

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

LAÉRCIO MANGUCCI JUNIOR

**A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL PARA GESTANTES NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DA
LITERATURA**

**UBERABA/ MINAS GERAIS
2014**

LAÉRCIO MANGUCCI JUNIOR

**A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL PARA GESTANTES NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

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: Judete Silva Nunes.

**UBERABA/ MINAS GERAIS
2014**

LAÉRCIO MANGUCCI JUNIOR

**A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL PARA GESTANTES NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

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: Judete Silva Nunes.

Banca Examinadora:

Esp. Judete Silva Nunes - Orientador

Prof. Dr. Mário Alfredo Silveira Miranzi - Examinador

Aprovada em Uberaba em 2 de maio de 2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por esta conquista.

Aos meus familiares pelo apoio concedido.

Aos professores por todo esforço em ensinar.

À professora orientadora, pela colaboração, cooperação, paciência e competência.

*“A vida só pode ser compreendida,
olhando-se para traz; mas só pode ser
vivida, olhando-se para frente”*

Soren Kierkegaard.

RESUMO

O Programa Saúde da Família foi regulamentado em 1994 pelo Ministério da Saúde. Este Programa foi ampliado e incluída a Odontologia em 2000. Dentre o pessoal atendido pelo serviço em saúde bucal está a paciente grávida e nesta relação o PSF vem construindo e modificando seu trabalho, ampliando e diversificando suas atividades de acordo com as transformações ocorridas pelos modelos de atenção à saúde das pessoas. Para compreender melhor sobre esta temática, este estudo objetivou apreender sobre o trabalho do cirurgião-dentista em saúde bucal, no Programa Saúde da Família, e sua contribuição quanto à prevenção e tratamento das doenças periodontais em gestantes, através de pesquisa bibliográfica. Com base neste estudo, a discussão indica que o trabalho da equipe em saúde bucal é hoje, não apenas emergencial, pelo cuidado direto e a gerência deste cuidado, mas apresenta destaque no predomínio de um profissional ético que deve estar constantemente se atualizando em relação ao serviço oferecido.

Palavras-Chave: Programa Saúde da Família. Gestantes. Saúde Bucal. Cirurgião-dentista.

ABSTRACT

The Family Health Program was regulated in 1994 by the Ministry of Health. This program was expanded and included dentistry in 2000. Among services provided by service personnel in oral health is pregnancy and in this respect the PSF has been building and modifying their work, expanding and diversifying its activities in accordance with the changes occurring in the models of health care for people patients. To understand more about this topic, this study aimed at learning about the work of the dentist in oral health in the Family Health Program, and as a contribution to prevention and treatment of periodontal disease in pregnant women, through a literature review. Based on this study, the discussion indicates that team work in oral health is today, not just emergency, the direct care and management of this care, but has highlighted the predominance of an ethical professional who must constantly be updating in relation to service offered.

Keywords: Family Health Program. Pregnant women. Oral Health. Dentist.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	09
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 O Programa de Saúde da Família.....	14
2.2 A Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família.....	17
2.3 A Saúde Bucal das Gestantes no Programa de Saúde da Família.....	23
2.4 O Conhecimento Específico do Cirurgião-Dentista e o uso de Medicamentos no Tratamento Odontológico realizado com as Gestantes.....	26
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 – INTRODUÇÃO

A atenção ao parto e ao pré-natal tem sido priorizada como uma das principais políticas de saúde nas sociedades contemporâneas, promovendo um benefício diferenciado ao grupo de gestantes e crianças. No Brasil, nas últimas três décadas o acesso aos serviços de saúde para a atenção ao parto e ao pré-natal vem aumentando, o que faz das gestantes um grupo de fácil contato que pode e deve ser alvo de políticas e de programas de saúde. Entretanto, a proposta de atendimento integral às necessidades de saúde da gestante, dentro do marco maior da atenção integral à saúde da mulher, ainda não se concretizou plenamente. A saúde bucal da gestante é pouco avaliada, em decorrência da escassa disponibilidade de serviços que ofereçam este tipo de atenção e pela ausência de uma cultura deste cuidado entre os gestores, os profissionais de saúde e a clientela (PEREIRA *et al*, 2003).

Muitos autores, citados ao longo deste trabalho afirmam que o grupo das gestantes deve ser considerado um grupo populacional prioritário para a atenção odontológica. A atenção à saúde bucal da gestante é um reconhecimento das especificidades desta condição da mulher e admite a influência direta da mãe sobre os hábitos apreendidos pela criança. Além disso, a saúde do bebê está diretamente ligada à saúde da mulher, sendo de fundamental importância que a gestante receba acompanhamento através de uma equipe multiprofissional, incluindo a equipe de saúde bucal.

A assistência odontológica no pré-natal tem como principal finalidade garantir a saúde dos dentes e gengivas, preservar as funções mastigatórias e a nutrição adequada. Por isso, o objetivo deste trabalho é investigar a importância da saúde bucal para gestantes.

Ressalta-se a necessidade de desmistificar as crenças que ainda existem em torno do tratamento odontológico neste período. Os mitos que se perpetuam através de gerações interferem na resolução das necessidades odontológicas das gestantes e dificultavam a implantação de um serviço odontológico destinado a elas.

Concomitante a isso, o trabalho do Programa de Saúde da Família (PSF) se baseia na atuação das equipes multidisciplinares: as equipes de saúde da família e as de saúde bucal. Preconizado pelas diretrizes do SUS, o modelo de atenção das equipes é baseado na universalização do acesso ao sistema, na territorialização da clientela, na

integralidade das ações, incluindo a promoção e educação em saúde e a percepção dos determinantes do processo saúde/doença, sem prejuízo dos atendimentos clínicos. O Programa de Saúde da Família focaliza a atenção básica e é promotor de melhores condições de vida para a população.

Inspirado em ensaios de países como Cuba, Inglaterra, Canadá, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado na década de 1990. Veio como uma estratégia de reversão da atual prestação de serviço de proteção à saúde, reorganizando a atenção básica e reorientando o atual modelo assistencial, focando a promoção da qualidade de vida e intervindo nos fatores que a colocam em risco (PEREIRA *et al*, 2003).

Nesta nova realidade, o Programa de Saúde da Família, se tornou indispensável no Sistema Único de Saúde – SUS. Fundamenta-se no fortalecimento dos princípios do SUS como a integralidade, a universalidade, a equidade e a participação social (BRASIL, 2007).

Diante de sua importância, o PSF, sabendo das necessidades da população, incluiu, em 2000 a saúde bucal, visando a melhoria da qualidade dos serviços odontológicos. Neste contexto, o Ministério da Saúde apresenta eixos de atenção à saúde para que os profissionais do PSF se orientem e dessa forma, estabeleçam o cuidado a grupos prioritários, dentre estes, o grupo de gestantes, que devem ser atendidas pelas equipes de saúde bucal (BRASIL, 2004).

Tendo em vista esta mudança e sabendo das necessidades da população, as universidades e cursos de especialização, como instituição de ensino, pesquisa e extensão, apresentam um papel extremamente importante na construção de conhecimentos e formação de recursos humanos visando a melhoria da qualidade dos serviços odontológicos para gestantes.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o número de gestantes no Brasil vem aumentando consideravelmente, principalmente nas faixas etárias de 14 a 16 anos. Esse aumento, principalmente em bairros periféricos, alarmou a sociedade em relação à estatística de que 65% das mulheres a partir de 15 anos de idade não utilizam nenhuma forma de prevenção contraceptiva.

Diante disso, o atendimento à gestantes em postos do PSF justifica a importância social, pois atendimentos dessa natureza podem subsidiar novos discursos e melhorar o conhecimento e a atenção das gestantes quanto à esta causa. Por outro lado, por meio de um atendimento de qualidade, o PSF é capaz de

não só melhorar as práticas utilizadas no pré-natal, mas também funcionar como preventivo à gestação precoce.

Este assunto é relevante, tendo em vista a falta de recursos financeiros para a saúde pública. Entretanto, o governo, em busca de estratégias para minimizar este impasse, criou o PSF tentando com isso levar a saúde pública mais próxima das famílias e ter uma melhora na saúde bucal.

O PSF, ao mesmo tempo em que conscientiza e informa, trata e cuida das enfermidades que acometem as famílias menos favorecidas. Uma dessas prioridades é em relação à saúde da mulher, tratando não somente de enfermidades, mas trazendo informações específicas, dentre elas o programa da gestante, que procura dar apoio as mesmas desde o pré-natal até o puerpério.

Considerando que o atendimento odontológico é fundamental para a gestante, cabe aos agentes de saúde motivar as gestantes para que possam adquirir e transmitir hábitos saudáveis em relação à higiene bucal, como também evitar a instalação de hábitos de sucção não nutritivos (MOURA *et al.*, 2001).

No momento em que a gestante procura atendimento odontológico, é necessário que o profissional esteja consciente sobre a necessidade da educação em saúde para mostrar a esta mãe a importância da odontologia materno-infantil (MIRANDA; MAIA; VALE, 2004).

De acordo com Moura *et al.* (2001), se o profissional não estiver atento, pode-se perder uma oportunidade única de educar e motivar aquela família e assim prevenir muitos problemas bucais do bebê.

Neste sentido, defende-se a necessidade de atendimento odontológico a gestantes no Programa de Saúde da Família, uma vez que este modelo atual de assistência, caracteriza-se pela valorização da saúde da família como objeto de trabalho por intervenções medicalizadoras. Com isso, o desafio das Unidades Básicas de Saúde - UBS está em ampliar seus espaços de atuação visando uma maior resolutividade da atenção, em que a Saúde da Família seja compreendida como a principal proposta para a mudança do modelo de saúde vigente.

Durante muito tempo as práticas odontológicas foram centradas no atendimento da demanda espontânea, com enfoque individual e abordagem tecnicista. A realização dessas práticas não se dava a partir de um planejamento das ações e estavam voltadas para a lógica de mercado. No entanto, as ações de saúde

bucal incorporadas ao PSF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações (ZANETTI *et al*, 1996).

Diante desta perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde, bem como o envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, tornando-a co-responsável pela saúde de seus familiares.

A atenção preventiva e promocional apresenta um grande avanço na forma de atendimento, que passa a ser realizada de maneira contínua e sistemática, podendo certamente elevar os níveis de saúde bucal da população assistida.

Essas ações podem ser realizadas de forma simples, com baixos custos, devendo ser executadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e em espaços coletivos.

Por meio destas ações, o governo espera despertar uma consciência preventiva nas famílias à medida que as noções de autocuidado são transmitidas às pessoas, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde.

Entretanto, ao iniciar o trabalho nas equipes do PSF, os profissionais de saúde bucal se deparam com uma população quase sem assistência odontológica, com alto índice de cárie e doença periodontal, bem como pouca ou nenhuma informação sobre os cuidados básicos de higiene.

Em todo o processo de elaboração, deve-se integrar os diferentes olhares das diversas categorias profissionais, objetivando o estímulo para a adoção de uma abordagem integral e qualificada para as gestantes e suas famílias.

Diante disso, a intenção atual do PSF é propiciar um maior envolvimento e participação das famílias através da escuta das suas histórias e suas impressões sobre as diferentes ações preconizadas.

Buscou-se bases científicas que justificam as ações e intenções, de um pré-natal qualificado com a participação e o comprometimento de uma equipe do PSF integrada internamente e com os serviços que prestam cuidados na atenção secundária e terciária.

Assim, o presente trabalho espera contribuir com gestantes e profissionais do PSF no sentido de que somente por meio de uma preparação saudável em relação à saúde bucal, poderá despertar uma consciência preventiva nas famílias à medida que as noções de autocuidado são transmitidas às pessoas, estimulando a transformação de hábitos e atitudes indesejáveis ou prejudiciais à saúde, em comportamentos benéficos à sua própria saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1994, o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentou o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia prioritária para mudança do modelo assistencial vigente. Este programa preconiza o sujeito de maneira integral, desenvolvendo ações de promoção à saúde e proteção das doenças, garantindo a qualidade de vida da população de sua área de abrangência (BRASIL, 2001).

O PSF é um modelo de atendimento preventivo em saúde estruturado em torno de equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A proposta do PSF é substitutiva em relação ao atendimento de saúde oferecido nas unidades básicas convencionais, sendo seu trabalho baseado na criação de vínculos afetivos entre os profissionais e os pacientes, e num conhecimento ampliado e detalhado da realidade familiar e social dos usuários¹.

A implantação deste Programa, segundo Franco e Merhy (1999) foi capaz de fortalecer a equidade em saúde, pois através dessa estratégia houve a superação das desigualdades sociais em saúde em diferentes contextos, conforme as realidades locais.

O PSF atenta para a necessidade de que médicos, enfermeiros e agentes de saúde atendam crianças, adolescentes, adultos, mulheres, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, e outros, pois o modelo permite resoluções rápidas para os problemas de saúde, identificando as causas do adoecimento e priorizando a sua prevenção, assim como a promoção da saúde.

A realização das atividades promovidas pelos profissionais da saúde pressupõe que estes compartilhem com os demais membros da comunidade local, a aprendizagem específica em saúde, de modo que estas pessoas sejam capazes de introduzir conhecimentos biomédicos para poder conquistar uma vida mais sadia.

¹ Informações retiradas do portal: www.saude.gov.br/portal/saude/.../area.cfm?id... Este site tras informações precisas desenvolvidas pelo Departamento de Atenção Básica – DAB, do Ministério da Saúde. Acesso: 24/10/2013.

O PSF se apresenta como um elo cultural entre o programa e a equipe de saúde da família (ESF) e a população atendida. Este elo social estabelece laços de confiança entre os usuários e o serviço de saúde (FARIA *et al.*, 2008). Os vínculos pessoais são necessários ao exercício do trabalho educativo, não apenas porque a partir deles se consegue conhecer a intimidade da família e das pessoas, mas também porque eles dão mais credibilidade ao trabalho preventivo desenvolvido pela equipe frente à população. Em outras palavras, existe uma preocupação do Programa com a adesão dos pacientes quanto às recomendações dos profissionais de saúde, o que somente é possível quando se estabelece uma relação de confiança entre eles.

Para tanto, o PSF representa, pelo menos, duas novas formas de abordagem na questão da saúde da população: primeiro, busca-se por uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde; segundo, é uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde (FARIA *et al.*, 2008).

Esta estrutura apresenta uma ação de assistência que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, a fim de se consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Franco e Merhy (1999), o PSF, em busca da reorganização da Atenção Primária à Saúde, deve compreender a família e seus sujeitos para a intervenção em saúde; percebê-la em seus aspectos sociais, suas interrelações psicoafetivas e suas interações com o meio ambiente inserido.

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde tem relevâncias inquestionáveis com evidências suficientes de países cujos sistemas se alicerçaram nessa reorganização que apresentaram melhorias na qualidade da saúde no Brasil e vem superando divergências político-partidárias e avançando nos preceitos constitucionais em defesa da vida dos cidadãos (FARIA *et al.*, 2008).

A Saúde da Família hoje ultrapassou, em muito, os limites de um programa e é uma política brasileira, estando na agenda dos gestores do SUS como prioridade nacional para ordenação da assistência.

Percebe-se que com a implantação do PSF houve um impacto positivo e progressivo nas condições de saúde das populações, em especial as mais pobres, já que mesmo sem deixar de assistir as pessoas com melhores condições de vida e saúde, o PSF prioriza aquelas em situação de risco social.

A legislação atual aponta aos profissionais que compõem a equipe, ações que incorporem a escuta qualificada das necessidades dos usuários proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; o desenvolvimento de atividades que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; o contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas; o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e, ainda ressalta como atribuição da equipe acompanhar, por meio de visitas domiciliares, todas as famílias e indivíduos, como também realizar visitas periódicas para monitoramento das situações de risco à família (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que o trabalho com as famílias está fundamentado na compreensão de sujeitos integrados ao seu contexto e dinâmica familiar, sendo possível observar o convívio e a interação entre os membros da família.

Dessa forma, para além do cuidado coletivo, mesmo a atenção clínica individual pode ser estruturada em bases mais amplas, com maior resolutividade nas intervenções sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Outro ponto diferenciador do trabalho do PSF é compor uma equipe multidisciplinar, exigindo as práticas condutas que considerem e agreguem o trabalho em equipe. Com isso, é atribuição das equipes de saúde da família a prestação de um cuidado integral e humanizado ao paciente e a sua família, considerando a realidade local e seus aspectos socioculturais, visando a qualidade do cuidado e a superação da problemática da saúde no Brasil.

Por outro lado, como modo de aumentar a cobertura da atenção básica no país e reorganizar o serviço foi incorporado no PSF, em 2000, as equipes de saúde bucal com o objetivo de ampliar as medidas preventivas odontológicas, garantir os investimentos na área curativa e ampliar o acesso da população às ações em saúde bucal, contribuindo para a promoção de saúde dentro da comunidade.

O fato da odontologia não estar presente desde o início do programa Saúde da Família possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos

profissionais co-relacionados, assim como pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal.

Por isso, atualmente, o cirurgião-dentista e as equipes de saúde bucal atuam como co-responsáveis na administração da Unidade de Saúde da Família, com a promoção de atividades educativas, enfatizando as ações referentes à promoção e prevenção da saúde bucal.

Com isso, a forma atualizada de prestação de serviços de saúde proposta pelo PSF traz para a Odontologia uma multiplicidade de desafios que requerem a modificação da prática de saúde dessa categoria no âmbito da atenção primária. Isso exige do profissional de saúde uma competência de abordagem às famílias enquanto unidade complexa de relações sociais.

2.2 A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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

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

O primeiro modelo de assistência odontológica no Brasil priorizou a atenção aos escolares de primeiro grau do sistema público de ensino, introduzido na década de 1950 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador (BRASIL, 2006). Instituído ao final dos anos 1970, o modelo Incremental priorizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática

odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar (BRASIL, 2006).

O modelo de Odontologia Simplificada baseava-se em intervir antes e controlar depois. Buscou nesse caso adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária (BRASIL, 2006).

Numa visão inicial, é possível reconhecer três fases na trajetória da política de saúde bucal, apresentados entre os anos 2000 e 2004 (GARCIA, 2006). A primeira fase instituiu-se com a edição da portaria GM/MS n.º 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu os incentivos para financiamento das ações de saúde bucal e da inserção de profissionais de Odontologia no PSF. O segundo marco, com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde, em janeiro de 2004, apontou caminhos para reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. E o terceiro, com a construção do Programa Brasil Sorridente, também em 2004, que efetivou a saúde bucal enquanto uma política pública de âmbito nacional. O documento (Portaria nº 1.444) estipulava os incentivos para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no programa (GARCIA, 2006).

As equipes de saúde bucal começaram efetivamente a ser implantadas no PSF em março de 2000 (BRASIL, 2002). De acordo com dados de 2007, sobre as equipes de saúde bucal, foram implantadas 15,7 mil equipes, oferecendo uma cobertura para aproximadamente 77 milhões de brasileiros (BRASIL, 2008).

As “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, implantadas em 2004, apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente.

É importante ressaltar que historicamente, as práticas da Saúde Bucal foram desenvolvidas com distanciamento do Setor Saúde como um todo, restringindo-se à prática do cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico. A incorporação da Equipe de Saúde Bucal na Equipe de Saúde da Família visou transpor esse modelo de organização anterior, integrando as práticas dos profissionais da equipe.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica, a história dos modelos assistenciais na saúde bucal brasileira pode ser dividida em: Odontologia Sanitária e Sistema Incremental; Odontologia Simplificada e Odontologia Integral e Programa de Inversão da Atenção (PIA) (BRASIL, 2006).

Por causa dessa divisão, durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida, observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2006), desde quando surgiu o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), na Declaração de Alma-Ata, ele tem sofrido diversas interpretações. O Ministério da Saúde tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica, definindo-a como um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Dentro desse contexto, destaca-se o cuidado como eixo de reorientação do modelo de assistência; a humanização do processo de trabalho; a co-responsabilização dos serviços; o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso; o desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras (BRASIL, 2006).

A Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, destacou as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário) que atuam na atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família. No caso deste trabalho, interessa-nos as competências do Cirurgião-Dentista. São elas:

I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.

II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.

IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.

V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Técnico de Higiene Dental (THD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e ESF.

VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD.

IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF (BRASIL, 2006).

Para desenvolver estas competências, o SUS requer das equipes de saúde bucal o conhecimento da realidade e da comunidade local. Daí a necessidade de organizar as ações valendo-se de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada.

Quando os serviços conseguirem se apropriar dessa tecnologia e compartilharem com a comunidade suas prioridades, todos se beneficiarão, pondo-se em prática dois princípios do SUS, a equidade e o controle social (SOUZA, 2007).

Desta forma, o Ministério da Saúde, por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, redefiniu em 2006 para a área de saúde bucal dois indicadores principais (Cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada) e dois indicadores complementares (Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e

Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais). Estes indicadores são integrantes do instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica (BRASIL, 2006).

Estes indicadores são utilizados para avaliação dos serviços, porém para um planejamento eficaz das ações e acompanhamento do nível de saúde bucal da população devem-se utilizar indicadores epidemiológicos específicos que incluem as patologias mais prevalentes que são cárie dentária, alterações gengivais, fluorose, oclusopatias, câncer bucal (FERREIRA; RONCALLI; LIMA, 2004).

Entende-se que a grave situação de saúde bucal da população serviu como base para a inclusão da saúde bucal no PSF. Com o aumento dos recursos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal incluiu-se o procedimento de moldagem, adaptação e acompanhamento para prótese no grupo das ações básicas em Odontologia, com a perspectiva de construir e consolidar propostas futuras (GARCIA, 2006).

Com isso, a definição do campo da prática das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica ultrapassa, e muito, os limites da boca, o que exige na composição de suas ações a integração de diferentes áreas de conhecimento.

São algumas das ações que devem integrar a prática das Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2006):

- Ações Intersetoriais: Significam intervenções para alterar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente e que possam conduzir a ambientes saudáveis. Envolvem estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da área da saúde. Como exemplo, cita-se o apoio a ações e políticas que promovam o desenvolvimento social, possibilitem o acesso a saneamento básico e incentivem a fluoretação das águas de abastecimento (BRASIL, 2006). A fluoretação das águas de abastecimento público é um tema que percorre ambas as Conferências Nacionais de Saúde Bucal (I e II). Desde a I CNSB é sinalizado o descumprimento da lei 6.050/74, que enfoca sobre este assunto; sendo manifestadas com indignação a passividade e a apatia da classe odontológica na II CNSB, o que daria sustentação ao argumento posterior: a exigência do cumprimento da lei referida como um direito básico de cidadania em todos os municípios

(BARTOLE, 2006). A fluoretação da água de abastecimento é considerada um método seguro e eficaz na prevenção da cárie dentária, atingindo toda a população com acesso a água tratada (BRASIL, 2006).

- Ações Educativas: Em geral, o conteúdo para as ações educativas coletivas deve abordar as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; a importância do auto cuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; as orientações gerais sobre dieta; a orientação para auto-exame da boca; os cuidados imediatos após traumatismo dentário; a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e, a prevenção ao uso de álcool e fumo (BRASIL, 2006).
- As ações Educativas e Preventivas são realizadas com grupos de pessoas e, por isso, usam os espaços sociais (creches, escolas, locais de trabalho, comunidade) e espaços da unidade de saúde. As crianças em idade pré-escolar e escolar podem ser alvo dessas ações, pelo impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos. Outros grupos podem ser definidos localmente, de acordo com o risco, dados epidemiológicos ou critérios locais (BRASIL, 2006).

Recomenda-se a ampliação do acesso a essas ações envolvendo as famílias. As ações coletivas devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, de forma a potencializar o trabalho do dentista em relação às atividades clínicas. A abordagem coletiva pode incluir os seguintes procedimentos: exame epidemiológico, educação em saúde bucal, escovação dental supervisionada, entrega de escova e dentífrico fluoretado e, sempre que possível, de fio dental e aplicação tópica de flúor (ATF), levando em consideração a situação epidemiológica dos grupos populacionais locais em que a ação será realizada (BRASIL, 2006).

Ressalta-se, portanto, a necessidade especial da atuação do cirurgião-dentista e suas equipes em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007), já que este documento trata com grande responsabilidade sobre a intervenção do PSF na saúde bucal.

A implantação de agentes comunitários e equipes de saúde bucal é uma especificidade do modelo brasileiro de organização da atenção primária a saúde,

tendo em vista que a maioria da população brasileira não tem recursos financeiros para a realização de um tratamento dentário (FARIA *et al.*, 2005).

Dessa maneira, o trabalho em saúde bucal do programa deve considerar, então, a família como *locus* básico de atuação. Reforça-se que as técnicas utilizadas para executar o trabalho no PSF devem basear-se na realidade local, na construção de um fazer consistente que implique na melhoria dos indicadores de saúde bucal da comunidade, obtendo a satisfação da população atendida e da equipe que executa a proposta.

Considerando que o atendimento odontológico é um assunto bastante controverso, principalmente em função dos mitos que existem acerca do tratamento, Silva *et al.* (2006), a atenção específica às gestantes é um fator importantíssimo no PSF.

Sabe-se que o estado de saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação a saúde geral da gestante podendo influenciar na saúde geral e bucal do bebê, por isso deve fazer parte do trabalho dos profissionais de saúde bucal no PSF.

Neste caso, cabe aos agentes de saúde motivar as gestantes para que possam adquirir e transmitir hábitos saudáveis em relação à higiene bucal, como também a evitar a instalação de hábitos de sucção não nutritivos (MOURA *et al.*, 2001).

No momento em que a gestante procura atendimento odontológico, é necessário que o profissional esteja consciente sobre a necessidade da educação em saúde para mostrar a esta mãe a importância da odontologia materno-infantil.

2.3 A SAÚDE BUCAL DAS GESTANTES NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A gravidez, por ser um período delicado, faz com que a mulher procure com frequência profissionais de saúde, estabelecendo assim um forte vínculo entre o binômio gestante/bebê (MOURA *et al.*, 2001). Nesta fase, a mulher está mais motivada, interessada em receber informações que venham a beneficiar seu filho em formação, bem como à incorporação de novas atitudes e comportamentos (MIRANDA; MAIA; VALE, 2004).

É neste momento que a mãe tem um papel-chave preponderante e quando bem instruída, pode levar adiante os ensinamentos adquiridos (MIRANDA; MAIA; VALE, 2004).

De acordo com Moura *et al.* (2001), é de real importância o conhecimento do profissional neste contexto, pois se não estiver atento, pode-se perder uma oportunidade única de educar e motivar a grávida e assim prevenir muitos problemas bucais do bebê, já que, tradicionalmente, o bebê não vai ao consultório odontológico a não ser que já apresente algum problema.

Quando a grávida reconhece a importância da saúde bucal, começa a entender que a construção da saúde começa antes do nascimento de seu bebê e por isso, recentemente a odontologia tem buscado valorizar o período pré-natal como medida preventiva para gestante e bebê.

De acordo com Cardoso e Gonçalves (2002), a fase pré-natal pode exercer efeitos positivos ou negativos na saúde do bebê em formação, inclusive na saúde bucal. Os efeitos dependerão de como foi o ambiente intra-uterino que sofre influências diretas da mãe.

Faria *et al.* (2008) complementam esta ideia e ressaltam que a grávida necessita da promoção de saúde que é o processo onde o indivíduo é transformado, e, com esta transformação ele é capaz de proporcionar o controle de sua saúde com consequente melhoramento dela. O indivíduo adquire saúde quando ele consegue satisfazer as suas necessidades fisiológicas, autoestima, segurança, reconhecimento social; quando ele consegue transformar e conviver com o ambiente, pois saúde não é meramente a ausência de doença.

Neste sentido, a participação de todos os atores é essencial para a promoção da saúde, uma vez que é necessário transformar o indivíduo e incentivá-lo a mudar de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (1986), promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle sobre sua própria saúde.

O acesso ao serviço é um determinante marcante, pois o indivíduo recebe o serviço, mas o fato de simplesmente ser atendido não lhe garante atendimento de qualidade. E na verdade, o atendimento tem que ter qualidade e resolutividade.

Por outro lado, de acordo com Brasil (2004), a dieta alimentar também é um fator importantíssimo na qualidade da saúde bucal, uma vez que está diretamente ligada a ocorrência da doença cárie. O incentivo a ingestão de uma alimentação saudável pode ser divulgada e reforçada por qualquer profissional da área da saúde, possibilitando o acesso a alguma forma de flúor, ao uso dosado do açúcar, autocuidado e os fatores que geram riscos à saúde bucal na gravidez.

Em relação a isso, o cirurgião-dentista (CD), o técnico em higiene dental (THD), o auxiliar de consultório dentário (ACD) e o agente comunitário de saúde (ACS) podem estar desenvolvendo atividades em relação à dieta e prevenção da cárie principalmente nas visitas domiciliares.

Entretanto, a saúde bucal da gestante, parte importante e indissociável da saúde materna, vem sendo pouco abordada nas políticas de saúde voltadas a esse grupo da população. Há escassa disponibilidade de serviços que oferecem atenção odontológica na gravidez e pouca valorização entre gestores, profissionais de saúde e clientela, em relação a esse cuidado.

Por outro lado, a resistência das gestantes ao acompanhamento odontológico é real e está fundada em crenças muito difundidas em nosso meio de que esse tratamento pode influenciar no curso da gestação e provocar danos à mãe e ao bebê. As representações do tratamento odontológico envolvem imagens negativas e geram medos e ansiedades.

Entretanto, o estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê. Todo serviço de saúde deve estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal.

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento.

A técnica de adequação do meio bucal e o controle de placa são boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante, e a continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2006). Exodontias ou cirurgias não são contra-indicadas, mas deve-se avaliar a possibilidade de realização do procedimento após a gravidez.

De acordo com Moura *et al.* (2001), é importante realizar a avaliação geral da gestante, em cada período de gravidez: o 1º trimestre é o período menos adequado para tratamento odontológico (principais transformações embriológicas). Neste período é bom evitar principalmente tomadas radiográficas. O 2º trimestre, é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações. O 3º trimestre é um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural. É prudente evitar tratamento odontológico nesse período. As urgências devem ser atendidas, observando-se os cuidados indicados em cada período da gestação.

2.4 O CONHECIMENTO ESPECÍFICO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E O USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO COM AS GESTANTES

No PSF, é importante que as gestantes sejam ouvidas sobre os problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o auto-cuidado e hábitos de vida saudável.

A alimentação e a nutrição adequadas são fundamentais para atender às necessidades da gestante e do bebê, e com isso, obter melhores resultados sobre a saúde da mulher e da criança. Para uma gestação tranquila e saudável, como também para uma amamentação com sucesso é necessário que a mulher esteja com bom estado nutricional antes, durante e depois da gestação. Isso inclui ganho de peso adequado e prevenção de doenças como anemia, diabetes e hipertensão. Isto contribuirá na redução do baixo peso ao nascer e das mortalidades materna e neonatal (MOURA *et al.*, 2001).

A alimentação saudável para a gestante e para o bebê segue os mesmos princípios da alimentação para a família, incluindo todos os grupos de alimentos em quantidades adequadas para a mulher e para o bebê que está em desenvolvimento.

Durante a gestação e no período de amamentação as necessidades de energia e nutrientes aumentam devido, principalmente, ao aumento do volume sanguíneo, ao desenvolvimento do bebê e à produção da lactação. Portanto, deve-

se dar atenção especial para a boa nutrição, em especial, ao consumo de alimentos ricos em minerais como ferro e vitaminas como ácido fólico (encontrados em alimentos como: vegetais verdes escuros, feijões, gema de ovo, fígado e farinhas de trigo e milho) (CARDOSO; GONÇALVES, 2002).

Neste período, uma alimentação saudável poderá ser associada ao complemento desses nutrientes.

Além da alimentação, o cuidado com a higiene oral é de grande importância no período da gravidez. A boa higiene bucal desde o início da gravidez pode assegurar uma gengiva sadia. O uso de fluoreto pré-natal não é recomendado, pois sua eficácia não tem sido demonstrada (SILVA *et al.*, 2006).

Diante destes fatores, ressalta-se que a não realização do atendimento odontológico mantém infecções bucais na mãe, que poderá se tornar prejudicial ao bebê. Existe, atualmente, uma correlação positiva entre periodontite crônica e a ocorrência de nascimentos prematuros, nascimento de crianças com baixo peso e restrição do crescimento fetal (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

Esta predisposição pode estar ligada com os efeitos que alguns hormônios têm sob os tecidos periodontais previamente inflamados, aumentando ainda mais a resposta gengival aos irritantes localizados. Níveis altos de progesterona resultam em proliferação vascular, inflamação de vênulas e capilares de tecidos levemente irritados, aumento do fluxo vascular, permeabilidade e transudação facilitando, desta forma, o processo inflamatório (LINDIHE, 1971 apud CORDEIRO, COSTA, 1999).

Assim, os efeitos da gravidez sobre a inflamação gengival pré-existente são notados da 8ª a 9ª semana. O início da exacerbação da resposta inflamatória na 8ª e 9ª semana coincide com a alta dos níveis plasmáticos de estrógeno e progesterona. Estes níveis aumentam ainda mais no oitavo mês, período em que a inflamação gengival atinge sua máxima agressividade. Deste modo parece ter uma relação definida entre o nível destes hormônios e a resposta tecidual aos fatores etiológicos locais (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

Vale lembrar que, a gravidez por si só não provoca a gengivite, mas pode acentuar a resposta tecidual a placa bacteriana. Estas alterações fisiológicas que acontecem no período gestacional podem ter efeitos danosos na saúde oral, deste que estejam associadas a outros fatores. Por isso, o atendimento odontológico às gestantes é determinante e essencial (VIEIRA; ZOCRATO, 2007).

Associada as alterações fisiológicas, encontramos também durante a gravidez fatores como deficiências nutricionais, presença de placa bacteriana muitas vezes favorecida por outros fatores locais como o estado momentâneo de imunodepressão (VIEIRA; ZOCRATO, 2007). A maioria das enfermidades gengivais que acontecem neste período pode ser tratada mediante a eliminação dos fatores locais através do estabelecimento de higiene bucal criteriosa e manutenção dos resultados com retornos periódicos ao dentista, seguindo um plano de tratamento supervisionado para o controle da placa bacteriana. Adicionalmente, a mãe é tida como a principal fonte de infecção de microrganismo ligada tanto a cárie como à doença periodontal (VIEIRA; ZOCRATO, 2007). Devendo este fato ser considerado principalmente se a mesma apresentar alto risco para quaisquer destas enfermidades. Portanto, a redução deste grau de risco na mãe é essencial para a prevenção da criança, que começaria ainda no período gestacional.

Neste caso, é importante a gestante receber do dentista orientações sobre as mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez, sobre alimentação, sobre os hábitos de higiene oral (uso de fio dental, escova e creme dental) e consultas periódicas para prevenção e manutenção de sua saúde bucal.

No que diz respeito à alimentação, deve-se conscientizar a gestante que ela é fundamental para nutrir a mãe e desenvolver bem o feto. Deve ser lembrado o cuidado com o paladar do bebê, pois a partir da 14ª semana, se a gestante comer muito doce, o bebê pode desenvolver o paladar voltado para o açúcar o que não seria favorável para a saúde da criança (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

A grande maioria das grávidas revela medo ao tratamento dentário. Este receio se revela com a possibilidade de hemorragias dentárias e de serem submetidas à anestesia e esta comprometer a fixação do embrião. Desta forma, a ação conjunta de ambos profissionais – Médico e Dentista - no conjunto de assistência à mulher, com certeza ajudaria a superar esses temores injustificados. A segurança psicológica é também fator importante para eliminar crenças enraizadas em mitos passados (CORDEIRO, COSTA, 1999).

Sendo assim, o conhecimento por parte do cirurgião-dentista sobre as principais características e alterações dos períodos gestacionais, facilita as recomendações e cuidados a serem tomados durante o atendimento odontológico, o

que vai possibilitar o tratamento da gestante com segurança e com menor risco de efeitos adversos para o bebê.

De acordo com Castro (2004, p. 989),

[...] o segundo trimestre de gravidez é considerado o período mais estável da gestação, recomenda-se que as intervenções odontológicas sejam realizadas nessa época. Esse atendimento deve ser realizado com o objetivo de remover focos infecciosos evitando quadros de dor.

Ainda conforme o autor (CASTRO, 2004, p. 989):

Neste período, é importante o monitoramento dos sinais vitais, como a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e a temperatura corporal. Os valores considerados normais para a frequência cardíaca variam de 60 a 100 bpm (batimentos por minuto), a pressão sistólica menor que 140mmHg e a diastólica menor que 90mmHg (BARAK et al., 2003).

Devido ao risco de diabetes gestacional, deve-se medir o nível de glicose no sangue, sendo considerado normal se menor que 140mg/dL (CASTRO, 2004).

Deve-se considerar, ainda, o risco de hipotensão postural por compressão da veia cava inferior que acontece quando a gestante permanece por períodos prolongados em posição supina, principalmente no terceiro trimestre da gestação (BARAK et al., 2003). Para prevenir a síndrome da hipotensão postural na cadeira odontológica, o cirurgião-dentista pode colocar uma almofada para elevar a parte direita do quadril de 10 a 12 cm ou a gestante ficar voltada para o lado esquerdo para impedir a compressão da veia cava inferior pelo útero (CARMO, 2004).

Náusea e vômito são situações que podem dificultar o atendimento odontológico. Para mulheres com êmese e hiperêmese, as consultas pela manhã deveriam ser evitadas. Elas devem ser advertidas também para evitar bebidas ácidas ou alimentos gordurosos, que causam distúrbios gástricos e dificultam o esvaziamento do estômago. Em caso de vômito, deve-se interromper o atendimento imediatamente e a paciente deve ser colocada em posição ereta. Após o episódio, a cavidade bucal deve ser lavada com água fria ou um enxaguatório bucal fluoretado (SILVA et al., 2006).

O exame radiográfico não precisa ser evitado durante a gestação, uma vez que a quantidade de radiação que a mãe é exposta para uma tomada radiográfica

periapical é muito menor que a dose necessária para ocasionar malformações congênitas, porque o feto recebe 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe. Mesmo assim, alguns cuidados são recomendados como avaliar a real necessidade do exame, a proteção com avental de chumbo, o uso de filmes ultra-rápidos, que permitem menor tempo de exposição e evitar repetições. Radiografias de rotina e exame periapical completo devem ser evitados se não estiverem relacionados à área de interesse e queixa principal (VIEIRA; ZOCRATO, 2007).

As radiografias mais empregadas em Odontologia, como a panorâmica e a periapical, são seguras durante a gestação e importantes para o estabelecimento de um diagnóstico mais confiável e do plano de tratamento adequado.

Em relação à higiene bucal e hábitos alimentares é importante conscientizar a grávida sobre as mudanças fisiológicas durante a gestação e enfatizar a necessidade de higiene bucal para o controle do biofilme dental.

A *American Dental Association* (1998) recomenda que as gestantes mantenham uma dieta balanceada, escovem os dentes com dentifrícios fluoretados pelo menos duas vezes ao dia, façam uso do fio dental pelo menos uma vez e agendem consultas periódicas para profilaxia profissional.

Os agentes antimicrobianos e dentifrícios não são contra-indicados nesse período, sendo a clorexidina um enxaguatório bucal seguro e eficaz no controle da gengivite durante a gestação (CARMO, 2004). Os dentifrícios, principalmente aqueles contendo triclosan, devem ser utilizados por apresentarem atividade antimicrobiana e pela capacidade de melhorar quadros de gengivite.

As aplicações tópicas de flúor, os bochechos fluoretados e a utilização de materiais que liberam flúor devem ser indicados para prevenção e, sobretudo, controle da doença cárie (KONISHI; KONISHI, 2002).

Durante a gestação pode ser difícil manter os níveis plasmáticos terapêuticos dos medicamentos pelo aumento do volume sanguíneo, diminuição da concentração das proteínas plasmáticas, metabolização hepática e excreção renal aumentadas e diminuição da absorção gastrointestinal. A redução da quantidade de proteínas plasmáticas pode diminuir a ligação da droga, aumentando a quantidade de medicamento livre, permitindo que as drogas atravessem facilmente a placenta, atingindo a circulação fetal (CARMO, 2004). Alguns medicamentos são conhecidos

por causarem aborto espontâneo, teratogenia e induzirem o parto prematuro de bebês de baixo peso.

Idealmente, nenhum medicamento deveria ser administrado no primeiro trimestre da gestação, exceto em casos de urgências, porque os riscos de teratogenia são maiores durante o período da organogênese. Após esse período, os riscos são diminuídos e as drogas não causarão malformações, mas sim poderão afetar o crescimento e desenvolvimento do feto (CARMO, 2004).

A FDA (*Food and Drug Administration*) classificou os fármacos com relação ao risco de causarem malformações congênitas, oferecendo bases para a prescrição de drogas durante a gestação. Essas categorias são: Categoria A – estudos controlados em humanos não indicam risco aparente para o feto; Categoria B – estudos em animais não indicam risco para o feto e estudos bem controlados em humanos falharam em demonstrar risco; Categoria C – estudos em animais mostraram efeitos adversos no feto, mas não existem estudos em humanos; Categoria D – existe evidência de risco em humanos e Categoria X – o risco em mulheres grávidas claramente supera os benefícios (CARMO, 2004).

Os fármacos classificados pela FDA como inclusos nas categorias A e B podem ser seguramente prescritos a gestante. Os medicamentos da categoria C e D deveriam ser utilizados somente em casos estritamente necessários e os da categoria X são proibidos.

O acetaminofeno (categoria B) é o analgésico de escolha durante a gestação e lactação (CASTRO, 2004).

Riscos de anemia e problemas renais, relatados no feto, foram observados apenas com altas doses do medicamento. Os analgésicos opióides podem causar depressão do sistema nervoso fetal e vício no feto, devendo ser evitados.

O uso prolongado de antiinflamatórios não-esteroidais tem gerado efeitos prejudiciais na circulação fetal. O ácido acetilsalicílico e o ibuprofeno deveriam ser evitados no terceiro trimestre da gestação. O ácido acetilsalicílico, da categoria C, é um inibidor da prostaglandina, podendo levar a anemia, hemorragia e trabalho de parto prolongado. Embora esses antiinflamatórios não estejam relacionados a malformações congênitas, podem causar aborto espontâneo (CASTRO, 2004).

Os corticosteróides pertencem a categoria C da FDA. A utilização de formas tópicas no tratamento de lesões inflamatórias bucais é segura para a gestante. Se

usados sistemicamente, em altas doses e por curto período, atravessam a barreira placentária e são excretados no leite materno. Lactentes que fazem uso de altas doses de esteróides devem aguardar 4 horas para amamentar visando reduzir a quantidade do medicamento no leite (CASTRO, 2004).

Os anestésicos locais atravessam a barreira placentária por difusão passiva, mas são considerados seguros e não teratogênicos. Alguns anestésicos podem ser seguramente administrados, como a lidocaína, a prilocaína e a etidocaína (categoria B). Entretanto, a prilocaína, em altas doses, dificulta a circulação placentária e pode provocar metemoglobinemia. A metemoglobinemia é um distúrbio hematológico no qual a hemoglobina transforma-se em metemoglobina por meio de oxidação, tornando a molécula incapaz de transportar oxigênio (ANDRADE, 1999). A mepivacaína, bupivacaína e procaína (Categoria C) devem ser usadas com cautela durante a gestação.

Com relação à presença do vasoconstritor no anestésico local, a adrenalina e a noradrenalina são consideradas seguras e não estão associadas a malformações fetais. A felipressina é contra-indicada por diminuir a circulação placentária, dificultar a fixação do embrião no útero e induzir contrações uterinas. Entretanto, os estudos que mostraram esses efeitos adversos utilizaram altas doses do medicamento (CARMO, 2004).

As doses usuais de anestésicos locais são consideradas seguras para gestantes e lactentes, não existindo contra-indicação para o seu uso. Como medida de segurança pode-se utilizar, no máximo, 2 tubetes de lidocaína 2% por sessão de atendimento, realizando-se aspiração prévia e injeção lenta da solução (CASTRO, 2004).

Os beta-lactâmicos (penicilinas e cefalosporinas) são os antibióticos de primeira escolha nas infecções orofaciais. Pertencentes a categoria B da FDA, esses medicamentos atravessam a barreira placentária, mas são considerados seguros durante a gestação. Os macrolídeos (eritromicina, clindamicina e azitromicina) (categoria B) também atravessam a barreira placentária, mas em pequenas quantidades e devem ser utilizados em pacientes alérgicos a penicilina (CASTRO, 2004).

O metronidazol (categoria B) atravessa a barreira placentária e penetra na circulação fetal. Devido ao potencial de risco ainda desconhecido, não é

recomendado para gestantes. Os aminoglicosídeos (estreptomicina e gentamicina) pertencem a categoria C e o uso deve ser restrito somente para aquelas situações em que os benefícios superam os riscos (CARMO, 2004).

O uso da tetraciclina (categoria D) é de risco para a mãe e o feto porque pode causar injúrias no pâncreas e fígado, atravessar a placenta e causar malformações e pigmentação dos dentes decíduos por meio da quelação com os íons cálcio, sendo também depositada no tecido ósseo do feto resultando em deficiência do crescimento ósseo (CARMO, 2004).

Os barbitúricos e benzodiazepínicos (categoria D) devem ser evitados durante a gestação e amamentação.

O uso de medicamentos, as informações sobre saúde bucal, aconselhamento dietético, profilaxia, uso de agentes antimicrobianos, escovação e selamento em massa direcionados a mãe são capazes de prevenir a colonização da cavidade bucal do bebê por microrganismos cariogênicos.

Embora alguns aspectos relacionados a transmissão da cárie dental ainda permaneçam indefinidos, o impacto do conhecimento na prática odontológica pode ser sentido mostrando não só a menor prevalência de cáries nos filhos como também a diminuição da ocorrência de lesões de cárie na dentição decídua (GÓMEZ *et al.*, 2001).

Assim, orientações direcionadas às gestantes com relação à saúde bucal são importantes para o estabelecimento de hábitos favoráveis, permitindo a manutenção da saúde bucal e impedindo ou, pelo menos, postergando a transmissão de microrganismos para seus filhos.

O conhecimento por parte do cirurgião-dentista sobre as principais características de cada trimestre gestacional e sobre as recomendações e cuidados a serem tomados durante o atendimento odontológico, incluindo a prescrição de medicamentos e o exame radiográfico, são importantes para possibilitar o tratamento da gestante com segurança e com menor risco de efeitos adversos para o bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde bucal, parte importante e indissociável da saúde geral deve ser priorizada nas políticas de atenção à saúde das gestantes no Brasil. Estudos científicos apontam que a atenção odontológica durante a gestação é indicada e pertinente, seja porque muitas mulheres apresentam perturbações orais decorrentes das alterações hormonais nesse período, seja porque há evidências da associação entre a doença periodontal e a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

Além disso, entendeu-se que, com certas precauções, o tratamento dentário na gravidez é seguro. Entretanto, crenças, mitos, receios e resistência dificultam esse cuidado.

Neste caso, é essencial o trabalho realizado no PSF em saúde bucal, onde as ações de saúde da família devem ser mais completas, mais eficazes, sendo essencial, no entanto, que as equipes de saúde bucal trabalhem em sintonia perfeita com o restante da equipe na unidade básica, entendendo o conceito de saúde da família, que não se limita a ver o indivíduo isoladamente.

Por outro lado, a atenção qualificada depende da provisão de recursos e da organização de rotinas com ações comprovadamente benéficas, evitando-se intervenções desnecessárias e estabelecendo-se relações de confiança entre as famílias e a equipe e autonomia da gestante.

Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura. Mesmo que o 2º trimestre da gravidez seja o ideal para tratamentos dentários, o início do acompanhamento no primeiro trimestre da gestação permite a realização oportuna de ações preventivas, de diagnósticos mais precoces e de ações de promoção à saúde. Além disso, possibilita a identificação no momento oportuno de situações de alto risco que envolvem encaminhamentos para outros pontos da atenção, permitindo melhor planejamento do cuidado.

A periodicidade do pré-natal deve ser adequada a cada gestante em particular, ou seja, as gestantes em situações de maior risco, precisam ser acompanhadas mais de perto e em relação ao uso de medicamentos, recomenda-se que ele seja criterioso, pois sabe-se que a droga administrada à gestante atravessa

a barreira placentária e chega ao feto. O principal mecanismo de passagem dos fármacos para a placenta é o de difusão simples.

Entendeu-se que alguns medicamentos provocam efeitos deletérios e teratogênicos em relação ao feto. A época que exige mais cuidado é a da organogênese, ou seja, os três primeiros meses da gravidez. Portanto, devem ser evitados excessos de medicamentos, especialmente de antibióticos, e a relação risco-benefício deve ser avaliada ao se administrar qualquer droga.

Diante disso, o presente trabalho considera um pré-natal completo aquele em que os conteúdos mínimos desenvolvidos garantam o cumprimento efetivo de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Além disso, considera-se a gestação um momento especial para a formação e o fortalecimento de vínculos entre equipe e família, entre diferentes famílias da comunidade e, principalmente, do vínculo entre os pais e o futuro bebê, condição fundamental para o desenvolvimento saudável de qualquer criança.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA). **American Academy of Periodontology**. Periodontal screening and recording training program. Chicago; 1998. Acesso em 30 de nov. 2013.

ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**: Procedimentos Clínicos e Uso de Medicamentos nas Principais Situações na Prática Odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

BARTOLE, Monique da Costa Sandi. **Da boca cheia de dentes ao Brasil sorridente**: a análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde bucal (Tese de Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL, M. S. **Programa de Saúde da Família**: saúde dentro de casa. Brasília: MS/Fundação Nacional de Saúde, set. 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Reorganização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica e Portaria de Normas e Diretrizes**. Portaria nº 267. Diário Oficial da União, 2001.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica nº17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. **Mais saúde**: direito de todos: 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de gestão 2000 – 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

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

CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Odontopediatria e prevenção**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARMO, T. A., NITRINI, S. A. O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Caderno de Saúde Pública**.v. 20,n.4, p.1004-13. 2004.

CASTRO, C. G. S. O. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 987-996, out./dez. 2004.

CORDEIRO, C. C.; COSTA, L. C.. Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. **RBO**, 1999.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2008.

FERREIRA, Maria Angela Fernandes; RONCALLI, Angelo Giuseppe.; LIMA, Kenio Costa. **Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar**. Natal: Editora UFRN, 2004.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, Águas de Lindóia. Anais...São Paulo: APSP, 1999.

GARCIA, Danielle do Valle. **A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação** (Tese de Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

GOMEZ, S, A. M. et al. Saúde bucal de gestantes: uma abordagem de gênero. In: **CONGRESSO MUNDIAL DE ODONTOLOGIA**. Londrina. Anais. Londrina: AONP, 2001.

KONISHI, F.; KONISHI, R. Odontologia Intra-Uterina: um Novo Modelo de Construção de Saúde Bucal. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Odontopediatria: Prevenção**. Artes Médicas: São Paulo, 2002.

MEDEIROS, U.V. Atenção Odontológica para Bebês. **Rev. Paul. Odontol.**, São Paulo, v.15, n.6, p.18-27, 1993.

MELO, J. M. M.; BRANDÃO, E. H. S.; DUTRA S. M. V.; IWAZAWA, A. T.; ALBUQUERQUE, R. S. Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 002, p. 280-286, Abr-Jun 2007.

MIRANDA, G. E.; MAIA, F. B. F.; VALE, M. P. P. A Atuação dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, frente à orientação da gestante, em relação à saúde bucal de seu bebê. **Arquivos em odontologia**, v. 40, n. 4 , out./dez. , p. 329-339, 2004.

MOURA, L. F. A. D.; MOURA, M. S.; TOLEDO, O. A. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2001.

PORTARIA **GM/MS 1.444**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. Ministério da Saúde, 2000.

SILVA, F. W. G. P.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. M. Atendimento odontológico à gestante – parte 2: cuidados durante a consulta. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v.47, n.3, p. 5-9, 2006.

SILVA, F. W. G. P.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. M. Atendimento odontológico à gestante – parte 2: Cuidados durante a consulta. **Revista Fac. Odont.** Porto Alegre, v. 47, nº 3, p. 5-9, dez. 2006.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

VIEIRA, G. F.; ZOCCATO, K. B. F. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. **RFO**, v. 2, n. 2, p.27-31, 2007.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A.; UMBELINA RAMOS, L.; COSTA, M. A. B. T. **Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS**. *Divulgação em Saúde para Debate*. n.13, p. 18 - 35, 1996.