

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA – CEABSF**  
**EVIANNE MACHADO CABRAL**

**Avaliação do cuidado à Saúde das gestantes no contexto do Programa  
de Saúde da Família**

Campo do Meio  
2010

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA – CEABSF**  
**EVIANNE MACHADO CABRAL**

**Avaliação do cuidado à Saúde das gestantes no contexto do Programa de 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: Prof<sup>a</sup>. Mara Vasconcelos

Campo do Meio  
2010

**UNIVERSIDADE FERERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**  
**DA FAMÍLIA – CEABSF**  
**EVIANNE MACHADO CABRAL**

**Avaliação do cuidado à Saúde das gestantes no contexto do Programa  
de Saúde da Família**

**Banca**

---

---

---

**Aprovado em \_\_/\_\_/**

Campo do Meio  
2010

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo verificar se a equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Padre Chico do município de Campo do Meio/MG, atendem as gestantes conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde e quais são as ações que os mesmos executam para alcançar tal objetivo. Para tanto, utilizou-se de um estudo descritivo exploratório sobre o cuidado à saúde de gestantes no contexto do PSF no Município de Campo do Meio/ MG, por meio da qual pode-se concluir que as equipes de Saúde da Família de Campo do Meio, principalmente os cirurgiões dentistas realizam ações educativas preconizadas pelo Ministério da Saúde, tanto no atendimento individual quanto no coletivo no pré-natal. Existe um protocolo de cuidado odontológico à gestante. As ações educativas realizadas pelos cirurgiões dentistas têm destaque para frequência, qualidade da alimentação e higiene oral. A avaliação odontológica é realizada em qualquer idade gestacional, garantindo consultas de avaliação e seguimento de acordo com a necessidade. As radiografias são evitadas no 1º trimestre, é obrigatório o uso de avental de chumbo; os dentistas não recomendam suplemento de Flúor no período pré-natal, uma vez que a água do município já é fluoretada e a maioria da população já faz uso de creme dental fluoretado. O anestésico utilizado durante a gravidez é sem vasoconstritor e de acordo com os dados clínicos e com a equipe médica. Os resultados permitiram concluir que a equipe odontológica da UBS Padre Chico de Campo do Meio, realizam ações educativas preconizadas pelo Ministério da Saúde tanto em atendimento individual e coletivo no pré-natal.

**Palavras-chave:** Saúde bucal. Avaliação de gestantes. PSF. Equipe multiprofissional.

## ABSTRACT

This study aimed to verify if the team from Family Health Basic Health Unit Padre Chico of Campo do Meio/MG, care to pregnant women as recommended by the Ministry of Health and what are the actions that they perform to achieve this goal . To this end, we used a descriptive exploratory study on the health care of pregnant women in the context of the FHP in the Field of Environment / MG, through which one can conclude that the Family Health teams in Campo do Meio/MG, especially dentists perform educational activities prescribed by the Ministry of Health, both in collective and individual care in prenatal care. There is a protocol for dental care to pregnant women. The actions performed by dentists are especially frequency, quality of food and oral hygiene. A dental evaluation is performed at any gestational age, providing consultations for evaluation and follow-up according to need. Radiographs are avoided in the first quarter, is required to wear a lead apron; dentists do not recommend fluoride supplements in the prenatal period, since the water in the municipality is already fluoridated and most of the population already makes use of toothpaste fluoride. The anesthetic is used during pregnancy without vasoconstrictor and in accordance with the clinical and medical staff. The results showed that the dental staff of UBS Padre Chico de Campo do Meio, conduct educational activities prescribed by the Ministry of Health in both collective and individual care in prenatal care.

**Key-words:** Oral health. Evaluation of pregnant women. PSF. Multidisciplinary team.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde.

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

Quadro 1 - Principais condutas que devem ser realizadas pela equipe de saúde frente à mulher em período gestacional, segundo as normas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000). .....	19
Quadro 2 – Principais condutas realizadas pela cirurgiã-dentista da equipe de saúde .....	34

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	JUSTIFICATIVA.....	09
3	OBJETIVOS.....	11
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1	GRAVIDEZ, PRÉ-NATAL E CUIDADOS.....	13
5.1.1	Pré-natal e cuidados que a UBS tem que ter com a gestante.....	14
5.1.2	Exames solicitados a gestante.....	18
5.1.3	Ações educativas no contexto do pré-natal de qualidade.....	21
5.2	DOENÇAS BUCAIS PREVALENTES NA GRAVIDEZ.....	22
5.2.1	Carie dentária.....	22
5.2.2	Doenças periodontais na mulher grávida.....	22
5.2.3	Doenças periodontais e o parto prematuro.....	23
5.2.4	Outras manifestações bucais em mulheres grávidas.....	28
5.3	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA GESTANTE.....	29
5.4	CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	31
6	ESTUDO DESCRITIVO EXPLORATÓRIO.....	32
7	DISCUSSÃO.....	37
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
9	REFERÊNCIAS.....	40



## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Vale-Oba e Tavares (2000), os meios de comunicação têm relatado com certa frequência a precariedade da assistência prestada à mulher nas maternidades do país. Os problemas encontrados vão desde imperícia e negligência médica, até condições estruturais referentes à organização dos serviços de saúde, para o atendimento à saúde da mulher.

Dados do Ministério da Saúde tem demonstrado que apenas 19% dos estados brasileiros apresentam cobertura de pré-natal acima de 40%; e 9,7% das mortes maternas no Brasil vem em consequência das complicações decorrentes do aborto provocado (KIMINAMI e RADIGONDA, 2008).

A mortalidade materna esta relacionada à ineficácia dos serviços de saúde quanto à assistência pré-natal, parto e puerpério. A esperança em diminuir os índices de mortalidade materna está diretamente ligada a melhoria dos equipamentos e estrutura do serviço saúde de um determinado local (SASS et al., 1995).

Tanaka (1995), afirmou que no ciclo gravídico-purperal 90% das mortes podem ser evitáveis e a morte materna é como uma epidemia silenciosa nos países desenvolvidos.

Neste contexto, inclui o cuidado pré-natal que se entende como um conjunto de atividades no decorrer da gravidez que requer tempo e outros investimentos tanto por parte da mulher, como de profissionais e de organizações que se dedicam a esse cuidado (SILVEIRA e SANTOS, 2004).

Tem-se então, que a assistência pré-natal é um fator importante na redução da mortalidade materna e perinatal, já que um pré-natal de qualidade orientará no sentido de se evitar problemas específicos do parto ou mesmo cuidados imediatos ao recém-nascido, além daqueles do período puerperal. Também a prevenção odontológica nesta etapa se faz necessária.

Há anos, em diferentes países, tem-se o relato das gestantes sobre a consequência quanto ao seu estado emocional e à sua criança intra-útero. Esse fato sempre foi atribuído pelos profissionais de saúde como consequência de um estado de

sensibilidade alterada característico da gestação (BERNAT e SEBASTIANI, 1998).

Desde, há tempos, os estudos descrevem a influência de alimentos, álcool e a uso de medicamentos dentre outras no período gestacional, para a gestante e sobre o feto.

A partir de 1960 o avanço médico ampliou as informações a respeito da vida psíquica em relação ao feto. Através das informações adquiridas por estes avanços sabemos hoje o quanto é importante o bem-estar físico e emocional da gestante tanto para um melhor desempenho da gestação do ponto de vista físico, quanto ao nascimento de crianças mais seguras e tranquilas. Segundo Verny (1989), a maneira de compreender, agir e ser da criança está intimamente ligada aos sentimentos recebidos intra-útero. Este fato vem ganhando dia-a-dia novos espaços e é reconhecida como psicologia pré-natal.

Em relação ao recém-nascido, diariamente têm novas e emocionantes descobertas sobre seu mundo e suas experiências. É inquestionável querermos hoje entender esse novo ser e suas etapas de desenvolvimento sem considerarmos além de fatores biológicos, os psicossociais e os afetivos, e suas inter-relações. A interação do bebê com o novo mundo há muito vem ganhando destaque em estudos como os de Sara Pain, Brazelton (1987 apud BERNART e SEBASTIANI, 1998) e Klaus e Kenell (1989).

Esses trabalhos salientam a importância das relações afetivas do recém-nascido para uma melhor estruturação de seus vínculos e, conseqüentemente, um melhor e mais adequado desenvolvimento orgânico e psíquico (BERNAT e SEBASTIANI, 1998).

A escolha do tema deste estudo versa sobre a qualidade da assistência odontológica prestada às gestantes e é fruto da observação de que muitas gestantes deixam de visitar o cirurgião-dentista durante a gestação. Algumas por negligência, outras por medo de que a anestesia possa fazer mal à sua saúde e, principalmente, a do bebê.

## 2 JUSTIFICATIVA

Em 1994 foi criado no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), englobando um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas para a reorganização da atenção básica. Neste programa, a Odontologia está inserida em função das necessidades para diminuir os índices epidemiológicos de saúde, ampliação do acesso da população brasileira, em todas as faixas etárias, de ações que levem à promoção, proteção e recuperação da saúde bucal e, dessa forma, reorientem as práticas de intervenção (BRASIL, 2001).

A participação e a integração do dentista como membro da equipe de pré-natal, resulta em mais conforto e melhor atenção à gestante em todos os níveis: educativos, preventivos e curativos, desde que esse profissional tenha conhecimentos e práticas adequadas de atenção à gestante. A gestação é por isso, percebida como um momento privilegiado para o trabalho de educação em saúde (FINKLER, 2003).

Codato (2005), afirma que a gravidez é um período favorável para a promoção de saúde, não só por meio do acompanhamento clínico sistemático realizado durante o pré-natal, como também pela possibilidade de estabelecer, incorporar e mudar de hábitos, pois, a singularidade do momento remete a uma série de dúvidas, que pode funcionar como estímulo para que a gestante busque informações e, com isso, adquira novas e melhores práticas de saúde.

Desta forma, é importante que o pré-natal, além de um acompanhamento rotineiro e sistemático, atue na educação da futura mãe, por meio de informações, esclarecimentos e desmistificações na atenção prestada neste período (ZENEVICZ, 2007), melhorando assim o auto cuidado da gestante em relação a saúde bucal e conseqüentemente diminuindo o aparecimento das doenças periodontais e cáries durante a gravidez.

Neste sentido, é necessária atenção integral e interdisciplinar à gestante e que a odontologia tenha sua prática centrada nas necessidades da gestante, não se limitando à cavidade bucal, com superação do modelo de atenção vigente, caracterizado por atenção voltada para o tratamento cirúrgico-restaurador das doenças bucais, em que a prevenção normalmente é limitada à cavidade bucal.

Os efeitos de uma boa prática de saúde por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, certamente se estenderão ao futuro bebê, minimizando a possibilidade do surgimento de várias patologias na criança, dentre elas a cárie dentária.

Dada a importância da qualidade do cuidado pré-natal na redução da morbimortalidade materna e perinatal, este estudo objetivou avaliar se a assistência prestada às gestantes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Padre Chico do município de Campo do Meio-MG, está dentro das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

- Verificar se a equipe de Saúde da Família da UBS Padre Chico do município de Campo do Meio atende as gestantes conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde e quais são as ações que os mesmos executam para alcançar tal objetivo.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Descrever as principais doenças ocorridas na gravidez, com enfoque nas patologias odontológicas.
- Demonstrar quais as conseqüências que as patologias bucais acarretam para a gestante.
- Verificar as principais condutas a serem realizadas pela equipe do PSF, junto à gestante.
- Demonstrar os benefícios das consultas de pré natal.
- Descrever a assistência odontológica prestada às gestantes na UBS Padre Chico.

#### 4 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo sobre o cuidado à saúde de gestantes no contexto do PSF do Município de Campo do Meio/ MG foi realizado em duas etapas:

1ª etapa: revisão narrativa de literatura a partir de pesquisa em bases de dados de diferentes gêneros, sendo consultadas: Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBi/USP), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Portal Brasileiro de Informação Científica, Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), site do Ministério da Saúde e livros acadêmicos. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves para especificar a busca de artigos científicos e outras publicações: pré-natal, maternidade, complicações, assistência odontológica. As publicações da bibliografia utilizada abrangem quase três décadas de literatura, compreendendo o período entre 1980 e 2009.

2ª etapa: foi feito um estudo descritivo exploratório. Marconi e Lakatos (1996) relatam que este tipo de pesquisa possibilita aumentar o conhecimento do pesquisador com o tema que se deseja explorar e é recomendado nas situações em que não foram encontrados dados anteriores que possam subsidiar o estudo.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 GRAVIDEZ, PRÉ-NATAL E CUIDADOS

Com certeza, não há período da vida mais importante, para muitas mulheres do que a gestação. Nesse momento, ela está desempenhando o papel de geradora de vida, dando continuidade à espécie humana. Mas não tem a ver com uma encenação.

Pode-se considerar esse período como um momento de crise. Crise no bom sentido, como um momento de mudanças profundas na sua vida. A gravidez é o momento incomparável da vida da mulher

Normalmente, a mulher quando está grávida é muito mais sensível – seu humor pode variar da tristeza à alegria, e vice-versa, em questão de segundos -, e o espírito de preservação faz com que ela se preocupe muito mais com quaisquer intervenções em seu corpo.

Assim, todo profissional da área de saúde que esteja envolvido com o atendimento à gestante deve estar muito atento às alterações psíquicas e fisiológicas dessa paciente. Segundo o Dr. Leite dos Santos (2005, p.1):

o nascimento de um filho é um dos eventos mais importantes na vida de uma família, de uma rede social e, particularmente, de uma mulher. É uma experiência humana elementar, profunda e mesmo sagrada para algumas mulheres e suas famílias. O reconhecimento desse significado compele os profissionais, que têm o privilégio de interagir com a mulher no processo de gestar e parir, a facilitar a elaboração e a implementação das escolhas dessa mulher.

Sugere-se que o profissional informe sobre os tratamentos necessários de forma completa e objetiva, discutindo as escolhas, riscos e benefícios. Convide e estimule a paciente gestante a participar do processo decisório sobre a assistência à própria saúde. Assim, conduz-se à garantia ao respeito dessas decisões, mesmo se contrárias à forma de pensar do profissional (SANTOS, 2005).

### **5.1.1 Pré-Natal e Cuidados que a UBS tem que ter com a gestante**

Para a mulher, a chegada de um bebê é um acontecimento muito importante na vida de uma família, que precisa passar por modificações fisiológicas e psicológicas. Um dos instrumentos facilitadores desse processo é a realização do Pré-natal. É durante a sua realização que a mulher poderá receber orientações que a auxiliem a compreender as modificações pelas quais seu organismo será submetido, e assim vivenciar a gravidez com maior satisfação, além de receber acompanhamento e a devida avaliação da evolução de sua gestação. Há também a necessidade de adaptar-se às mudanças físicas que a gravidez impõe, a mulher e sua família terão que se ajustar ao desafio de redefinir seus papéis na estrutura familiar, abrindo espaço para o bebê em suas vidas. (PAES et al., 2009).

De acordo com a OMS (apud PAVANI, 2007), o pré-natal é caracterizado como um conjunto de cuidados e da atuação de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais de saúde) na realização das atividades específicas com a finalidade de proteger a mulher e o feto durante a gravidez, o parto e o puerpério. Deve ser iniciado na suspeita ou confirmação da gravidez, entretanto, o ideal seria ter o início na manifestação do desejo pela maternidade.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o pré-natal é um acompanhamento da evolução da gestação que visa cuidar da saúde da mulher e de seu bebê, até que o parto ocorra. Consiste em realizar consultas regulares ao profissional de saúde capacitado durante a gestação e visa prevenir doenças que possam prejudicar a saúde da mãe e do feto.

No Brasil, o acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) preconizam que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre nas UBSs. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das



intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (BRASIL, 2005).

De acordo com Pessoa et al., (2009), a assistência pré-natal, deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades da mulher e muitas vezes, representa o primeiro contato da gestante com os serviços de saúde, devendo ser organizada de forma a atender às reais necessidades da mulher, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e de recursos adequados.

Para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal deve haver uma adesão das mulheres ao pré-natal, com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2005). O Ministério da Saúde (1991, p.12) enfatiza que:

o pré-natal no contexto do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), deve assegurar à assistência integral a sua população alvo permitido o atendimento oportuno nos aspectos preventivos educativos e terapêuticos.

Assim, a gestante com todos os seus anseios e carências (fisiológicas, psicológicas ou educacionais) que esta fase lhe proporciona deve ser compreendida e atendida adequadamente, significando uma melhora direta em sua qualidade de vida (BRASIL, 2005).

Buscando melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade relacionados à gestação, parto e puerpério, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) institucionalizou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com base nos seguintes princípios:

“toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura”. (BRASIL, 2000, p. 1)

O referido programa estabelece critério para o cuidado da gestante e do bebê: a) Até o 4º mês de gestação: primeira consulta b) Garantir a realização dos seguintes procedimentos: - Seis consultas de pré-natal, no mínimo. Até quarenta e dois dias após o nascimento, uma consulta ao puerpério. Exames laboratoriais; oferta de teste de HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população maior que cinquenta mil habitantes. Aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas. Atividades educativas. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco. A classificação de risco deverá ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.

Para Ribeiro et al. (2004), a cobertura do pré-natal consiste num dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). A importância da atenção ao pré-natal como política governamental é evidente e expressa no conjunto de normas que regem a operação do SUS. Como envolve toda a cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar para outras ações de atenção básica, o funcionamento do pré-natal reflete aspectos da atuação de outros programas.

Neste contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) salienta que informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Para o Ministério da Saúde, as principais vantagens do pré-natal são:

“permite identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, etc. Seu diagnóstico permite medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida; detecta problemas fetais, como má formação. Algumas delas em fases iniciais permitem o tratamento intraútero que proporciona ao recém-nascido uma vida normal; avalia ainda aspectos relativos à placenta, possibilitando tratamento adequado. Sua localização inadequada pode provocar graves hemorragias com sérios riscos maternos; identifica

precocemente a pré-eclâmpsia, que se caracteriza por elevação da pressão arterial, comprometimento da função renal e cerebral, ocasionando convulsões e coma. Esta patologia constitui uma das principais causas de mortalidade no Brasil.”(BRASIL, 2005, p. 24)

De acordo com Aragão (2009) o que influirá nos índices é a qualidade prestada ao pré-natal, ou seja o trabalho junto a gestante por alguém capacitado a desenvolvê-lo.

Segundo a UNICAMP (1983), um dos fatores agravantes dos altos índices de cesarianas é o preparo da gestante para o parto, o que cabe ao atendimento pré-natal. Deduzindo-se que há correlação entre altos índices de cesárea e um pré-natal realizado com qualidade, pois em locais onde este preparo ocorre, observa-se que o índice de cesárea é menor.

Portanto, a prática do parto normal precisa ser estimulada buscando reduzir a mortalidade da mãe e proporcionando melhores condições ao bebê ao nascer. Isto é um requisito da assistência baseada na humanização, conforme salientam Campana e Peloso (2007) e que necessita ser estimulada visando um atendimento digno a mães e filhos.

Câmara et al. (2000) relataram que fatores biológicos e sócio-culturais influenciam de forma direta os acontecimentos ocorridos na gravidez e no parto. E, que portanto, a prática do pré-natal deve buscar minimizar tais influências enfocando-se a questão da cesárea e afirmando o papel da assistência de enfermagem neste processo.

Ximenes Neto et al. (2008) salientaram que uma atenção humanizada ao pré-natal requer trabalhadores qualificados, cientes das necessidades dos sujeitos, das famílias e da comunidade em que se estabelecem, bem como de ferramentas tecnológicas adequadas ao desenvolvimento da consulta e de uma atenção especializada e dinâmica do cuidado nos diferentes níveis de atenção.

Dotto et al. (2006) reiteram estas afirmações voltadas à qualificação dos profissionais no atendimento à mulher, enfocando que a atenção fornecida neste período pode diminuir os índices de mortalidade nestas pacientes. O que leva à questão da formação de profissionais especializados para um adequado atendimento em pré-natal.

Para Aragão (2009) um pré-natal humanizado requer previsão de recursos, organização das rotinas com procedimentos benéficos e de relações pautadas em

princípios éticos, o que garantirá a mulher privacidade e autonomia ao ser informada sobre as condutas que serão adotadas.

### **5.1.2 Exames solicitados a gestante**

A OMS (2001) com o intuito de assegurar a qualidade da assistência ao pré-natal recomenda a realização de exames clínicos e obstétricos e a investigação de riscos à gravidez, devendo o profissional de saúde, aferir a altura uterina, níveis pressóricos, batimentos cardíaco-fetais, buscando durante estes exames, instruir a gestante sobre sinais e sintomas advindos com o processo de gravidez, bem como informar-lhe dos locais de atendimento de emergência para o caso de ocorrências não previstas. É de suma importância que se anote em ficha própria todos os dados.

Somados a estes exames, Cunha et al. (2009) acrescenta devem ser solicitados a gestante outros exames, tais como: os laboratoriais básicos (hemoglobina, urina, glicemia de jejum); sorologia para toxoplasmose e Hepatite B.

Ximenes Neto et al. (2008) salientaram que a realização de exames estabelece uma maior eficácia no plano de cuidados tendo como meta uma gestação saudável, além do que, aproximam a gestante do profissional.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), por meio do PHPN, incube o município de algumas medidas para que se efetive um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante, bem como à puérpera, dentre as quais garantir que os exames básicos sejam realizados próximos de onde esta more. Os esforços devem se concentrar no intuito de reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, sendo a garantia dos exames básicos uma destas ações, pois além de essenciais para uma satisfatória qualidade de vida materna e infantil, ajudam a diagnosticar e prevenir infecção urinária, anemias, doenças como AIDS, sífilis, dentre outras, segundo o Quadro 1, abaixo descrito.

**Quadro 1 - Principais condutas que devem ser realizadas pela equipe de saúde frente à mulher em período gestacional, segundo as normas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000).**

<p>Seguindo as normas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000), a equipe de saúde, principalmente o enfermeiro, realiza as seguintes condutas, no tocante às consultas de pré-natal:</p>
<p><b>Número de consultas:</b> O número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério.</p>
<p><b>Exames complementares:</b> dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana; glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana; exame sumário de urina (Tipo I): repetir próxima à 30ª semana; sorologia anti-HIV, com o consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste” (ver item IV); sorologia para hepatite B (HBsAg, de preferência próximo à 30ª semana de gestação); sorologia para toxoplasmose (IgM para todas as gestantes e IgG, quando houver disponibilidade para realização)</p>
<p><b>Exames referentes à gestação:</b> data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação DUM (anotar certeza ou dúvida); peso prévio e altura; sinais e sintomas na gestação em curso; hábitos alimentares; medicamentos usados na gestação; internação durante esta gestação; hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas; ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse); aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente.</p>
<p><b>Informações sobre diversos temas:</b> pré-natal; sexualidade; orientação higienodietética; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; sinais e sintomas do parto; planejamento familiar; benefícios legais da mãe; impactos e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério; participação do pai durante a gestação; vínculo pai-filho no desenvolvimento saudável da criança; aleitamento materno; preparo psicológico para as mulheres que tem contra-indicações para o aleitamento materno (portadores de HIV e cardiopatia grave); consultas puerperais; cuidados com o recém-nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas: vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente.</p>
<p><b>Exames referentes à investigação familiar:</b> hipertensão arterial; diabetes <i>mellitus</i>; doenças congênitas; gemelaridade; câncer de mama e/ou do colo uterino; hanseníase; tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco); doença de Chagas; parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.</p>
<p><b>Antecedentes pessoais:</b> hipertensão arterial crônica; cardiopatias, inclusive doença de Chagas; diabetes <i>mellitus</i>; doenças renais crônicas; anemias; distúrbios nutricionais (desnutrição, sobrepeso, obesidade); epilepsia; doenças da tireóide e outras endocrinopatias; malária; viroses (rubéola, hepatite); alergias; hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas; portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais?)</p>

quais?); infecção do trato urinário; doenças neurológicas e psiquiátricas; cirurgia (tipo e data); transfusões de sangue.

**Antecedentes ginecológicos:** ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade); uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono); infertilidade e esterilidade (tratamento); doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro); doença inflamatória pélvica; cirurgias ginecológicas (idade e motivo); mamas (alteração e tratamento); última colpocitologia oncológica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado)

**Exames referentes à sexualidade:** início da atividade sexual (idade da primeira relação); dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual); prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores; número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa; uso de preservativos masculino ou feminino (uso correto? uso habitual?)

**Antecedentes obstétricos:** número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme); número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações); número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento); número de filhos vivos; idade na primeira gestação; intervalo entre as gestações (em meses); isoimunização Rh; número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g; mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos); mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos); natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu); recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsangüineotransfusões; intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar); complicações nos puerpérios (descrever); história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame)

**Procedências referentes ao exame físico:** determinação do peso e da altura; medida da pressão arterial; inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades); ausculta cardiopulmonar; determinação da frequência cardíaca; exame do abdômen; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (face, tronco, membros). Já os exames específicos (gineco-obstétrico) são: exame de mamas (realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contra-indicada – portadoras de HIV/HTLV –, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição da fórmula infantil); palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal; medida da altura uterina; ausculta dos batimentos cardíacos fetais; inspeção dos genitais externos; exame especular: a) inspeção das paredes vaginais; b) inspeção do conteúdo vaginal; c) inspeção do colo uterino; d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), se houver indicação, e para a pesquisa de infecção por clamídia e gonococo, se houver sinais de inflamação e corrimento cervical mucopurulento; toque vaginal; o exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes.

### 5.1.3 Ações educativas no contexto do pré-natal de qualidade

Segundo Paes et al. (2009) a educação em saúde visa uma aproximação entre conhecimento produzido cientificamente no campo da saúde e a vida das pessoas, portanto, uma ferramenta essencial de cuidado à mulher gestante, visto que leva à adoção de hábitos e condutas saudáveis.

Partindo desta premissa é essencial que a equipe do PSF não meça esforços no sentido desenvolver ações educativas adequada à gestante (ÉVORA et al., 1988).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) apresenta diversas práticas educativas para serem aplicadas junto às gestantes e suas famílias, dentre as quais: dramatizações, discussões e trocas de experiências entre os componentes do grupo. As palestras não são indicadas visto não possuem um cunho problematizador necessário ao período perinatal e pela linguagem técnica com que geralmente são proferidas, dificultando a comunicação e, conseqüentemente, o entendimento pelas gestantes.

Lima e Moura (2005) enfatizaram o papel educativo que o enfermeiro possui e a contribuição destes para que se promovam nas gestantes atitudes saudáveis e concretas no tocante ao bem-estar e qualidade de vida.

Já Santos et al. (2006) enfatizaram o papel que os profissionais de saúde têm na questão da orientação e incentivo às gestantes quanto à adoção de hábitos saudáveis de vida e de alimentação, por meio de avaliação do estado nutricional destas. Devendo encaminhá-las para programas de assistência social quando este diagnóstico não for satisfatório.

Segundo Rios e Vieira (2007) durante a gestação a mulher vivencia uma gama de sentimentos, sejam estes de alegria ou tristeza, surpresa e até negação de si mesma. Portanto, ela deve enxergar no profissional de saúde um educador, um instrumento por meio do qual venha a adquirir autoconfiança, autonomia para agir, capacidade para enfrentar situações de crise, bem como o estresse. E o pré-natal se configura como o melhor momento de orientação e informação quanto a riscos de complicações e sucesso nas diversas etapas do puerpério.

## **5.2 DOENÇAS BUCAIS PREVALENTES NA GRAVIDEZ**

### **5.2.1 Cárie dentária**

Um estudo sobre cárie dentária e sua prevalência em gestantes foi realizado por Scavuzzi et al., em 1999, em Salvador, Bahia, detectou aumento da atividade cariogênica nos últimos meses de gestação e no pós-parto, devido ao descuido com a própria higiene bucal. As gestantes relataram que tal descuido se devia ao fato delas estarem voltadas ao cuidado da criança. Esta também foi a conclusão a que Codato chegou em 2005. Segundo a autora o que causa cárie não é a gravidez e sim a negligência e/ou dificuldades com a higienização bucal.

### **5.2.2 Doenças periodontais**

Segundo Cardoso (1999), algumas alterações no padrão de normalidade periodontal são observadas pelo aumento da concentração de hormônios sexuais femininos na circulação sanguínea em mulheres grávidas.

Tal aumento hormonal predispõe as mulheres a alterações em seu sistema imunológico, caracterizadas por uma depressão da resposta imune mediada por células. Isto se reflete numa alteração da resposta do hospedeiro aos antígenos da placa bacteriana, com conseqüente efeito sobre os tecidos gengivais (HUGOSON e LINDHE, 1971) e periodontais.

Esta alteração já foi observada através de transformações dos linfócitos *in vitro*. Estas alterações podem começar com vermelhidão, sangramento e aumento gengival, refletindo num aumento da profundidade de bolsa à sondagem e aumento da mobilidade dentária, decorrentes de um espessamento do ligamento periodontal (CARDOSO, 1999).

Deve-se salientar que as alterações hormonais ocorridas durante a gravidez



não causam gengivite, cuja etiologia está relacionada a fatores irritantes locais, de origem bacteriana. A gravidez, através de seus hormônios, apenas intensifica a resposta tissular à colonização bacteriana.

A alteração mais comum observada na gengiva da mulher grávida recebe o nome de gengivite gravídica. A severidade da inflamação aumenta gradualmente durante a gestação até o 8º mês, apesar de uma ligeira queda entre o 3º e 4º meses. Durante o último mês ocorre uma diminuição desta severidade, correspondendo ao observado no 2º mês de gestação. Esta alteração é considerada como reflexo da interação de células gengivais com estrógeno e progesterona, sendo que este último leva à diminuição da queratinização gengival e estimula a produção de prostaglandinas, além de dilatação, aumento da permeabilidade e proliferação capilares. Indiretamente, também, os hormônios sexuais são responsáveis por alterações na microbiota oral, devido a uma predominância de bactérias associadas ao estrogênio como *Prevotella intermedia* (KORNAMN e LOESCHE, 1980).

Muito também se tem discutido a respeito do aumento da ocorrência de periodontite durante a gravidez, mas pouca relação tem sido observada quando são comparadas mulheres grávidas e não-grávidas.

Segundo Moraes e Wehba (2002) a gestante deve receber diagnóstico e tratamento periodontal de forma especial, visto que achados estabelecem relação entre doença periodontal e efeitos deletérios para o feto, podendo levar ao risco de parto prematuro e baixo peso dos bebês, fatores já descritos nas pesquisas de Offenbacher et al. (1996). Estes autores relataram que a gengivite, outra doença da gravidez, caracterizada por edema, sangramento gengival e eritema, ocorre em cerca de 30 a 75% de gestantes.

### **5.2.3 Doenças periodontais e o parto prematuro**

Os níveis intra-amnióticos de PGE<sub>2</sub> e FNT- $\alpha$  - aumentam de forma constante durante toda a gravidez até atingirem um limite crítico, quando tornam-se capazes de induzir contrações uterinas e dilatação cervical, que caracterizam o início do

trabalho de parto. Estando também associadas à patogênese da doença periodontal, a PGE<sub>2</sub> e FNT- $\alpha$  liberados à distância chegariam à membrana placentária através da corrente circulatória, aumentando os níveis fisiológicos destas substâncias no fluido amniótico e levando ao início precoce do trabalho de parto (OFFENBACHER et. al, 1996).

Microbiologicamente, observa-se uma predominância de bactérias anaeróbicas Gram-negativas na flora sub-gengival de pessoas com doença periodontal, e durante a gravidez, há também um aumento da proporção destas bactérias, sendo que alguns microrganismos podem aumentar em até 5 vezes o seu número. Desta forma, os LPS - derivados destes microrganismos podem chegar também à placenta, estimulando assim a produção de IL-1 $\beta$  e PGE<sub>2</sub> pelas células do âmnion, que por sua vez induziriam o parto prematuro (BEJAR et. al., 1981).

A partir desta hipótese, alguns trabalhos foram elaborados visando o estudo das doenças periodontais como um possível fator de risco para o nascimento de crianças prematuras e/ou com baixo peso.

Vieira (2003) associa a prematuridade às infecções mediadas por bactérias como endotoxinas, bem como a reação materna na produção de mediadores da inflamação, presentes na fisiologia normal do parto mas que, quando em excesso, aceleraram o processo de prematuridade.

A explicação para tal associação, segundo Barros e Moliterno (2001) está em que

o periodonto infectado produz mediadores que vão para a circulação sistêmica e, eventualmente, podem atravessar a barreira corioamniônica, aparecendo no fluido amniótico. Ao atingirem precocemente os níveis encontrados na época do parto normal, iniciam prematuramente o trabalho de parto. Essa translocação de mediadores, via corrente sanguínea, parece ser mais provável do que o sangue carregado de bactérias ou produtos bacterianos, especialmente lipopolissacarídeos, dirigir-se para o plexo corioamniônico para estimular a síntese de prostaglandinas-2 local.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.50) explica que,

além da presença de mediadores, também podem ser encontrados os próprios microrganismos orais, no fluido amniótico. Uma espécie comum de microrganismo oral, que está presente em sítios da doença periodontal, é o

*Fusobacterium nucleatum*. Ele é uma das espécies mais frequentemente isoladas da cultura do fluido amniótico entre mulheres, em trabalho de parto prematuro e membranas intactas. Alguns fatores são sugeridos para explicar esse aparecimento. Um deles seria uma rota ascendente dos microrganismos devido ao contato sexual gêrito-oral com o parceiro. A outra explicação seria por via hematogênica, na qual essa microflora se disseminaria pelo sangue. Procedimentos dentais ou manipulação intra-oral, como escovação, podem causar uma bacteremia gram-negativa da flora bucal, que acomete mais frequentemente pessoas com maior quantidade de placa e inflamação gengival. Além disso, pode ocorrer por entrada na corrente sanguínea, por meio de úlceras, em pacientes imunodeprimidos, por supressão de células de imunidade associadas com gravidez e até um aumento de gengivite em grávidas.

Para Dantas et al. (2004), os microrganismos periodontais são necessários para que ocorra a doença periodontal, mas não são suficientes necessitando da resposta inflamatória do hospedeiro para a severidade da doença. Os autores enfatizaram que a associação entre doença periodontal e parto prematuros então, pode vir a ser um reflexo das alterações inflamatórias que predis põem o paciente para ambos os fatores.

Estabelecido este relacionamento entre infecção e inflamação pode-se compreender que as alterações nos níveis desses mediadores inflamatórios são resultados de uma resposta normal a um agente infeccioso que pode representar o mecanismo chave pelo qual a infecção está ligada ao parto prematuro com bebês de baixo peso. O aumento dos níveis maternos ou fetais derivados das citocinas como FNT- $\alpha$  pode envolver a expressão da interleucina-6 amniocoriônica, resultando na produção de prostanóides. Alternadamente, os leucócitos polimorfonucleares e vários organismos gram-negativos produzem a enzima fosfolipase A2, a qual hidrolisa o ácido aracdônico, à quantia limite na síntese de prostanóides.

Já a ocorrência de exacerbação da inflamação gengival durante a gravidez, conhecida há muito tempo, é relacionada à imunossupressão observada no segundo trimestre. A infecção periodontal age como um reservatório para os produtos microbiológicos e os mediadores inflamatórios. Prostaglandina E2 local, FNT- $\alpha$  local e sistêmico aumentam durante a periodontite.

Neste contexto, Codato (2005) enfatizou que os mediadores químicos como as prostaglandinas são responsáveis pelas contrações uterinas, e quando estimulados pelas doenças periodontais podem aumentar os riscos de nascimentos prematuros de bebês com baixo peso.

Segundo Hill (1998) apud Vieira (2003) a doença periodontal está associada

ao aumento do risco de parto prematuro devido à difusão hematogênica de hipopolissacarídeos e/ou citocinas pró-inflamatórias para a placenta e feto.

Bactérias e seus produtos metabólicos encontrados na placa bacteriana são os principais agentes responsáveis pela doença periodontal. Quando ocorrem inflamações gengivais, aumenta o volume do fluido crevicular gengival (FCG). Bactérias gram-negativas, em estágios mais avançados da doença, estimulam a liberação de mediadores da inflamação como a prostaglandina E2, interleucinas 1 b e 6 (IL e IL-6) e fator de necrose tumoral (BARROS, 2001).

Na concepção de Marwick (2000), esses mediadores atrapalham o crescimento fetal e são utilizados para explicar o parto prematuro em humanos. O nível de mediadores da inflamação no FCG serve para medir a expressão da doença e quando permanece elevado, causa uma constante destruição do tecido conjuntivo, cronificando o quadro da doença periodontal.

Damare et. al. (1997) compararam os níveis de PGE2 no FCG com os níveis de PGE2 no fluido amniótico de gestantes com problemas de doença periodontal, avaliando se este poderia ser fator de risco para o baixo peso ao nascer e puderam concluir que o objetivo da inflamação é livrar o organismo da causa inicial da agressão celular e das consequências desta agressão. Segundo estes autores, os mediadores da inflamação (PGE2, TNF-a, IL-1b) estão presentes tanto na doença periodontal quanto no processo fisiológico do parto. Os níveis de PGE2 no fluido amniótico elevam-se regularmente durante a gestação até um limiar crítico no qual induz o trabalho de parto, dilatação cervical e o parto propriamente dito. Em alguns casos, verificaram aumento do nível de PGE2 em nascimentos prematuros de baixo peso, mas não encontraram infecções do trato geniturinário, sugerindo que diversos casos são causados provavelmente por infecções de origem desconhecida.

Vilas Boas (2005) realizou um estudo onde relataram que os efeitos de uma infecção sobre o feto são mediados por citocinas e eicosanóides maternos. Segundo esta autora, prostaglandinas e várias citocinas inflamatórias, especialmente FNT-a, IL-1b, e IL-6, têm sido identificadas significativamente no fluido amniótico de mulheres que tiveram bebês prematuros.

A fim de determinar se a doença periodontal é um fator causal ao nascimento prematuro, um estudo prospectivo foi conduzido por Jeffcoat et. al. (2001)

na Universidade do Alabama, Estados Unidos. Durante a 20<sup>a</sup> semana do período gestacional de 1313 (hum mil, trezentos e treze) gestantes, realizaram-se exames pré-natais de rotina, coleta de informações sobre hábitos pessoais e exames periodontais. Gestantes com periodontite de grau leve e moderado exibiam entre 3 a 50 sítios com 3 mm ou mais de perda de inserção periodontal. Gestantes com mais de 50 sítios com 3 mm ou mais de perda de inserção eram classificadas como tendo periodontite severa ou generalizada. Através da realização de análise multivariada, após a parturição pôde-se observar que a periodontite materna foi um fator de risco independente para o nascer prematuro. Os resultados mostraram, ainda, que das gestantes que possuíam doença periodontal tinham 4,18 vezes risco de ocorrência de terem um parto prematuro.

Offenbacher et. al. (2001), procuraram determinar se a presença da infecção periodontal materna previamente ao parto e se a incidência de novos sítios infectados durante o período gestacional podem trazer risco de parto prematuro e ao desenvolvimento do feto. E verificaram que há uma associação entre doença periodontal e parto prematuro, pois ocorreram partos prematuros, nascimentos com peso inferior a 2.500gr e menores pesos ao nascer por idade gestacional. Tal fato veio a reforçar que a presença de doença periodontal materna, quando agravada durante o período de gestação é prejudicial ao desenvolvimento do feto.

Em estudo desenvolvido em Porto Alegre (Brasil) por Louro et. al. (2001), a influência da doença periodontal na gravidez sobre o peso de nascimento dos recém-nascidos foi investigada. Com o auxílio do índice de extensão e severidade da doença periodontal, a condição periodontal de 26 puérperas, 13 com peso do bebê ao nascer inferior a 2.500 gr e 13 cujos bebês nasceram com 2.500 ou mais, foi avaliada. Os resultados mostraram uma forte associação entre a severidade da doença periodontal e o baixo peso ao nascer após ajuste para diferentes fatores de risco (fumo, estatura materna, bacteriúria e hipertensão prévia).

Moliterno et. al. (2002) avaliaram 100 puérperas distribuídas em grupos cuja ocorrência do parto foi a pré-termo e o peso de nascimento do bebê, inferior a 2.500gr e grupos onde houve nascimento no termo e peso do bebê maior do que 2.500gr. Os autores encontraram uma correlação alta entre parto prematuro de baixo peso e doença periodontal.

Os efeitos da infecção periodontal sobre a prematuridade e o baixo peso ao nascer, demonstrada em diferentes estudos, sugere que a doença periodontal é um fator

de risco e pode ter um grande impacto nas taxas de complicações obstétricas, assim como o fumo, o álcool ou as infecções do trato genitourinário (OFFENBACHER et. al., 2001).

Segundo Brunetti (2002) há possibilidade de que a infecção periodontal possa servir como reservatório para transferência de bactérias para a unidade feto-placentária, mas, que os patógenos periodontais não são suficientes para a ocorrência daquela infecção. E que citocinas produzidas pelo periodonto infectado como FNT- $\alpha$  e PGE2 alcançam a placenta através da circulação sanguínea. Neste sentido, a prevenção é de suma importância, devendo o dentista, assim como o médico, estarem atentos às outras possíveis causas de inflamações e infecções na gestante e não só na doença periodontal..

Miller, Brunelle, Carlos, et al. (1992 apud MORAES & WEHBA, 2002) salientaram que a doença periodontal ocorre com maior prevalência em homens que mulheres, isto considerando-se maus hábitos e inadequada higiene bucal. Os autores acreditam que os hormônios femininos, principalmente o estrógeno, têm papel decisivo nesta proteção às mulheres contra a perda óssea periodontal, levando ao entendimento do porquê das melhores condições periodontais neste gênero. Nas palavras dos autores “ocorre que a mulher parece submeter-se, ao longo da vida, a variações hormonais mais acentuadas do que os indivíduos do sexo masculino e isto seria um fator coadjuvante importante em relação a um maior risco para discrepâncias periodontais”.

#### **5.2.4 Outras manifestações bucais em mulheres grávidas**

Moraes e Wehba (2002) relataram que além das doenças periodontais, as gestantes estão susceptíveis à ocorrências próprias da gestação, tais como vômitos, refluxo gástrico matinal, xerostomia, sialorréia, diabete gestacional, leucemias, assim como outras doenças sistêmicas. Portanto, estas pacientes requerem um cuidadoso tratamento, partindo-se da história sistêmica sua e de sua família, relatando quando houver casos de abortos espontâneos, cólicas, manchas no útero, dentre outros. A seguir, um programa de higiene bucal deve ser estabelecido, assim como o

aconselhamento nutricional.

### **5.3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA GESTANTE**

Narvai (1984) relataram que as dificuldades encontradas por gestantes no tocante à assistência odontológica se justificam nas crenças e tabus que as mulheres grávidas possuem no tocante à prejudicialidade deste tipo de assistência no período gestacional.

Tomita (1994) salienta a necessidade de atendimento odontológico que ressalte métodos preventivos, educativos e ações de natureza coletiva.

De acordo com Moraes e Wehba (2002) e Silva (2002), no período gestacional deve-se evitar um tratamento odontológico invasivo, que demandem tempo prolongado na cadeira odontológica, o que causa desconforto a paciente, bem como no primeiro trimestre para evitar interferências provenientes do meio bucal na formação do feto; e, na metade do último trimestre de gestação, para prevenir o perigo de parto prematuro. Portanto, os tratamentos preventivos devem ser os métodos eleitos como primeira opção juntamente com intervenções mais frequentes de aplicação tópica de flúor. Deverão ser evitados, também, as radiografias (quando necessárias somente após o primeiro trimestre, lembrando-se dos métodos de proteção) e os medicamentos que podem influir no feto, principalmente por difusão por meio da placenta.

Silva (2002) salientou que o profissional dentista deve conhecer, profundamente, as alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez com o intuito de melhor aplicar tais conhecimentos ao tratamento da gestante. Algumas destas alterações, que merecem melhores esclarecimentos são os fatores de coagulação, visto que os sistemas de coagulação e fibrinolítico ficam bastante alterados durante a gravidez. Mas são necessários para controlar duas das mais graves complicações da gestação: a hemorragia e o tromboembolismo, causados por problemas no mecanismo de homeostase; hipotensão ocasionada pela posição decúbito dorsal (nessa posição, o útero pode comprimir a veia cava suficientemente para reduzir a pressão arterial.), retenção de cálcio pela gestante.

Costa et al. (2002) reforçam a opinião de Narvai (1984) quanto à importância que as gestantes dão ao papel das crenças e tabus reforçando os atributos negativos da assistência odontológica no período gravídico. Levando às gestantes a não procurarem assistência por medo de perder o bebê.

Konishi e Lima (2002) salientaram a importância dos programas de promoção de saúde bucal na gravidez com o intuito de desmistificar estas crenças e conquistarem a confiança da gestante, levando-as a um pré-natal de qualidade. Já Pereira et al. (2003) reforçam a questão das práticas odontológicas serem voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal.

Queiroz (2005) enfatizaram que programas de educação em saúde bucal, principalmente para gestantes, devem ter como finalidade desmistificar tabus e crenças relacionados à negatividade do tratamento odontológico pelas gestantes. Buscando melhorar a motivação e a adesão destas ao pré-natal odontológico.

Além deste papel de desmistificação, Codatto (2005) lembra que os profissionais de saúde podem contribuir para que as gestantes tenham um programa especial de atenção odontológica, devido às características biopsicossociais inerentes ao processo reprodutivo e ao papel que exercerão na promoção de saúde de seus filhos. A autora enfatiza a necessidade de um relacionamento estreito entre o profissional dentista, médicos, enfermeiros e demais membros da equipe multidisciplinar presentes no PSF. A autora dá um enfoque às ações interdisciplinares, salientando a importância destas está em que levam os profissionais a troca de saberes, contribuem para a padronização de práticas e, quando necessário, para atualizá-las. Para tanto, essencial que estes profissionais, principalmente da área de odontologia sejam capacitados e motivados para atuarem em equipe, cientes do seu importante papel na promoção de saúde.

No tocante ao uso de medicamentos e anestésicos, Correa et al. (2003), salientaram que os vasoconstritores tornam a absorção dos anestésicos locais mais lenta aumentando assim a segurança da solução anestésica. A adrenalina, segundo estes autores, não tem seus efeitos acumulativos, pois ao entrar na corrente sanguínea é rapidamente biotransformada. O que leva à conclusão de que no momento do parto, não haverá resíduos deste caso tenha sido administrada pelo cirurgião dentista.



## 5.4 CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Segundo Paula (2009), uma das características pessoais mais enfatizadas no mundo do trabalho, atualmente, é que o trabalhador tenha flexibilidade e adaptabilidade para atuar adequadamente mesmo em situações adversas, ou seja, que tenha capacitação. Isto, entendendo que capacitar torna o indivíduo habilitado a desenvolver uma função com qualidade, fornece subsídios para auto-gestão do trabalho, além de assegurar competências teóricas - práticas para o domínio do trabalho de forma completa.

A capacitação, segundo Santana e Fernandes (2008), é elemento impulsionador para a transformação de profissionais da saúde como pessoas que buscam autonomia, que são capazes de perceber seu papel profissional/social, frente aos desafios colocados a cada momento e engajando-se com o que se passa ao seu redor. Neste sentido, o treinamento é uma das ferramentas utilizadas para prover a capacitação, pois proporciona ao indivíduo mudar de atitude, a pensar, criar e aprender otimizando seu tempo, melhorando a produção e qualidade conseqüentemente melhorando a satisfação no trabalho.

Para Siqueira e Kurcgant (2005), programas que prestigiam a participação e a valorização do potencial humano são importantes instrumentos de capacitação, visto que têm estas como parceiras, como fornecedoras de conhecimentos, habilidades e capacidades.

Também Follador e Castilho (2007) dão atenção a estes programas de treinamento, salientando que os mesmos representam investimento em pessoal.

Ferreira e Kurcgant (2009) reiteram tais premissas, afirmando que é necessário o planejamento detalhado das propostas de capacitação de pessoal que alberguem conhecimento nas dimensões técnico-científica, ético-política e sócio-educativa, ressaltando valores que influenciem a percepção, o raciocínio, o julgamento e as decisões do aprendiz.

## 6 ESTUDO DESCRITIVO EXPLORATÓRIO

O município de Campo do Meio fica localizado na região central do Sul de Minas Gerais, à 311 km de Belo Horizonte, com uma área de 733 km<sup>2</sup>, uma altitude média de 815 m, temperatura média de 21°C, em região de planaltos. Com estas características, o município tornou-se muito atrativo no desenvolvimento da agropecuária.

No início do século XX, colonizadores italianos começaram a exploração cafeeira, onde prevalece até hoje e representa a maior fonte de riquezas do município com uma área cultivada de 59.527 has, assumindo a terceira posição em produção no estado. Destacamos ainda, o cultivo do milho, batata, feijão, arroz e cana de açúcar. A pecuária, também, contribui significativamente para o desenvolvimento da economia do município, com predominância do gado bovino para corte e leite.

No campo da Saúde, lembramos que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, consagrou o princípio de que "A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação."

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica.

Na cidade de Campo do Meio, no quadro de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, encontramos: 14 enfermeiros, 16 auxiliares de enfermagem, 6 técnicos de enfermagem, 8 cirurgiões dentistas, 16 auxiliares de consultório odontológico, 2 psicólogos, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo, 2 assistentes sociais, 60 agentes comunitários de saúde, 1 técnico de laboratório, 1 auxiliar de análises clínicas. No quadro de profissionais médicos encontramos: 5 médicos de saúde da família, 8 clínicos, 3 ginecologistas, 1 cirurgião geral e 2 pediatras.

Todos distribuídos entre 5 unidades de Saúde da Família existentes no

município, que são:

PSF CENTRAL

PSF SÃO JOSÉ

PSF PADRE CHICO

PSF SANTANA

PSF VILA NOVA

Além de toda a infra-estrutura básica necessária, cada unidade do PSF, conta também com um veículo, que é usado no transporte dos profissionais, bem como dos pacientes. Os serviços prestados à população pelas equipes do PSF, são de extrema importância, pois é um trabalho com enfoque preventivo. É realizado um cadastro geral da população da micro-região, onde são identificadas as diversas patologias existentes como: Diabetes, Hipertensão Arterial, DPOC, Asma Brônquica, Desidratação, Diarréia, etc, prestando tais atendimentos de forma preventiva em casa, conseguindo-se diminuir o nível de internação hospitalar.

Nesta linha de trabalho, que a Prefeitura Municipal de Campo do Meio, está planejando e executando ações básicas de saúde, visando proporcionar à população melhores condições de vida. Para tanto desenvolve várias ações, preventivas educativas e curativas, como: Implantação, aparelhamento e adequação das Unidades Básicas de Saúde; Campanha educativa de atenção à saúde; Capacitação de recursos humanos; Ampliação das unidades de saúde; Promoção de eventos técnicos sobre melhoria da qualidade eficiência dos serviços de saúde; Acreditação hospitalar da rede privada; Promoção em educação em saúde.

No campo da saúde da mulher, as ações têm como objetivo reduzir a morbimortalidade da mulher por complicações de gravidez, parto, puerpério e outros agravos da condição feminina, através de: Campanha educativa em atenção à saúde da mulher, Promoção de eventos sobre saúde da mulher; Capacitação de recursos humanos e Incentivar o pré-natal e parto natural.

As salas de pré-natal de todas as equipes de saúde da família da cidade de Campo do Meio são equipadas com: uma mesa com duas cadeiras, uma mesa ginecológica, uma escadinha, uma mesa de Mayo, um foco central, um aparelho de sonar portátil, um biombo, um armário com medicação e materiais educativos, um balde

de lixo, uma pia e um ventilador de teto. Não há banheiro nas salas. A sala de pré-consulta possui uma mesa com duas cadeiras, uma balança e um aparelho de verificar pressão arterial.

Com relação à organização do serviço de pré-natal, o número de consultas agendadas diariamente é de 10 consultas no período da manhã e de 6 a 8 no período da tarde, e as mesmas são de responsabilidade das enfermeiras. As gestantes adolescentes e aquelas de alto risco são encaminhadas ao ginecologista da unidade. Todas as equipes de saúde da família atendem nos dois períodos (manhã e tarde). Auxiliares e técnicas de enfermagem atuam no preparo das gestantes para a consulta, por meio de verificação de peso, pressão arterial e estatura.

As grávidas chegam a unidade, pegam a ficha por ordem de chegada e aguardam a pré-consulta, após esta, elas ficam aguardando a consulta na sala de espera.

São 1.488 gestantes cadastradas nas 4 equipes de saúde da família existentes, no período compreendido entre janeiro de 2008 a dezembro de 2009, sendo que a equipe odontológica atendeu somente 637 gestantes neste mesmo período.

O quadro 2 abaixo mostra as principais condutas realizadas pela cirurgiã-dentista descritas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2000)

**Quadro 2 – Principais condutas realizadas pela cirurgiã-dentista da equipe de saúde bucal na UBS Padre Chico.**

<b>Período Gestacional</b>	<b>Condutas</b>
Primeiro Trimestre	<p>-Na UBS realiza-se o acolhimento, das gestantes encaminhadas pelas ACS.</p> <p>-CD realiza avaliação de risco e no caso de prioridade agenda para a realização de tratamento e realização da 1ª consulta odontológica programática.</p> <p>-1ª Consulta Programática: Realiza-se preenchimento do prontuário (Avaliação do estado geral de saúde da gestante, exame clínico, preenchimento do odontograma e planejamento para realização do tratamento).</p> <p>- Planejamento do tratamento com o médico.</p> <p>-Opta-se sempre pelos procedimentos conservadores e menos intervencionistas.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizam-se também grupos operativos para enfatizar a importância do auto cuidado em saúde bucal (esclarecendo sobre placa bacteriana, doença cárie, consumo de açúcares, gengivites, doença periodontal, escovação, uso de dentifrício com flúor e uso correto do fio dental, auto exame da boca).</li> <li>-No primeiro trimestre não se considera um período adequado para realização do tratamento odontológico, pois é neste período que ocorre às transformações embriológicas, além do feto estar mais susceptível as influências teratogênicas e ao aborto espontâneo, além da gestante apresentar indisposição.</li> <li>- As urgências odontológicas são sempre atendidas, para aliviar a dor e evitar maiores complicações.</li> <li>-Sempre referenciamos a gestante para a equipe caso a porta de entrada tenha sido a Saúde Bucal.</li> </ul>
Segundo Trimestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequação do meio bucal.</li> <li>- Escariação e selamento das cavidades.</li> <li>- Eliminação de irritantes locais.</li> <li>- Raspagem e alisamento radicular.</li> <li>- Plano de higiene oral.</li> <li>- Programas de higiene bucal, enfatizando a importância do auto cuidado.</li> <li>- Ações educativas da amamentação com a mãe: Durante a amamentação aprende-se a respirar corretamente pelo nariz; Prepara a criança para a função mastigatória;</li> <li>É responsável pelo crescimento harmonioso da face e dos dentes; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar a mãe da importância dos dentes decíduos.</li> <li>- Transmissão da doença cárie.</li> <li>- Uso inteligente do açúcar.</li> </ul> </li> <li>Importâncias da escovação e o uso de dentifrício com flúor e fio dental. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisionar escovação.</li> <li>- Evitar sessões de tratamento prolongadas.</li> </ul> </li> <li>-Considera-se o melhor período para a realização de procedimentos inevitáveis.</li> <li>- Uso de medicamentos conforme medicação preconizada.</li> <li>- Observar posição da paciente na cadeira.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anestesia local utilizada com maior segurança é lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, no máximo dois tubetes, com aspiração prévia e injeção lenta.</li><li>- Os medicamentos devem ser evitados e quando necessário utilizar medicação preconizada.</li></ul>
Terceiro Trimestre	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ênfase à educação e Saúde Bucal do bebê.</li><li>- Evitar tratamento odontológico neste período, pois ocorre a diminuição do retorno venoso dos membros inferiores predispondo a gestante à hipotensão.</li><li>- Urgências são atendidas para aliviar a odontalgia, optando sempre por procedimentos conservadores e intervencionistas.</li><li>- Esclarecer sobre cárie de mamadeira.</li><li>- Orientar para a limpeza da cavidade oral do bebê.</li><li>- Acompanhar a higiene bucal através da equipe.</li></ul>

## 7 DISCUSSÃO

Verificou-se na UBS Padre Chico, que a equipe de saúde realiza várias ações estabelecidas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no tocante a saúde bucal da gestante.

Na equipe de saúde bucal, principalmente a cirurgiã-dentista, dá acolhimento às futuras mães, como se pode observar pela exposição do quadro 2 já citado. As informações são repassadas para as mães tanto no consultório (pela cirurgiã-dentista) quanto na sala de espera, pelas enfermeiras ou agentes comunitários. Tais resultados vão de encontro aos estudos realizados por Codato (2005) e Brasil (2005) que relataram que as informações recebidas por esta equipe tornam a gestante mais preparada para o parto.

As gestantes são estimuladas à prática do parto normal, visto que tal prática reduz a mortalidade materna, segundo Campana & Pelloso (2007), Aragão (2009), UNICAMP (1983), Dotto et al. (2006). Campana & Pelloso (2007), Ximenes Neto (2008) e Aragão (2009) salientaram que tal procedimento requer um atendimento humanizado em pré-natal.

Observou-se, também, que há comunicação e entrosamento entre a equipe no tocante às informações fornecidas e ao apoio à esta clientela, lembrando que o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, que cada gestante vivencia de forma distinta. Quanto a estas afirmativas, Lima (2006) aponta que uma medida relevante para preservação da saúde da gestante e do feto é uma assistência pré-natal adequada e prestada por uma equipe multiprofissional. No tocante ao quesito da “comunicação”, Cotado (2005) salientou que esta quando ocorre entre profissionais de diferentes especialidades é essencial para o atendimento satisfatório da gestante, pois possibilita um saber e um fazer interdisciplinar e, desta forma, melhora a atenção integral da gestante.

Outro item vivenciado pela equipe da UBS Padre Chico, em Campo do Meio, é aquele referente aos tabus criados pela comunidade no tocante ao atendimento odontológico no período gestacional, fazendo com que muitas gestantes não procurem assistência neste período. Sobre tais temas, tem-se que os autores Narvai (1984); Costa

et al. (2002); Konishi e Lima (2002); Queiroz (2005) salientaram a importância dos programas de promoção de saúde bucal na gravidez com o intuito de desmistificar crenças e tabus que acompanham as gestantes e que as impedem de procurarem um tratamento odontológico durante a gestação.

Na UBS Padre Chico os programas de promoção de saúde bucal às gestantes são frequentes, visto que detectou-se uma maior prevalência de cáries neste período. Também Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999) detectaram um aumento da incidência de cáries na gravidez devido ao descuido das mães consigo mesmas, o que corroborou com o estudo de Codato (2005). Sobre os programas de promoção de saúde, Codato (2005); Finkler (2005), Queiroz (2005) e Paes et al., (2009) afirmam que a gravidez é um período favorável para a promoção de saúde, pois a mãe está mais propensa a adquirir conhecimentos que a ajudarão nos cuidados com o bebê que está por vir.

Pela observação notou-se que a equipe do PSF esforça-se no sentido de prestar assistência adequada à gestante, tanto que alguns membros desta equipe participam sempre de programas de treinamento e capacitação. Évora et al. (1988), Pavani (2007), Santos et al., (2006); Rios e Vieira (2007) e Cotatto (2005) enfatizaram em seus estudos a importância do esforço da equipe multidisciplinar no sentido de atender a gestante com qualidade. Segundo estes autores, a participação e a integração do dentista como membro da equipe de pré-natal, resulta em mais conforto e melhor atenção à gestante em todos os níveis: educativos, preventivos e curativos (FINKLER, 2005).

Em relação aos programas de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, alguns autores (SANTANA e FERNANDES, 2008; FERREIRA e KURCGANT, 2009; FOLLADOR e CASTILHO, 2007; SANTANA e FERNANDES, 2008; SIQUEIRA e KURCGANT, 2005) ressaltaram que tais programas transformam as atividades destes profissionais valorizando o potencial humano. E que a soma destes saberes e práticas (CODATO, 2005), colabora com a melhoria do cuidado à gestante e que a articulação entre os diversos profissionais auxilia no planejamento, avaliação e readequação das práticas de saúde.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que a equipe odontológica da UBS Padre Chico de Campo do Meio, realiza ações educativas preconizadas pelo Ministério da Saúde tanto em atendimento individual quanto coletivo no pré-natal, tais como: frequência e qualidade da alimentação e higiene oral; uso de anestésico sem vasoconstritor e de conformidade com os dados clínicos; não realização de radiografias no 1º trimestre de gravidez; não recomendação de flúor no período pré-natal, visto que ser a água do município fluoretada e a maioria da população fazer uso de creme dental fluoretado.

Percebeu-se, portanto, a necessidade de atuação da equipe odontológica na promoção de saúde, por meio da atenção integral da gestante, consequentemente buscando a resolutividade da demanda curativa pré-existente ao período gestacional. Esta promoção de saúde pode se dar por meio de orientações sobre nutrição e alimentação adequadas, hábitos de higiene, cuidados com a saúde bucal do seu bebê; quanto da proteção específica, através de aplicações tópicas, dentifrícios fluorados e controle do açúcar, entre outras ações.

## 9 REFERÊNCIAS

ARAGÃO, C. O. **Avaliação da Qualidade do Pré-natal Realizado por Enfermeiros na Ótica das Gestantes Usuárias no Município de Teresópolis**. 8 jun. 2009. Disponível em: < <http://www.webartigos.com/articles/21145/1/a-avaliacao-da-qualidade-do-pre-natal-realizado-por-enfermeiros-na-otica-das-gestantes-usuarias-no-municipio-de-teresopolis/pagina1.html>>. Acesso em 19 out. 2009.

BARROS, B. M.; MOLITERNO, L. F. M. Seria a doença periodontal um novo fator de risco para o nascimento de bebês prematuros com baixo peso? **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 256-260, jul./ago. 2001.

BEJAR, R.; CURBELLO, V.; DAVIS, C.; GLUCK, L. Premature labor II. Bacterial sources of phospholipase. **Obstet Gynecol.** v.57, p. 479-482, 1981.

BERNAT, Maria C.; SEBASTIANI, Ricardo W. Visão básica de psicologia pré e perinatal. A importância do acompanhamento da gestante na prevenção e no desenvolvimento do vínculo mãe-filho. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos Editora, 1998. Cap. I. p. 1-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 269, de 22 de setembro de 2005**. Dispõe sobre o regulamento técnico sobre a ingestão diária recomendada (IDR) de proteína, vitaminas e minerais.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**. Manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: Secretaria de Políticas Públicas, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Pré-natal e puerpério. **Cad. Saúde da Mulher**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. 3. ed. Brasília, DF: Secretaria de Políticas Públicas, 2000. Disponível em < [http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/cartilha\\_informacoes\\_gestores\\_e\\_tecnicos.doc](http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/cartilha_informacoes_gestores_e_tecnicos.doc) >. Acesso em 14 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Saúde Bucal na Doença Falciforme**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Manual de**

**operacionalização das ações educativas no SUS:** educação em saúde – planejando as ações educativas (teoria e prática). São Paulo: CVE, 1997.

BRUNETTI, M. C. **A infecção periodontal associada ao parto pré-termo e baixo peso ao nascer.** 2002. 133 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <[http://books.google.com.br/books?id=E8ykMFAJrxkC&pg=PA11&dq=%22Periodontia+m%C3%A9dica:+uma+abordagem+integrada+%22&hl=pt-BR&ei=qncrTMTdK4Wclgf5zf2fAw&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?id=E8ykMFAJrxkC&pg=PA11&dq=%22Periodontia+m%C3%A9dica:+uma+abordagem+integrada+%22&hl=pt-BR&ei=qncrTMTdK4Wclgf5zf2fAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em 21 set. 2009.

CAMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A. - Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.2, n.2, jan/jun. 2000. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3aXX.htm>>. Acesso em 21 set. 2009.

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** v.9, n.1, p. 51-63, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>. Acesso em 20 set. 2009.

CARDIM, M. G.; RANGEL, D. L. O.; LOBO, M. B.; PEREIRA, A. L.. Educação em saúde: teoria e prática de alunos de graduação em Enfermagem. **R. de Pesq.: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 9, n. 1/2, p. 57-64, 1./2. sem. 2005.

CARDOSO, E. O. C. **Estudo das doenças periodontais em gestantes e seu impacto no nascimento de crianças prematuras.** 1999. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41- 65, 2004.

CODATO, L.A.B. **Pré-natal odontológico e saúde bucal:** percepções e representações de gestantes. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2005. 131f. (Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva). 2005.

CORREA, E. M. C.; ANDRADE, E. D.; VOLPATO, M. C. Tratamento odontológico em gestantes: escolha da solução anestésica local. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 107-111, abr./maio 2003.

COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **RPG Rev. Pos Grad.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 232-243, jul./set. 2002.

CUNHA, M.A.; MAMEDE, M.V.; DOTTO, L.M.G.; MAMEDE, F.V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.1, p. 148-153, jan-mar., 2009.

DAMARE, S. M.; WELLS, S.; OFFENBACHER, S. Eicosanoids in periodontal diseases: potencial for systemic involvement. **Adv Exp Med Biol**, New York, v. 433, n. 2, p. 23-35, Aug. 1997.

DANTAS, E.M.; NÓBREGA, F.J.O.; DANTAS, P.M.C.; MENEZES, M.R.A.; GASPAR JÚNIOR, A.A.; LEITE, E.B.C. Doença periodontal como fator de risco para complicações na gravidez - há evidência científica? **Odontologia. Clín.-Cientif.**, Recife, v.3, n.1, p. 7-10, jan/abr., 2004.

DOTTO, L.M.G.; MOULIN, N.M.; MAMEDE, M.V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.5, p. 682-688, set-out., 2006.

ÉVORA, Y.D.M.; FÁVERO, N.; TREVIZAN, M.A.; NAKAO, J.R.S. Orientações ministradas à gestante durante a assistência pré-natal: atuação dos profissionais de Enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.22, n.3, p.339-351, 1988.

FERREIRA, J. C. O. A. KURCGANT, P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.31-36, fev. 2009.

FINKLER, M. **Representações sociais de gestantes sobre saúde bucal**: uma referência para repensar a assistência odontológica materno-infantil. 2003. 163 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FOLLADOR, N. N.; CASTILHO, V. O custo direto do programa de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar em um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.1, mar. 2007.

HUGOSON, A. & LINDHE, J. Gingival tissue regeneration in female dogs treated with sex hormones. Histological observations. **Odontologisk Revy.** 22:425-440, 1971.

KIMINAMI, N.; RADIGONDA, H.P. Atendimento de enfermagem a gestantes na unidade básica de saúde (UBS). **II Encontro de Extensão da UniFil**, 10 e 11 de Novembro de 2008.

KLAUS, M.; KENELL, J.H. Pais/bebê: a formação do apego: Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

KONISHI, F. Odontologia para gestantes. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 27, jan./fev. 1995.

KONISHI, F.; LIMA, P. A. Odontologia intra uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 294-295, set./out. 2002.

KORNAMN, K.S. & LOESCHE, N.J. The subgingival microbial flora during pregnancy. **J. Periodont Res.** v.15, p. 111-122, 1980.

LEITE DOS SANTOS, M. **Humanização**, PNAC (parto normal após cesárea) e parto domiciliar. 14 jun. 2005. Disponível em: <[http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com\\_content&task=view&id=194&Itemid=204](http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=194&Itemid=204)>. Acesso em 12 out. 2009.

LIMA, Maria Goreti de. **Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal**. Brasília, 2006. Dissertação (mestrado) apresentada à Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

LIMA, Y.M.S.; MOURA, M.A.V. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **R. de Pesq.: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1/2, p. 93-99, 1/2. set 2005.

LOURO, P. M.; FIORI, H. Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 23, 2001.

MANCIO, M. L. R. M. **Ação educativa como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro**. Revisão bibliográfica. Campinas: Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2007.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

MARQUE, F.C. et al. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.10, n.3, p. 439-47, dez. 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12.pdf>. Acesso em 14 set. 2009.

MARWICK, Charles. Doença periodontal pode acarretar risco de parto prematuro. **Lincx. Serviços de Saúde**. Publicado em jun. 2000. Disponível em <[http://www.lincx.com.br/lincx/o\\_odonto/problemas/periodontal.html](http://www.lincx.com.br/lincx/o_odonto/problemas/periodontal.html)>, acesso em 11 dez. 2009.

MILLER, L.S. et. al., The relationship between reduction in periodontal inflammation and diabetes control: a report of 9 cases. **J. Periodont.**; v. 63, p. 843-848, 1992.

MORAES, F.R.B.; WEHBA, C. Doença periodontal e gravidez. **Jornal Periodonto. SOBRAPE**, v.3, abril-set, 2002.

NARVAI, P. C. Saúde bucal de gestantes- prevalência de apicopatias e outros problemas dentais do município de Cotia São Paulo. **RGO**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 243-248, 1984.

NASCIMENTO, Z. C. P.; LOPES, W. C. Gravidez na adolescência: enfoque

odontopreventivo. **ROBRAC**, Goiânia, v. 6, n. 20, p. 27-30, 1996.

NIMTZ, M.A.; TRENCH-CIAMPONE, M.H. O significado de *competência* para o docente de administração em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v.40 n.3 São Paulo set. 2006

OFFENBACHER, S. et. al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. **Journal Periodontol.** v.67, p. 1103-1113, 1996.

OLIVEIRA, H.M; GONÇALVES, M.J.F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.6, p. 761-63, 2004.

OLIVEIRA, R. S. R. G. **Percepção sobre saúde bucal e atendimento odontológico por gestantes em programas de assistência pré-natal no município de Santo André.** 2002. 106 f. Dissertação (Mestrado Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Vitamina A na gestação e na lactação: recomendações e relatório de uma consultoria.** Recife: A Organização; 2001. (Série Micronutrientes. WHO/NUT/98.4).

PAES, L.G.; MATTIONI, F.C.; SILVA, S.G.; SOARES, R.S.; DIAZ, C.; DANIELI, G.L.; SCHIMITH, M.D. **Educação em saúde: Ferramenta instigadora do cuidado integral e emponderamento.** Disponível em: [http://www.forummundialeducacao.org/IMG/pdf\\_EDUCACAO\\_EM\\_SAUDE\\_FERRAMENTA\\_INSTIGADORA\\_DO\\_CUIDADO.pdf](http://www.forummundialeducacao.org/IMG/pdf_EDUCACAO_EM_SAUDE_FERRAMENTA_INSTIGADORA_DO_CUIDADO.pdf). Acesso em 13 set. 2009.

PAULA, Samuel Rodrigues. **Capacitação da equipe de enfermagem fundamentada em sua própria ótica.** 2009. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.031.pdf>>. Acesso em 14 set. 2009.

PAVANI, B.; MARQUES, E.; MOURA, G.; GALLANTE, J.; BERTOLINO, M. **As contribuições da enfermeira-obstétrica, atuante no pré-natal, na redução da taxa de mortalidade materna.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: < <http://www.gpopai.usp.br/repositorio/document/?down=206>>. Acesso em 12 nov. 2009.

PEDROSO, V.G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. **Mundo da Saúde**, v.29, n.1, p.89-93, 2005.

PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M .M. A. A prática odontológica em Unidade Básica de Saúde de Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da Saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.

PESSOA, I.N.; MENEZES, E.D.; FERREIRA, T.F.; DOTTO, L.M.G.; BESSA, L.F. Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. **Cienc Cuid Saúde**, v.8, n.2, p. 236-241, abr./jun, 2009.

PORTO, M. F.; ALMEIDA, G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as condições de saúde do trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Protocolos de atenção à saúde da mulher. Pré-natal e puerpério**. Belo Horizonte: SMSA, dez. 2008.

QUEIROZ, S. M. P. L. Promovendo a saúde bucal nos diferentes ciclos da vida: gestante e bebê. **Rev. CRO Paraná**, Curitiba, ano 11, n. 51, p. 8-9, 2005.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R.; PINTO, L.F.S.; SILVA, P.L.B. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, mar./abr., 2004.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 477-86, mar./abr. 2007.

ROSA, R. B.; MAFFACCIOLLI, R.; NAUDERER, T. M.; PEDRO, E. N. R. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Rev. gaúcha enferm**. Porto Alegre, v.27, n.2, jun. 2006.

SANTANA, N.; FERNANDES, J. D. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v.61, n.6, nov./dez., 2008.

SANTOS, L.A.; MAMEDE, F.V.; CLAPIS, M.J.; BERNARDI, J.V.B. Orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no município de Ribeirão Preto: o discurso e a prática assistencial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.5, set./out., 2006.

SASS, N.; ROCHA, N.S.C.; MATTAR, R. Pré-natal a melhor arma na prevenção da mortalidade materna por hipertensão arterial. **Femina**, São Paulo, v. 23, n.9, p. 851-6, 1995.

SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Influência da gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, Salvador, v. 18, p.15-21, jan./jun. 1999.

SILVA, Maria Júlia P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, v.10, n.2, p. 73-78, 2002.

SILVA, Sandra R. Atendimento à gestante: 9 meses de espera? In: **Revista da APCD**. v.56, n. 2, mar/abr., 2002. pp 89-99.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S. Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, set./out. 2004.

SIQUEIRA, I.L. C.P.; KURCGANT, P. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.39, n.3, set. 2005.

TANAKA, A.C.d' A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.

TOMITA, N. E.. Projeto Paiva: modelo integrado de assistência em saúde bucal. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, Bauru, v. 2, n. 2, p. 51-58, abr. 1994.

UNICAMP. Cesariana: incidência, fatores que a determinam e conseqüências maternas e perinatais. Relatório do Simpósio. Campinas SP, 1982. **Femina**, v.11, n.11, nov. 1983.

VALE OBA, M.D.; TAVARES, M.S.G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.2, Apr. 2000.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VIEIRA, P.G.M. **A doença periodontal e sua relação com partos prematuros e recém-nascidos de baixo peso**. Alfenas: Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, 2003.

VILAS BOAS, A. M. **Relação da condição periodontal materna com o nascimento de bebês prematuros e de baixo peso**. 2005. 67f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Departamento de Odontologia, Universidade de Taubaté, Taubaté, 2005. Disponível em: < <http://www.unitau.br/cursos/pos-graduacao/mestrado/odontologia/dissertacoes-2005/Aline%20Vilas%20Boas%20-%20Periodontia.pdf> >. Acesso em 28 jun. 2010.

XIMENES NETO, F.R.G.; LEITE, J.L.; FULY, P.S.C.; CUNHA, I.C.K.O.; CLEMENTE, A.S.; DIAS, M.S.A.; PONTE, M.A.C. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.61, n.5, p.595-602, set./out., 2008.

ZENEVICZ, L.T. Novos olhares em busca da educação transformadora para os profissionais de saúde. **Revista Nursing**, São Paulo, v.10, n.112, p.432-434, set. 2007.