevância da atenção integral, pois o papel da mãe é fundamental no comportamento apreendido nos primeiros anos de vida. Entretanto, observa-se de forma geral, principalmente entre as usuárias do SUS, a busca por atenção odontológica pela oportunidade de acesso ao serviço e não pela valorização da saúde bucal como condição essencial para qualidade de vida (CODATO, 2007). Isso ainda é consequência do antigo modelo biomédico e demonstra que o desafio de consolidar um novo modelo assistencial é grande.

Com base em minha experiência como cirurgiã-dentista na ESF Estratégia Saúde da Família, posso afirmar com convicção a relevância do papel da atuação da equipe de odontologia, no que toca ao atendimento à gestante.

Através da metodologia do trabalho em grupo, realizamos ações de Promoção de Saúde, utilizando práticas educativas que visam fortalecer o conhecimento das usuárias, percebendo a saúde não só como resultado de práticas individuais, mas também como reflexo das condições de vida em geral. Para o desenvolvimento dos grupos é utilizada a pedagogia da educação permanente, possibilitando a participação das gestantes, a valorização do diálogo e o desenvolvimento da autonomia das mesmas. Em outras palavras, envolve o conhecimento e o controle dos fatores determinantes e coadjuvantes das doenças bucais. Nesses grupos também são desenvolvidas ações de Proteção Específica que dizem respeito às ações de aplicação individual e coletiva que envolvem um aumento da resistência dos órgãos dentais ao aparecimento e/ou progressão de seqüelas cariosas lesivas e de doenças periodontais (Escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor através de bochechos e evidenciação de placa bacteriana).

O trabalho desempenhado pela ESF com as gestantes vai além, e combina com o trabalho descrito acima, ações de cunho clínico individual, que tem por finalidade tratar os sintomas e seqüelas das doenças que acometem os tecidos bucais e elementos dentais.

As mães são importantes fontes de transmissão de microorganismos cariogênicos para os seus filhos. Sendo assim, o tratamento da manifestação clínica das doenças bucais, se faz extremamente necessário antes do nascimento do bebê, se possível, até mesmo antes da gestação, no período de planejamento da mesma, pois o tratamento da doença já instalada permite a redução do número de bactérias odontopatogênicas, que poderão contaminar

precocemente a criança através do contato direto com a mãe, por meio de beijos, do ato de soprar a comida ou do uso comum dos talheres durante as refeições, etc.

Essa proposta metodológica de associação de atendimento coletivo e individual se faz ferramenta de grande importância na promoção de saúde, pois as ações coletivas sem o tratamento individual deixam a desejar e o mesmo ocorre quando dispensamos atendimento individual sem oferecer o coletivo, já que tais ações possuem finalidades distintas, porém, interdependentes para que sejam consideradas intervenções de sucesso e para alcançarmos o real objetivo desse trabalho. A título de ilustração uma dentre as principais funções dos grupos é a manutenção do tratamento clínico.

Diante da atual política de saúde, que destaca a importância da atenção integral, a assistência odontológica durante a gestação é de fundamental relevância, já que, é atribuída a mãe a responsabilidade pelos hábitos adquiridos nos primeiros anos e que acompanham o indivíduo ao longo da vida.

De acordo com os princípios da integralidade da assistência em saúde, ter saúde bucal satisfatória eleva os níveis de saúde geral. Dessa forma, a equipe odontológica ao dispensar atenção à mulher gestante, traz inúmeros benefícios não só para a gestante em si e para o bebê, mas para todo o núcleo familiar, que sentirá os reflexos da ação realizada na genitora, devido ao seu papel imponente, o que certamente elevará o grau de saúde de sua família, fazendo com que gozem de mais qualidade de vida.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A cárie e as doenças periodontais ainda hoje, são os maiores problemas enfrentados pela saúde bucal. Mesmo após a odontologia conseguir espaço razoável na saúde coletiva, percebe-se que essas doenças continuam sendo consideradas problema de saúde pública no país.

A doença periodontal é um conjunto de condições inflamatórias, de caráter crônico e de origem bacteriana que começa afetando o tecido gengival e pode levar, com o tempo, à perda dos tecidos de suporte dos dentes. A placa bacteriana é o principal fator etiológico da doença periodontal.

Entretanto, além dos fatores biológicos, há também os fatores sociais envolvidos na etiologia da doença. Sendo assim, para obtenção do controle da mesma, se faz necessário lançar mão de estratégias de base populacional, incluindo especialmente educação em saúde e participação nos movimentos para melhora das condições de vida da sociedade.

Na prática clínica rotineira, é bastante comum verificarmos durante a gestação, o agravamento de doenças periodontais preexistentes, principalmente devido a modificações na frequência de ingestão dos alimentos e dificuldades de higienização causadas por vômitos frequentes.

Dada a relevância do assunto, pela comum incidência, por suas implicações na saúde geral e também pelo fato de muitas condições sistêmicas terem manifestações bucais, abordaremos em especial neste trabalho as alterações periodontais durante a gestação.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Analisar a produção de conhecimento em saúde bucal sobre alterações periodontais na gestação além de verificar quais os benefícios trazidos à família como um todo, pela atenção odontológica dispensada nesta fase.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Realizar o levantamento da produção científica sobre a temática doenças periodontais no período gestacional.
- Caracterizar essa produção científica;
- Apontar como os resultados da análise dessa produção científica podem contribuir para a atuação da equipe de Saúde Bucal na ESF.

#### 4. MATERIAIS E MÉTODOS

Será realizado um estudo exploratório, descritivo, com base na pesquisa bibliográfica a partir de levantamentos da produção científica, presente em diferentes apresentações como livros, artigos científicos, dissertações, teses, dentre outros, por uma revisão integrativa visando avaliar um conjunto de dados simultâneos, a partir de estudos primários selecionados previamente, que investigam uma mesma questão. A questão do estudo é o primeiro passo para o início da revisão bibliográfica. O Segundo passo consiste em definir a seleção dos estudos, sendo o mais indicado as bases de dados eletrônicas. O terceiro passo é a avaliação crítica dos estudos, em que se utilizam critérios para validar os estudos selecionados através de uma avaliação crítica dos pesquisadores. O quarto passo consiste na coleta dos dados em que se caracterizam os estudos levantados e determinam suas possibilidades de comparação. O quinto passo é a análise e apresentação dos dados, com agrupamento de estudos semelhantes. O sexto passo é a determinação da força dos resultados e das evidências encontradas, delineando claramente os benefícios e riscos do achado. Uma vez publicada, a revisão poderá sofrer críticas e sugestões; que poderão ser incorporadas em novos estudos sobre a temática (HULLEY *et al*, 2003; SILVEIRA, 2005; ROTHER, 2007; TOBASE, 2007; CANOLETTI, 2008).

Serão utilizadas as bases de dados presentes na Biblioteca Virtual em Saúde, BIREME. O delineamento temporal para busca das produções científicas será considerado apenas o limite final, o ano de 2010, objetivando aumentar a sensibilidade do estudo, ampliando a identificação do período inicial da produção sobre essa temática. As palavras chaves da busca partirão do cruzamento dos descritores mencionados.

## **5. RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com esse estudo apontar condutas e intervenções em saúde bucal na ESF referentes às doenças periodontais relacionadas à gestação, e com isso efetivar as ações em saúde para essa população conforme as preconizações do SUS e a humanização do cuidado.

## 6. DESENVOLVIMENTO

### 6.1 Tratamento Odontológico na Gravidez

A gravidez é um momento de grande complexidade fisiológica e dado a falta de informações, os mitos tendem a se disseminar, principalmente nas questões relativas a tratamento dentário durante o período de gestação. O temor de uma consulta ao dentista ocasionar algum dano ao bebê é um forte fator, que afasta muitas gestantes de um necessário tratamento nessa fase delicada (CODATO, 2005).

Um artigo acerca da percepção de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez aponta para existência dos mitos descritos acima. Numa pesquisa de natureza qualitativa foram entrevistadas gestantes usuárias do SUS (UBS) e também as que se utilizavam do serviço privado em clínicas particulares, advindos de planos de saúde do município de Londrina – PR, entre os meses de novembro e dezembro do ano de 2004. Ficou comprovado, com base nas entrevistas realizadas, a existência de mitos radicados sobre o tratamento odontológico na gravidez, principalmente o temor de seqüelas e problemas com o bebê. No grupo de convênio não empresarial, a procura pelo dentista mostrou-se muito dependente do consentimento do médico e isso mesmo em caso de urgência, pois as mesmas têm a possibilidade de realizar tratamentos dentários fora do período gestacional. Já com as usuárias do SUS, a procura por atendimento odontológico foi mais rotineira durante o pré-natal, no entanto, a estatística está diretamente relacionada à facilidade do acesso ao tratamento dentário durante a gestação, e não pelo fato de terem consciência da importância da saúde bucal (CODATO *et al*, 2007).

Apesar da existência de muitas desinformações sobre o tratamento dentário para grávidas, a gravidez torna a mulher mais receptiva a novas informações que podem melhorar a qualidade de vida da família. Um estudo feito com mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno infantil, que teve como meta a conscientização de gestantes e mães de crianças de 0 a 36 meses, vinculado à Universidade do Piauí (UFPI), evidenciou um bom nível de informação e adoção de hábitos realizados por essas mães no controle e prevenção de doenças bucais. O estudo foi feito a partir de seleção aleatória de fichas clínicas de crianças que haviam participado do programa (MOURA *et al*, 2006).

Dada a carência das comunidades atendidas pela ESF, faz-se necessário uma reflexão das práticas pedagógicas que são usadas para minimizar a questão dos mitos. O assunto é



desenvolvido no subtítulo seguinte, dentro de uma perspectiva multidisciplinar, o que caracteriza o trabalho dentro do programa saúde da família.

## **6.2 Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**

Saber conceituar Educação Permanente em Saúde e como ela pode ser colocada em prática se faz extremamente necessário para que as finalidades a ela inerentes sejam alcançadas de forma eficiente em nosso cotidiano, tanto no que diz respeito à organização e transformação do processo de trabalho, como o seu impacto sobre a saúde da população.

Educação permanente em saúde é um conceito novo que está sendo colocado em prática, através de ações educativas que devem possibilitar a reflexão contínua da equipe sobre a organização, as ações e os resultados do processo de trabalho. Tem o intuito de interferir na realidade e promover a transformação do trabalho e da saúde da população, aumentando assim a qualidade de vida dos indivíduos. Segundo Besen *et al* (2007, p. 66), educação permanente é aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações deste trabalho.

Em um tempo onde se fala tanto em promover saúde e prevenir doenças, a educação em saúde contribui para mudança do modelo assistencial. A ESF visa o trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário (Besen *et col*, 2007, p. 58). Este princípio do SUS preconiza que sejam realizadas todas as ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos. Ou seja, obedecendo ao princípio da integralidade estão incluídas entre as responsabilidades do PSF, as atividades de educação em saúde (ALVES, 2004, 2005).

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (COSTA & LÓPEZ, 1996 *apund* Alves, 2004, 2005, p. 43).

Podemos considerar que há dois modelos de práticas de educação em saúde, o tradicional e o dialógico.

O Modelo tradicional se concentra na doença e nos tratamentos curativos e se fundamenta no referencial biológico do processo saúde-doença (SMEKE & OLIVEIRA, 2001; CHIESA & VERÍSSIMO, 2003 *apund* ALVES, 2004, 2005). As práticas educativas em saúde ditam comportamentos a serem adotados para manutenção da saúde. A comunicação é apenas de caráter informativo e pressupõe-se que a partir da informação recebida os usuários

assumam novos hábitos e condutas (ALVES, 2004, 2005). Somente pela descrição do modelo, podemos notar que existem muitas falhas e está longe de ser o ideal e surtir efeitos duradouros na saúde da população.

O modelo dialógico é assim chamado por destacar o diálogo como estratégia essencial. A partir do diálogo e intercâmbio dos saberes, profissionais e usuários constroem um saber sobre o processo saúde-doença. Isso fortalece a confiança no serviço, gerando assim mudanças efetivas de comportamento, não pela imposição de idéias e conceitos, mas pela construção de novos sentidos e significados sobre o processo saúde-doença (ALVES, 2004, 2005). Este é o mais adequado para ser colocado em prática pelo PSF.

No entanto, a formação dos profissionais de saúde ainda é deficiente no que tange a compreensão da importância da relação entre ações educativas e de saúde e o seu impacto sobre a sociedade. [...] O modelo de formação dos profissionais ainda é hospitalocêntrico, biologicista e fragmentado (BESEN *et al*, 2007, p. 58).

A educação permanente é de fundamental importância tanto para os profissionais (ampliar visão em relação às ações de promoção em saúde, diminuindo essa deficiência de formação), quanto para a população (ser capacitada para atuar na melhoria da sua saúde e qualidade de vida), e é a base para que qualquer mudança possa ser almejada (FELICIANO *et al*, 2008).

Diante da atual realidade, os profissionais devem estar preparados para desenvolver o trabalho de forma diferenciada, enfatizando seu papel de educador, considerando o saber popular e as condições de vida da comunidade. Ora, para que os indivíduos possam defender-se de algo é necessário que tenham conhecimento do que querem se defender. Por exemplo: como defender-se de determinada doença se não se sabe quais são suas causas, seus sintomas, prejuízos a curto e longo prazo e o que pode ser feito para evitá-la? Os profissionais em saúde precisam ajudá-los a terem autonomia nos cuidados com a própria saúde (VILLAS BÔAS *et al*, 2007).

Uma estratégia importante para que o perfil profissional condizente com o novo modelo assistencial seja alcançado e a realidade da saúde sofra modificações é a educação permanente em saúde (EPS), que veio como possibilidade de reorganização e de reflexão sobre o processo de trabalho. Ela é capaz de trazer aos profissionais de saúde técnicas e métodos mais eficientes, de abordagem da população, através do diálogo e da participação social no processo de educação em saúde (MATOS *et al*, 2004).

A educação permanente se faz ferramenta de extrema relevância no preparo dos profissionais para atuarem junto ao usuário do serviço público. Portanto é indispensável a adaptação das equipes de saúde a estes novos tempos, capacitando seus profissionais para que possam promover mudanças sociais e econômicas que favoreçam a melhoria dos níveis de saúde das comunidades por eles assistidas (SANTOS *et al*, 2005).

### **6.3 Alterações Periodontais no Período Gestacional: O Papel dos Fatores Locais e Sistêmicos**

A ESF O programa Saúde da Família surge no contexto da nova concepção em modelo assistencial do SUS, como um verdadeiro acelerador desse atual paradigma, já discutido e apontado anteriormente. A própria inclusão da Odontologia é evidência da integralidade do sistema, que atua de forma diferente dos modelos anteriores, principalmente no que se refere ao puro curativismo.

Como parte objetiva e central desse estudo, faz-se necessário uma análise aprofundada da ligação dos fatores locais e sistêmicos nas alterações periodontais no período gestacional.

“O termo Doença Periodontal atualmente abrange um certo número de doenças que afetam os tecidos gengival, conjuntivo periodontal e o osso de suporte, mas o conceito de doença periodontal tem se modificado com a evolução dos conhecimentos relativos à mesma” (TOLEDO *et al*, 2002) . Sendo a placa bacteriana a causa direta das doenças periodontais, o autor faz a seguinte consideração:

Atualmente acredita-se na etiologia multifatorial das doenças periodontais, incluindo o hospedeiro como componente fundamental. O estabelecimento da doença periodontal, assim como das demais doenças infecciosas, é determinado também pela resistência do hospedeiro. Assim, na presença de uma microbiota considerada patogênica, um hospedeiro resistente pode não apresentar alterações teciduais [...] Os fatores que reduzem a capacidade defensiva dos tecidos incluem todas as condições sistêmicas que podem perturbar a reação tecidual frente a irritação. [...] as condições sistêmicas são consideradas fatores secundários, que modulam a iniciação ou progressão da doença, agindo sobre os fatores etiológicos primários e tornando a doença mais severa mediante os fatores bacterianos (TOLEDO *et al*, 2002).

De acordo com a noção da integralidade físico-psíquica do ser humano, muito se tem falado do conceito multifatorial das doenças periodontais, que coloca o hospedeiro como componente fundamental, mas não exclusivo. Assim sendo, “todo tipo de alteração capaz de

mudar o equilíbrio fisiológico do hospedeiro poderá também modificar a etiologia, extensão, curso e resposta ao tratamento das doenças periodontais” (TUNES *et al*, 1999).

A gravidez é uma condição sistêmica e como tal, altera o equilíbrio fisiológico, o que provoca uma severidade maior da inflamação gengival durante a gestação do que no pós-parto. Sobre o assunto TUNES (1999, p.36) assim diz:

É importante ressaltar que a gravidez por si só não provoca gengivite, pois a placa dental é o fator etiológico primordial. A gravidez somente acentua a resposta tecidual à placa e modifica o quadro clínico resultante. Não são observadas alterações notáveis no tecido gengival durante a gravidez quando os fatores locais estão ausentes. [...] Os efeitos da gravidez sobre a inflamação gengival pré-existente se fazem sentir no 2º mês e atingem seu grau máximo no 8º mês de gestação. O início da exacerbação da resposta inflamatória no 2º mês coincide com a elevação dos níveis plasmáticos de estrógenos e progesterona. Estes níveis se elevam ainda mais no 8º mês, momento em que a inflamação gengival atinge sua máxima severidade; Assim parece haver um relacionamento definido entre o nível destes hormônios e a resposta tecidual aos fatores etiológicos locais. [...] A gravidez, por si, não contra-indica o tratamento odontológico, desde que se leve em consideração o estágio da gravidez e a extensão dos procedimentos.

No período gestacional, as condições para o desenvolvimento e instalação da doença ficam sobremaneira mais acentuadas. Nessa fase há dificuldades para uma adequada higienização bucal, além do aumento da frequência de ingestão de alimentos e de vômitos reiterados. Sobre o assunto, Varellis (2005, p.65), em sua obra *Pacientes Especiais na Odontologia*, assim diz:

A gravidez não é responsável pela inflamação na gengiva, embora ocorra maior vascularização do periodonto. Para que haja processo inflamatório gengival é preciso que haja placa bacteriana, o que sugere ser ela a responsável pela doença. Pode haver o aparecimento de mobilidade dental, mas isso é atribuído à presença de relaxina (hormônio envolvido no relaxamento das articulações ósseas) nos ligamentos periodontais.

Os níveis de progesterona e estrogênio têm suas quantidades significativamente alteradas durante a gravidez, fator esse, que pode agravar a gengivite, variando a mesma de acordo com os níveis hormonais (CARRANZA JR, 1996).

Num estudo realizado em 1999, por meio de registro periodontal simplificado em 41 grávidas, com idades variando entre 16 a 37 anos, ficou verificado que 100% das gestantes apresentaram algum tipo de alteração gengival. Foi avaliada também a precisão do tratamento odontológico, sendo que 90,2% das gestantes necessitavam de tratamentos extras ao

preventivo, sendo 60% carecendo de raspagem e 29,2% de tratamento complexo. (ROSELL *et al*, 1999).

#### **6.4 A Relação de Risco entre Doença Periodontal e Complicações Obstétricas**

Como já analisado, é consenso acadêmico a etiologia multifatorial da doença periodontal e as condições sistêmicas como agravantes nos fatores locais. Levando isso em consideração, vale uma breve análise dos riscos que a doença periodontal pode trazer para a mãe e o bebê.

Nesse tema diversos trabalhos têm sido publicados, que, apesar de apresentarem resultados controversos, principalmente no que diz respeito a padronização de metodologia, têm apontado para uma associação entre nascimentos prematuros, crianças de baixo peso e pré-eclampsia com a incidência de doença periodontal.

O parto prematuro pode ocorrer em função de múltiplos fatores, detalhe esse que dificulta sobremaneira a definição isolada da sua etiologia. Num estudo com 40 puérperas, tipo caso controle, divididas em dois grupos: o primeiro composto por mães de bebês prematuros com peso inferior a 2500 g e o segundo com peso igual ou superior a 2500 g, ficou demonstrado a pior condição periodontal nas puérperas do primeiro grupo, sugerindo a associação da doença periodontal como possível fator de risco para o nascimento de prematuros de baixo peso (LOPES *et al*, 2005). Já em outro estudo, onde 119 gestantes foram examinadas e acompanhadas até o nascimento da criança, não se verificou a doença periodontal como fator de risco para nascimento de bebês prematuros e com baixo peso (MOIMAZ *et al*, 2009). É o que se verifica também na conclusão da avaliação de 28 gestantes no ano de 2007, em que não foi constatada a ligação direta da doença periodontal com partos prematuros (CAMATA *et al*, 2007).

Em 2003, numa instituição pública, participaram 302 gestantes de uma pesquisa qualitativa. O grupo caso foi formado por 102 mães de crianças nascidas de parto normal com peso inferior a 2.500 g. As mães que apresentaram no mínimo quatro dentes com perda de inserção de 4 mm e foram consideradas como portadoras de doença periodontal. A conclusão da análise estatística demonstrou que as portadoras da doença tinham cerca de duas vezes mais chances do filho apresentar baixo peso ao nascer do que aquelas que não tinham a doença (CRUZ *et al*, 2005).

Outro estudo realizado entre agosto e julho de 1997 e 1998 também constatou a existência da associação entre doença periodontal e o aumento do risco do nascimento de crianças com baixo peso (LOURO *et al*, 2001).

Sobre a relação de risco de complicações obstétricas um artigo de revisão bibliográfica foi realizado no ano de 2007. Oportunamente, foi feito um estudo sobre os resultados das pesquisas feitas sobre o assunto até então. Acerca da pré-eclâmpsia, apesar de poucos estudos nesta área, observou-se aumento do risco relativo em gestantes que apresentam doença periodontal. Não obstante as evidências de causalidade encontradas nas pesquisas, Junior (JUNIOR *et al*, p.374. 2007) destaca a controvérsia entre as mesmas e a necessidade de maiores estudos sobre os casos. Sobre o assunto, recomendam em sua conclusão:

Embora a literatura disponível atualmente não permita concluir efetivamente que infecções bucais podem influenciar na ocorrência de complicações obstétricas, a atenção com a saúde bucal da gestante não poderá ser dispensada durante os cuidados pré-natais e, se possível, pré-concepcionais. Deve-se recomendar que todas as mulheres grávidas atentem para sua saúde bucal, com os cuidados de higiene, pesquisando sistematicamente sangramento gengival, dor e mobilidade dentária. A avaliação odontológica periódica da gestante pode permitir que o cuidado com a saúde dentária seja mais efetivo em prevenir eventuais repercussões de afecções bucais sobre sua saúde como um todo.

Os estudos apresentados acima, apesar de refletirem uma ínfima parte dos casos reais, são valiosos na comprovação de relação de risco entre doença periodontal e complicações obstétricas. Com base nesses estudos, é preponderante relembrar a importância e a necessidade de uma atenção especial a gestante, já que esse é um momento de muita expectativa e de receptividade. Desvendar mitos e mudar hábitos é um processo continuado que deve ser executado com destreza, utilizando o ensino-aprendizagem de forma recíproca, num atendimento que irá muito além do pós-parto.

## **6.5 Aspectos Culturais da Doença Periodontal e as Contribuições da Saúde Bucal para a Saúde da Família**

Aludindo a problemática apresentada, vale ressaltar fortemente que a doença periodontal tem um aspecto cultural, cujo conhecimento figura como elemento importantíssimo para o êxito do tratamento. O modelo dialógico permite uma valiosa ligação entre o empírico e o teórico. O saber popular não deve ser desprezado, e é nesse sentido que existe uma contribuição diferenciada do programa saúde da família, pois o diálogo possibilita

uma intensa troca de informações entre médico/usuário. O resultado dessa inter-relação é a compreensão popular de como as pessoas entendem a doença e as suas causas. O conhecimento dessas variáveis torna o procedimento muito mais aceito e eficaz, pois ele vai ao encontro do que o paciente relatou e conhece, estabelecendo-se uma relação de intercâmbio continuado de informações, intermediado por uma também constante aprendizagem recíproca, na busca da aquisição de novos hábitos e derrubada de mitos (NUTO *et al*, 2007).

As considerações feitas no parágrafo acima vêm ao encontro do conceito trazido por Tunes acerca da etiologia multifatorial da doença periodontal. Todo o nosso estudo está baseado numa nova visão, não fragmentada, mas integral, de entendimento das causas etiológicas do problema em questão (TUNES *et al*, 1999).

Um estudo concluído em 2007 investigou os aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica. Utilizando uma abordagem metodológica qualitativa, foi possível compreender como as pessoas entendiam a própria doença e se estavam motivadas ou não com o tratamento e resultados obtidos. O estudo apontou para diferenças cruciais na aproximação das duas áreas: modelo explicativo popular versus modelo explicativo científico. Muitas vezes os pacientes entrevistados estavam desmotivados com o tratamento por desconhecerem os fatores agravantes do seu estado. A esse fato, associa-se um sentimento de auto-culpa nutrido pelo paciente. O artigo colocou em destaque a idéia de autonomia e adesão voluntária do paciente ao tratamento, que se faz sentir, principalmente, pela aproximação desses dois mundos, que a olhares descuidados pode parecer intransponível. Um ponto que merece destaque é a clara informação ao usuário, das condições sistêmicas que podem agravar a doença e prejudicar o êxito do tratamento. Se o cirurgião dentista se ativer somente à placa bacteriana e a má escovação, o risco da desmotivação do paciente, que periodicamente faz a sua higienização e que não obtém resultados consideráveis, é grande (NUTO *et al*, 2007).

Um expressivo detalhe, que a olhos especializados pode não fazer tanta diferença, é chave mestra nesse processo dialógico, a saber: a equipe multiprofissional na constante interdisciplinaridade de conhecimentos. Reconhecer a importância de outros profissionais no tratamento da doença periodontal é também tomar consciência prática das outras variáveis etiológicas envolvidas nessa questão. O dentista no programa saúde da família não atua sozinho, e este é um dos pontos que o diferenciam de uma clínica particular. O intercâmbio das especialidades médicas faz-se sentir no acompanhamento, consultas e visitas regulares

que os diversos profissionais componentes da ESF periodicamente realizam. (ALBUQUERQUE & BOSI, 2009).

Uma parte que merece suas devidas considerações repousa nas conseqüências da educação continuada na emancipação dos usuários da ESF. Importante lembrar que os princípios que regem o SUS são derivados diretamente dos mandamentos maiores da Constituição Federal de 1988, que inseriu o Brasil num novo paradigma, a saber: Estado Democrático de Direito, o que por si só, já muda quase todas as diretrizes usadas até então. Democracia liga-se a idéia de movimento, emancipação, saber crítico e poder de escolhas sobre a própria vida e realidade, que quando aliado a base maior que é a dignidade da pessoa humana, sujeita a adoção de novas formas de práticas políticas e educativas a regerem todo e qualquer setor da sociedade. Não é diferente com a saúde. O Brasil vive um momento ímpar em sua história, caminhamos a passos ainda lentos, para a efetiva implementação e entendimento sobre saúde pública, que difere prontamente dos princípios adotados pelo paradigma anterior, que não almejava a independência e autonomia do sujeito (MACHADO *et al*, 2006).

A mudança crítica se dá com a participação concreta do usuário/família na esfera de produção de conhecimentos, o que o possibilita fazer escolhas conscientes acerca de suas ações, agindo em prol da promoção de saúde, sendo sinteticamente conhecido como participação habilitadora. Quando o usuário é inserido ativamente nesse contexto, ele passa a ser uma mudança consciente, capaz de mudar a si próprio, mudar na família e mudar o contexto em que vive (MACHADO *et al*, 2010). O estudo citado procurou avaliar os níveis de mudança de usuários no programa saúde da família do município do Crato, Ceará. A participação habilitadora é um longo trabalho que almeja a autonomia e independência do usuário, construída por meio de um processo educativo continuado, ela aparece em diferentes níveis dentro da ESF. Num prazo de 10 anos, desde a implantação do programa saúde da família na cidade, o estudo identificou mudanças comportamentais dos usuários para cuidar de si, cuidar da família e cuidar do entorno.

A compreensão da importância da criação de vínculo entre médico/paciente, na construção da autonomia dos usuários na saúde bucal é um tema que pede um pouco mais de análise. Um estudo qualitativo realizado em Alagoinhas, BA, em 2004, evidenciou certo grau de autonomia dos pacientes da odontologia. Isso só é possível, segundo a pesquisa, quando há um vínculo entre ambas as partes, o que progride para um consenso entre dentista e paciente no que se refere a necessidades e responsabilidades, o que mudou significativamente o quadro



de exodontias, que no geral é a preferência da maioria dos usuários adultos que buscam o atendimento odontológico. Ficou marcado também o esforço das equipes de saúde bucal na realização de distintas atividades com potencial para estabelecer o vínculo e co-produzir a autonomia. Vale ressaltar o trabalho realizado pela equipe de saúde bucal e agentes comunitários de saúde: procedimentos coletivos, intervenção nas escolas, palestras na comunidade, aplicação de flúor, atividades lúdicas, reuniões, marcação de consulta, visitas domiciliares e detecção de famílias ou indivíduos com maior fragilidade: física e social (SANTOS *et al*, 2007).

Uma parte que merece seu devido destaque é a importância do além-clínica, ou seja, as visitas domiciliares. Quando a equipe de saúde bucal e demais profissionais do grupo do ESF estende o local de trabalho para a casa do usuário, o vínculo de confiança se estreita. É consolidado pensar sobre o impacto que as visitas domiciliares geram nas famílias. O profissional, na ocasião, entra em contato direto com o contexto em que vivem seus pacientes, toma ciência dos seus problemas e percebe que sua interferência vai muito além da boca (AZEREDO *et al*, 2006). A odontologia, inserida dentro dessa pedagogia, é forte ferramenta para a uniformidade da saúde da família.

Nas considerações feitas acima foi possível demonstrar como os princípios gerais que norteiam o programa saúde da família, aliado a prática odontológica, têm contribuído para as mudanças de base no que tange a autonomia e qualidade de vida das comunidades. Apesar do otimismo em relação aos resultados de algumas pesquisas, faz-se necessário uma reflexão crítica acerca das dificuldades que a odontologia ainda enfrenta na prática dessa nova pedagogia e as disparidades entre as regiões brasileiras no êxito da implementação dos princípios do SUS na ESF.

### **6.5.1 A Odontologia e o Atendimento a Gestantes: As Barreiras**

A prática encontra dificuldades que na maioria das vezes não são previstas na idealização de uma teoria ou modelo. Uma análise da implantação do modelo de atenção à saúde bucal em dez municípios do estado de Pernambuco verificou sérias dificuldades na estruturação e adequação dos programas de saúde bucal com os princípios norteadores do SUS. É o que fica bem evidente quando levamos em consideração a conduta dos profissionais que estão a atuar na área, que ainda é voltado para o atendimento clínico e curativo. A falta de uma pós-graduação em saúde pública também é um fator relevante, pois compromete a

implantação de novas práticas assistenciais adequadas ao programa saúde da família. O estudo ainda sugere para o começo de uma mudança prática o investimento e estímulo em educação permanente e um monitoramento das ações desenvolvidas (MARTELLI *et al*, 2008).

Outro estudo realizado em Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro - verificou dificuldades na adequação das ações profissionais aos princípios do programa saúde da família, mostrando muitos profissionais que integravam as equipes de ESF com desconhecimento dessa nova política (OLIVEIRA *et al*, 2005).

Quando analisamos a contraparte dessa relação, ou seja, os usuários, verificamos também, que apesar dos esforços para a implantação de uma nova didática, muitos dos usuários ficam a margem até mesmo de um entendimento acerca do que é proposto. Nesse sentido, uma pesquisa realizada com usuários do programa saúde da família da cidade de Pompéu - MG, constatou que o trabalho das equipes de ESF existiam de forma tão precária e improvisada que era despercebido pelos próprios usuários. A população relatou, em vários depoimentos, que os profissionais eram descompromissados, o que impedia a criação de um vínculo com a comunidade, muitos, inclusive, alertando sobre favores políticos e incentivos financeiros a regerem a existência do programa da família na cidade. Em função da grande demanda curativa e pela insuficiência de cirurgiões dentistas, os autores relatam, em sua conclusão, que a odontologia foi inserida de direito dentro da ESF, porém, falta-o ser de fato. (ANDRADE & FERREIRA, 2005).

Outra pesquisa realizada sobre a satisfação dos usuários acerca da qualidade dos serviços prestados em uma unidade de ESF do distrito de Mosqueiro - Pará, verificou, a partir de entrevistas (com cento e três usuários), que eles estão satisfeitos com os serviços prestados pela equipe de saúde bucal. A pesquisa também mostrou um bom nível geral de informação sobre métodos de prevenção em doenças bucais por parte dos usuários. Grande parte deles também acredita que houve significativa melhora na saúde bucal após a implantação do programa saúde da família (EMMI & BARROSO, 2006).

A identificação de barreiras no atendimento odontológico serve de base para uma ação de intervenção em grupos que ainda não são alcançados pelos serviços de saúde. Como já comentado, a gravidez envolve muitos mitos, e tal grupo, embora perceba a necessidade de tratamento, não se sente seguro quanto a sua indicação. A identificação dessas barreiras foi tema de uma pesquisa sobre a percepção de gestantes do ESF de Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco. O estudo demonstrou que a crença popular desaconselha tratamento odontológico a gestantes, mas essa foi somente uma das barreiras encontradas por esse grupo.

Foi identificada também a falta de interesse, a preguiça, o comodismo, o esquecimento, a indiferença, o fato de não gostar de ir ao dentista, a pouca atenção e valor atribuído aos dentes, o medo, a dificuldade de acesso, a violência urbana no deslocamento rumo a unidade de ESF, ansiedade, temor da anestesia, a vergonha de sua condição social e estado bucal e o pavor de represálias pelo do cirurgião dentista, dentre outros fatores impeditivos. O artigo finaliza apontando a importância da educação em saúde para as pacientes gestantes, da proximidade e humanização do atendimento e da educação continuada direcionado aos profissionais em exercício (ALBUQUERQUE *et al*, 2004).

As considerações feitas nesse estudo devem ser compreendidas guardando-se as devidas proporções no que diz respeito às disparidades existentes entre as regiões brasileiras. Num país de extensão continental, como o Brasil, a implantação e implementação das políticas públicas de saúde, tem diferentes repercussões, o que afeta diretamente o êxito das estratégias previstas teoricamente, é o que aponta um excelente estudo acerca das diferenças de desempenho da ESF no sul e no nordeste do país (FACCHINI *et al*, 2006).

## 7. CONCLUSÃO

Diante das análises apresentadas e das reflexões feitas, o presente trabalho demonstrou a ligação das condições sistêmicas no agravamento da doença periodontal, principalmente em relação a gestante, buscando um aprofundamento no caráter multifatorial da etiologia da doença. Esse trabalho também fez uma breve descrição da evolução das políticas públicas no Brasil e situou a ESF dentro dos princípios norteadores do SUS. A situação da prática odontológica dentro da ESF também foi abordada, relatando as suas contribuições e principais dificuldades no atendimento em geral e especificamente as gestantes, situando-as dentro do contexto da doença periodontal e suas possíveis complicações.

Apesar do SUS ser considerado um dos melhores sistemas de saúde pública do mundo, a concretude das práticas odontológicas ainda caminha a passos vagarosos. Como apontado em estudos citados anteriormente, é grande a dificuldade de desvinculação do modelo curativo, que começa pela própria graduação que ainda está atrelada a uma concepção cartesiana da realidade. Aliado a essa falta, vem outras tantas, a saber: comunidades muito carentes que precisam de tratamento curativo emergencial, insuficiência de cirurgões dentistas, falta de comunicação e integralização entre os profissionais da ESF, mudanças rotineiras de dentistas, interesse privado sobrepondo ao interesse público no incentivo, instalação e monitoramento das ESF, etc.

Podemos concluir, a partir desse estudo, que a ESF, apesar de ainda caminhar rumo a uma real concretização do modelo assistencial, mostra-se como sendo uma ferramenta poderosa, que a partir de uma intervenção estratégica e multidisciplinar além-clínica, pode transformar e trazer autonomia a população, no que se refere ao entendimento amplo e conectado das causas e tratamentos das doenças que mais acometem o nosso povo.

## 8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE & BOSI. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17.pdf>. Acesso em 02 fev. 2011.

ALBUQUERQUE, O. M. R; ABEGG, C; RODRIGUES, C. S. **Percepção de gestantes do PSF em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil.** Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/16.pdf>. Acesso em 31 jan. 2011.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, n. 16, p. 41, 47, 48, 2004/ 2005.

ANDRADE & FERREIRA. **Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário.** Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29456.pdf>. Acesso em 15 março 2011.

AZEREDO, C. M. A. *et al.* **Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família.** Viçosa-MG, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/25.pdf>. Acesso em 02 fev. 2011.

BESSEN, C. B. *et al.* **A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde.** **Saúde e Sociedade**, n.1, p. 58, 66, 2007.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=108>. Acesso em: 03 jun. 2010.

CAMATA, A. C.; MACEDO, A. F. & DUARTE, D. A. **O impacto do processo saúde-doença periodontal em gestantes em relação ao parto prematuro.** Porto Alegre, 2007.

Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-519066>. Acesso em 11 fev. 2011.

CANOLETTI, B. **Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da literatura**. Dissertação [Mestrado] Escola de enfermagem de São Paulo. Universidade de São Paulo, 2008.

CARRANZA JR, F. A. **Influência de Doenças Sistêmicas no Periodonto**. In: CARRANZA JR, F. A. & NEWMAN, M. G. **Periodontia Clínica**. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogan, 1996. Cap.14, p.192-214.

CODATO, L. A. B; NAKAMA, L; MELCHIOR, R. **Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez**. Londrina, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/30.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2011.

CODATO, L. A. B. **Pré-natal Odontológico e Saúde Bucal: Percepções e Representações de Gestantes**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, 2005. Disponível em: [http://www.ccs.uel.br/pos/mestrados/mural/dissertacao/Lucimar/Lucimar\\_Codato.pdf](http://www.ccs.uel.br/pos/mestrados/mural/dissertacao/Lucimar/Lucimar_Codato.pdf). Acesso em 12 fev. 2011.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para La salud. Madrid: Pirámide, 1996 In: ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, n. 16, p. 43, 2004/2005.

CRUZ, S. S. *et al.* **Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer**. Salvador-BA, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26299.pdf>. Acesso em 31 jan. 2011.

EMMI & BARROSO. **Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará**. Pará, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/07.pdf>. Acesso em 15 março 2011.

FACCHINI, L. A. et al. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.** Pelotas, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>. Acesso em 31 jan. 2011.

FARIA, H. P. et al. **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde: Unidade Didática 1.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

FELICIANO, K. V. O.; et al. **Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família.** Recife, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/06.pdf>. Acesso em 11 fev. 2011.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JÚNIOR, R. P; NOMURA, M. L; POLITANO, G. T. **Doença Periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco?** Campinas, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n7/a08v29n7.pdf>. Acesso em 31 jan. 2011.

LEAVELL E CLARK, 1958 apud PALMIER, A. C. et al. **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto.** Unidade Didática 2. Belo Horizonte: Editora UFMG, p. 46, 2009.

LOPES, F. F. et al. **A condição periodontal materna e o nascimento de prematuro de baixo peso: estudo caso-controle.** São Luís - MA, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n7/a03v27n7.pdf>. Acesso em 11 fev. 2011.

LOURO, P. M. et al. **Doença Periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer.** Jornal de Pediatria - vol. 77, nº 1, 2001. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-01-23/port.pdf>. Acesso em 20 jan. 2011.

MACHADO, M. F. A. S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 2007.

Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em 02 fev. 2011.

MACHADO, M. F. A. S; VIEIRA, N. F. C; SILVA, R. M. S. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora.** Fortaleza-CE, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a27v15n4.pdf>. Acesso em 02 fev. 2011.

MARTELLI, P. J. L. *et al.* **Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco.** **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/30.pdf>. Acesso em 31 jan. 2011.

MATOS, P. E. S. & TOMITA, N. E. **A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação.** Bauru-SP, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n6/11.pdf>. Acesso em 11 fev. 2011.

MOIMAZ, S. A. A. *et al.* **Periodontite materna e nascimento de bebês pré-termo ou de baixo peso, existe associação?** Araçatuba-SP, 2009. Disponível em: [http://www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v12n2\\_10.pdf](http://www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v12n2_10.pdf). Acesso em 11 fev. 2011.

MOURA, L. F. D. A; MOURA, M. S; TOLEDO, A. O. **Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que freqüentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil.** **CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/26.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2011.

NUTO, S. A. S; NATIONS, M.K; COSTA, I.C.C. **Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/26.pdf>. Acesso em 31 jan. 2011.

OLIVEIRA, J-L. C; SALIBA, N. A. **Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes.** Araçatuba-SP, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a30v10s0.pdf>. Acesso em 31 jan. 2011.



Organização Mundial da Saúde (OMS). **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata, 1978.** Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2010.

PALMIER, A. C. *et al.* **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto.** Unidade Didática 2. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

ROSELL, F. L.; MONTANDON-POMPEU, A. A. B. & VALSECKI JR., A. **Registro periodontal simplificado em gestantes.** Araraquara, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v33n2/0056.pdf>. Acesso em 11 fev. 2011.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta paul. enferm. [online], 2007. V. 20, n.2, pp. v-vi. ISSN 0103-2100. São Paulo, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 27/12/2009.

SANTOS, A. M. & ASSIS, M. M. A. **Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA.** Feira de Santana – BA, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>. Acesso em 11 fev. 2011.

SANTOS, A. M. *et al.* **Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família.** Revista Saúde Pública, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6189.pdf>. Acesso em 31 jan. 2011.

SILVEIRA, C. S. **Pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: uma revisão integrativa.** Dissertação [Mestrado] Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2005.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito In: ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, n. 16, p. 47, 2004/2005.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de enfermagem, 2003 In: ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunic, Saúde, Educ**, n. 16, p. 47, 2004/2005.

TOBASE, L. **A dramatização no ensino de enfermagem: uma revisão sistemática e crítica da literatura.** Dissertação [Mestrado] Escola de Enfermagem de São Paulo. Universidade de São Paulo, 2007.

TOLEDO, B. E. C.; FIGUEREDO, L. C.; ROSSA JR, C. **Do tratamento da piorrêa à medicina periodontal – prevenção e promoção da saúde.** In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Periodontia/ Cirurgia para Implantes/ Cirurgia.** São Paulo: Artes Médicas, 2002. Cap.1, p.3-20.

TUNES, U. R.; RAPP, G. E. **Atualização em Periodontia e Implantodontia.** São Paulo: Ed. Artes Médica LTDA, 1999. 375p.

VARELLIS, Maria Lucia Zarvos. **O Paciente com necessidades especiais na Odontologia – Manual Prático.** São Paulo: Ed. Santos Editora Ltda, 2005, 511p.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde: Unidade Didática 1 – Mód. 4. Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

VILLAS BOAS, L. M. F. M.; ARAUJO, M. B. S. & TIMOTEO, R.P.S. **A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão.** Ciênc. saúde coletiva, 2008. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n4/33.pdf>. Acesso em 11 fev. 2011.