



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FREDERICO NICHOLAS NOBRE OLIVEIRA DE SÁ**

**PERCEPÇÕES DE GESTANTES SOBRE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2019**

FREDERICO NICHOLAS NOBRE OLIVEIRA DE SÁ

PERCEPÇÕES DE GESTANTES SOBRE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Irismar de Almeida

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Estadual do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Sa, Frederico Nicholas Nobre Oliveira de.  
Percepções de gestantes sobre saúde bucal na  
atenção primária à saúde [recurso eletrônico] /  
Frederico Nicholas Nobre Oliveira de sa. - 2019.  
88 f. : il.

Dissertação (Mestrado profissional) -  
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências  
da Saúde, Curso de Mestrado Profissional em Saúde  
da Família - Profissional, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Irismar de  
Almeida.

1. Gestantes. 2. Saúde bucal. 3. Atenção  
primária à saúde. I. Título.

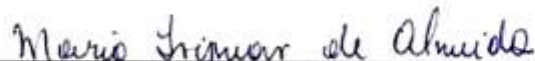
**FREDERICO NICHOLAS NOBRE OLIVEIRA DE SÁ**

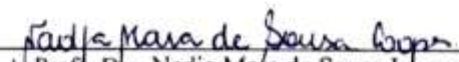
**PERCEPÇÕES DE GESTANTES SOBRE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

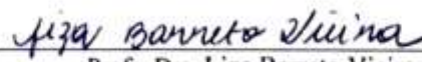
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família-MPSF/Renasf, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Aprovada em: 26 de novembro de 2019

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Maria Irismar de Almeida  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Nadja Mara de Sousa Lopes  
(1º membro- UNINASSAU)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Liza Barreto Vieira  
(2º membro - UECE)

Data da defesa: 26/11/2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer é a arte de reconhecer as dádivas que a vida proporciona, é reciprocidade com todos que almejam e contribuem para o bem, mas é, principalmente, gratidão a Deus pelo dom da vida.

Reconheço e tenho profunda gratidão a toda a minha família e amigos pela paciência e apoio irrestrito, aos professores, funcionários e colegas de mestrado; aos profissionais de saúde; às gestantes; aos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização do mestrado; a todos que lutam por um mundo melhor.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”

(Paulo Freire)

“Eu é que não me sento no trono de um apartamento com a boca escancarada, cheia de dentes, esperando a morte chegar.”

(Raul Seixas)

## RESUMO

A gravidez é um evento especial na vida da mulher, tratando-se de uma experiência carregada de emoções. O estabelecimento de uma boa relação paciente/cirurgião-dentista que estimule a franqueza, honestidade e confiança é parte integral do tratamento de sucesso. Apesar dos avanços em relação à atenção odontológica, aponta-se, ainda, alguma dificuldade em torno do tratamento durante o período gestacional, dentre os motivos, inclui-se crenças, receios, desinformação e dificuldade de acesso. O objetivo do presente estudo foi analisar as percepções de gestantes sobre saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo transversal realizado com gestantes em acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde da Secretaria Regional VI, município de Fortaleza/CE. A coleta de dados foi realizada por meio de formulário semiestruturado e os dados obtidos foram categorizados no banco de dados do programa Microsoft Office Excel® versão 2016 e analisados pelo software IBM® SPSS® versão 20.0. A população da pesquisa foi de 357 gestantes, com maior número na fase adulta, 25 a 39 anos, 195 (54,7%), ensino médio completo 170 (47,6%) e 129 (36,1%) com ocupação do lar. Quando questionadas sobre hábitos de higiene bucal, 355 (99,4%) das pesquisadas utiliza a associação escova de dentes e creme dental, a maioria escova os dentes duas vezes por dia 194 (54,3%) nos períodos da manhã, assim que acorda 339 (95%) e antes de dormir 265 (74,2%). Sobre conhecimentos em saúde bucal, 232 (65%) das gestantes não acha que deve cuidar mais dos dentes durante a gestação e 330 (92,5%) não tem medo ou receio de realizar o tratamento odontológico. Ainda, 213 (59,7%) gestantes afirmaram terem sido orientadas pelos profissionais da equipe a procurarem atendimento odontológico, porém 230 (64,4%) das pesquisadas não consideram importante o acompanhamento pelo dentista durante o pré-natal. Muitas gestantes afirmaram não terem tido tratamento odontológico durante esta gestação, correspondendo a 182 (51%) das pesquisadas, sendo a falta de interesse, 89 (48,9%) e o fato de não ter vaga, 43 (23,7%), os principais motivos. Além disso, 159 (46%) das participantes relataram terem tido dificuldades para o agendamento da consulta e 215 (62,1%) não desejam concluir o tratamento odontológico. Vale destacar que houve associação positiva entre o encaminhamento por profissional da equipe e o atendimento odontológico, bem como entre as gestantes que acham importantes o pré-natal odontológico e o desejo de realizar todo o tratamento. Figura

como visível a necessidade de discussão do tema, da ampliação das fontes de informação e a realização de um trabalho de promoção em saúde, com ênfase na inteligência coletiva subsidiando a autonomia para o reconhecimento e o enriquecimento mútuo das pessoas. As políticas de saúde e de atenção integral ao pré-natal devem ter como estratégia a qualificação dos profissionais através de uma concreta política de educação permanente que permita o aprimoramento técnico, mas que também assegure momentos de avaliação dos próprios processos de trabalho a fim de estabelecer competências e condutas, a promoção em saúde bucal e a ampliação da oferta de serviços de atenção odontológica à gestante.

**Palavras-chave:** Gestantes. Saúde bucal. Atenção Primária à Saúde.



## ABSTRACT

Pregnancy is a special event in a woman's life, it is an experience carried with emotions. Institute a good patient/dentist relationship that encourages openness, honesty and trust is an integral part of successful treatment. Despite advances in oral health, there is still some difficulty about pregnant women treatment, among the reasons, we cite beliefs, fears, lack of information and difficulty in access. The study aimed to analyze the perceptions of pregnant women about oral health in Primary Health Care. This is a cross-sectional study conducted with pregnant women undergoing prenatal care at the health centers of the Secretaria Regional VI, Fortaleza /CE. Data collection was performed using a semi-structured form and the data obtained were categorized in the database of the Microsoft Office Excel ® version 2016 and analyzed by the IBM® SPSS® version 20.0. The study population was 357 pregnant women, most of them in adulthood, 25 to 39 years old, 195 (54.7%), complete high school 170 (47.6%) and housewife 129 (36.1%). When asked about oral hygiene habits, 355 (99.4%) of the respondents use the toothbrush and toothpaste association, most brushing their teeth twice a day 194 (54.3%), in the mornings, as well who wakes up 339 (95%) and before bedtime 265 (74.2%). Regarding oral health knowledge, 232 (65%) of pregnant women do not think they should take more care of their teeth during pregnancy and 330 (92.5%) are not afraid of performing dental treatment. However, 213 (59.7%) pregnant women said they were referred by the patient care team to seek dental care, but 230 (64.4%) of the surveyed do not consider the follow-up by the dentist during prenatal care. Many pregnant women were not attended by the dentist during this pregnancy corresponding to 182 (51%) of those surveyed, and the main reasons is lack of interest, 89 (48.9%), and no vacancy, 43 (23.7%), respectively. In addition, 159 (46%) participants reported having difficulty scheduling the dental appointment and 215 (62.1%) do not desire to complete the dental treatment. Emphasizing that there was an positive association between referred by a health personnel and dental care, as well as between pregnant women who think the follow-up by the dentist during prenatal care important and the desire to perform the complete treatment. It is need the discussion about the theme, the expansion of information sources and the implementation of health promotion, with emphasis on collective intelligence, subsidizing autonomy for the recognition and mutual enrichment of people. Health

policies and the comprehensive prenatal care should have as a strategy the qualification of health personnels through a concrete policy of continuing education that allows technical improvement, but also ensures moments of evaluation of their work processes in order to establish competences and behaviors, the promotion of oral health and the expansion of the offer of dental care services to pregnant women.

**Keywords:** Pregnant Women. Oral Health. Primary Health Care.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas das gestantes pesquisadas, Fortaleza, CE, 2019.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabela 2 - Distribuição das características do hábito de higiene bucal das gestantes pesquisadas em relação ao autocuidado com a saúde bucal, Fortaleza, CE, 2019.....</b>	<b>42</b>
<b>Tabela 3 - Distribuição das características de conhecimento das gestantes pesquisadas sobre saúde bucal e atendimento odontológico na gravidez nas Unidades de Atenção Primárias à Saúde, Fortaleza-CE, 2019.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 4 - Distribuição dos fatores que interferem no acesso ao tratamento odontológico durante a gravidez, Fortaleza, CE, 2019.....</b>	<b>55</b>
<b>Tabela 5 - Análise bivariada das variáveis ocupação, orientação a procurar o atendimento odontológico, facilidade para marcação da consulta das gestantes (n=357) com ela ter sido atendida pelo dentista durante esta gestação. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabela 6 - Análise bivariada das variáveis primeira gestação, ocupação, acha que deve cuidar mais dos dentes durante a gravidez, considera importante ser acompanhada pelo dentista durante o pré-natal das gestantes (n=357) com relação ao desejo de realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019.....</b>	<b>63</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
DDE	Defeitos de Desenvolvimento do Esmalte Dentário
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FDA	Food and Drug Administration
IBM®	International Business Machines
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RR	Risco Relativo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS®	Statistical Package for the Social Sciences
SR	Secretaria Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Saúde bucal e a gravidez.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Modelo de atenção odontológica à gestante.....</b>	<b>23</b>
<b>3.3</b>	<b>A gestante e o tratamento odontológico.....</b>	<b>28</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Campo de estudo.....</b>	<b>34</b>
<b>4.3</b>	<b>População da pesquisa.....</b>	<b>35</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta e análise dos dados.....</b>	<b>37</b>
<b>4.5</b>	<b>Considerações éticas.....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>78</b>
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE IDADE.....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXO A - ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento especial na vida da mulher; tratando-se de uma experiência carregada de emoções. O estabelecimento de uma boa relação paciente/ cirurgião-dentista que estimule a franqueza, honestidade e confiança é parte integral do tratamento de sucesso. Esse tipo de relação reduz bastante o estresse e a ansiedade tanto do paciente quanto do cirurgião-dentista (LITTLE; FALACE; RHOUDS, 2008).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua expansão e consolidação. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A atenção odontológica do setor público no Brasil passou por diversas transformações, em especial, devido à introdução e posteriormente ampliação da cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia da Saúde da Família (ESF), somados aos investimentos na oferta de serviços de média e alta complexidade e demais ações de prevenção e promoção à saúde, propostas pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal no ano de 2004 (PUCCA JUNIOR et al. 2015).

Os cirurgiões-dentistas devem realizar diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações no sentido de promover e proteger a saúde bucal, prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratar, acompanhar, reabilitar e manter a saúde bucal dos indivíduos, famílias e grupos específicos (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011a).

A assistência pré-natal é o primeiro passo para uma gestação saudável e tranquila. Um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, além de dar assistência em todas as suas necessidades (BRASIL, 2000a; BRASIL, 2011b).

Apesar dos avanços em relação à atenção odontológica, aponta-se ainda, alguma resistência em torno do tratamento durante o período gestacional, dentre os motivos por parte das gestantes, inclui-se crenças, receios, desinformação e dificuldade ao acesso (FIGUEIRA et al., 2013). A resistência se faz presente ainda por parte de cirurgiões-dentistas e outros profissionais da saúde por insegurança e falta de capacitação. Isso pode refletir na baixa procura e adesão ao tratamento odontológico durante a gestação, o que pode causar prejuízo na saúde materno-infantil (MENDES JÚNIOR; BANDEIRA; TAJRA, 2015).

Essa relação negativa entre o atendimento odontológico e a gravidez também foi evidenciada em pesquisa realizada nos Estados Unidos. Os autores revelaram que a procura por cuidados dentários durante a gravidez é baixa. Dados de uma pesquisa de base populacional indicaram que o percentual de gestantes que receberam atenção odontológica varia, entre os estados dos EUA, de 23% a 43%. Entre as mulheres que relataram ter problemas de saúde bucal, apenas metade disse que procurou atendimento odontológico. Algumas afirmaram que o mau estado de saúde bucal durante a gestação é normal e acreditavam que o tratamento poderia ser prejudicial para o feto (LEE et al., 2010).

Percebe-se que o folclore popular é rico em atributos negativos em relação ao tratamento odontológico na gravidez. A maioria dos medos, embora sem suporte científico, contribuem para o afastamento da gestante da atenção odontológica (COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

Em contrapartida, diversas pesquisas revelam possíveis relações de risco existentes entre doenças periodontais e complicações gestacionais. Na paciente gestante, a presença de infecção, por si só, pode induzir ao parto prematuro e o nascimento de crianças com baixo peso. Por ser um processo infeccioso, a doença periodontal é apontada como um fator de risco para a ocorrência desses eventos devido à suspeita de que citocinas pró-inflamatórias liberadas do periodonto inflamado possam estimular a contração uterina (BERTOLINI et al., 2007).

Há um consenso em conduzir a gestante para a adoção e valorização dos hábitos de saúde bucal no período pré-natal, para agir melhor com os filhos no futuro e estes crescerem livres das doenças cárie e periodontal. Desta maneira, o cirurgião-dentista deverá estar ciente de que seu trabalho com as gestantes terá fundamental importância na prevenção de hábitos inadequados e de doenças bucais indesejáveis durante a gestação. (BRASIL, 2000b; WELGATCH; SAMALEA, 2008).

A Prefeitura de Fortaleza, através de uma Linha Guia de condução dos processos de trabalho a serem seguidos pelos profissionais de saúde da área de odontologia das unidades assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), estabelece atendimento prioritário ao grupo das gestantes, não sendo necessário que essas pacientes participem do agendamento comum aos demais pacientes, devendo serem encaminhadas pela equipe de saúde da família diretamente para o consultório odontológico (FORTALEZA, 2016a).

Como profissional da ESF do município de Fortaleza há mais de dez anos, tendo durante esse período trabalhado de forma multidisciplinar no atendimento pré-natal e à puericultura e, considerando os estudos relatados, despertou em mim uma preocupação e uma curiosidade de estudar o acesso à atenção odontológica às gestantes bem como conhecer as crenças e experiências dessas pacientes relacionadas à saúde bucal na gravidez. Surgindo o seguinte questionamento: O que as gestantes pensam sobre a saúde bucal e quais as dificuldades enfrentadas para acesso ao serviço no âmbito da odontologia?

Assim, fica evidente que a realização do pré-natal odontológico é de fundamental importância para a manutenção da saúde e qualidade de vida da gestante contribuindo para o parto de um bebê saudável, o que justifica a relevância da proposta deste estudo, que culmina com as diretrizes da Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher a atenção humanizada à gravidez, com garantia do acolhimento, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (BRASIL, 2011b).

Consoante a isso, este trabalho também evidenciou as ações propostas no Caderno de Atenção Básica n.º 17, no que trata da organização da atenção à saúde bucal por meio do ciclo de vida do indivíduo com destaque para o estado da saúde bucal apresentado durante a gestação, que tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê (BRASIL, 2008).

Dessa forma, acreditamos que os resultados desta pesquisa venham a contribuir para que os profissionais da ESF de Fortaleza tenham conhecimento das percepções das gestantes sobre saúde bucal, apropriando-se desses dados para o planejamento das ações e organização dos serviços, que venham ampliar e priorizar o acesso, melhorar e qualificar a atenção odontológica a essas pessoas de uma



maneira humanizada, possibilitando o cuidado integral, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar as percepções de gestantes sobre saúde bucal na Atenção Primária à Saúde.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar o perfil socioeconômico das gestantes;
- Caracterizar os hábitos de higiene bucal das gestantes em relação ao autocuidado com a saúde bucal;
- Investigar os conhecimentos das gestantes sobre saúde bucal e atendimento odontológico na gravidez nas Unidades de Atenção Primárias à Saúde;
- Detectar fatores que interferem no acesso ao tratamento odontológico durante a gravidez;
- Avaliar como as percepções das gestantes influenciam na procura e na adesão ao tratamento odontológico no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Saúde bucal e a gravidez

O comportamento das pessoas em relação a cuidados com saúde bucal depende da forma como percebem a sua própria condição. Compreender o que pensam as gestantes na sua ótica de vida, torna-se importante, visto que se age melhor quando se entende melhor determinado assunto. Sob essa perspectiva, pesquisas são conduzidas no intuito de procurar compreender o que pensam, acreditam e fazem as mulheres grávidas em relação à sua saúde bucal (MATTOS e DAVOGLIO, 2015).

O período gestacional é um momento único e especial na vida da mulher. Representa uma época repleta de oportunidades de interação das mulheres com os serviços de saúde, possibilitando uma atuação dentro da perspectiva de promoção e educação em saúde, prevenção, identificação e tratamento de problemas. A atenção integral à gestante no pré-natal constitui hoje, sobretudo na ESF, fator relevante para os profissionais de saúde, uma vez que quando a mulher é assistida e cuidada neste período aumenta-se a possibilidade de uma gravidez tranquila e bebês saudáveis (CABRAL, et. al, 2013).

No entanto, a saúde bucal da gestante é cercada de muitas dúvidas e crenças que são passadas ao longo dos tempos, através de experiências relatadas por suas avós, mães e outras gestantes. Vários estudos têm evidenciado que as gestantes desconhecem fatores biomédicos importantes referentes à saúde bucal e possuem percepções arraigadas na cultura popular no que diz respeito às doenças bucais e gravidez, bem como ao tratamento odontológico no período gestacional (CABRAL, et. al, 2013).

Várias mulheres acreditam que o tratamento odontológico durante a gestação pode prejudicar o bebê. Abordagens que visem quebrar mitos como esse, mediante um levantamento prévio dos conhecimentos e percepções das gestantes sobre saúde bucal, tornam-se uma importante ferramenta para o sucesso do pré-natal odontológico, repercutindo na melhora da adesão, confiança e motivação das pacientes (MEDEIROS-SERPA e FREIRE, 2012).

A condição psicológica que está envolvida em todo o processo da gestação está diretamente relacionada ao cuidado e à aceitação ao tratamento

odontológico. O medo da realização do procedimento, o receio de prejudicar a gravidez e o feto são motivos que levam uma grande parte das gestantes a não procurarem o serviço odontológico, mesmo após sentir dor de dente (GONÇALVES et. al, 2015).

A compreensão sobre os sentimentos que permeiam a gestação, o parto e o puerpério é considerada uma habilidade essencial dos profissionais de saúde que assistem mulheres gestantes. O objetivo na aquisição deste conhecimento é de prevenir situações adversas, aliviar sintomas e facilitar a expressão e elaboração de sentimentos presentes durante um período de grandes transformações psíquicas (SARMENTO e SETÚBAL, 2003).

No início da gestação predominam os sentimentos ambivalentes, a gestante tem dúvidas quanto a querer ou não essa nova condição que irá torná-la mãe irreversivelmente. Sente-se insegura, quer certificar-se que o bebê está bem e, muitas vezes, tem medo de que ocorra um aborto. O profissional deve reconhecer e compreender essa ambivalência sem julgamentos; valorizar sempre as queixas e dúvidas da gestante, procurando estabelecer uma relação de confiança, proporcionando um espaço para expressão, onde será possível conversar sobre todo o tipo de sentimento e as implicações relacionadas ao tratamento (LENZ e BERTONI, 2011).

Embora seja um período de mudanças, o período gestacional revela-se como oportunidade peculiar para a prevenção de problemas bucais e para a educação em saúde, já que as gestantes se encontram receptivas e ávidas de conhecimentos que possam contribuir para o bem-estar do bebê (KONISHI e KONISHI, 2002).

Neste sentido, ações educativas e preventivas com gestantes tornam-se fundamentais para que a mãe cuide de sua saúde bucal e possa introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. É fundamental ressaltar que esforços combinados da equipe de saúde são importantes para obtenção do sucesso de tais ações (REIS, et. al, 2010).

Esse ciclo de vida de maior aproximação das mulheres com os serviços de saúde motivado pela programação das consultas de pré-natal deve ser utilizado pelas equipes de saúde bucal para estabelecer vínculo e gerar um ciclo virtuoso de educação e promoção da saúde individual e coletiva, empoderando,

responsabilizando e ajudando na construção da autonomia dos cuidados em saúde para a própria mãe e seu bebê (SANTOS NETO et.al., 2012).

A saúde bucal, muito embora seja parte integrante e inseparável da saúde geral, muitas vezes é negligenciada durante a gestação, em função dos sintomas que a mulher pode apresentar nesse período de sua vida. Neste sentido, é importante que profissionais da saúde estejam capacitados para o reconhecimento das alterações bucais e suas consequências na saúde geral, bem como para a prestação de cuidados odontológicos necessários nesta fase da vida da mulher (MOIMAZ, et. al, 2017).

Com relação às alterações bucais, o período gestacional constitui um momento de transformações na vida da mulher, pois, além das alterações físicas e fisiológicas, são observadas também mudanças no estado emocional. Neste período, desenvolvem-se certas condições de saúde complexas que precisam ser conhecidas pelo cirurgião-dentista, a fim de que, como membro de uma equipe-multidisciplinar, possa orientar corretamente a gestante em relação a seu estado de saúde geral (MEDEIROS, ZEVALLOS e ROSIANGELA, 2000).

A hipersecreção das glândulas salivares, a tendência ao vômito e a maior vascularização do periodonto são alterações gerais e específicas de interesse na área odontológica que ocorrem no período da gravidez (KONISHI e KONISHI, 2002).

Embora as alterações hormonais repercutam na fisiologia bucal, modificando o equilíbrio normal da boca, podendo levar à exacerbação do processo cariioso e a afecções gengivais, não é o período gestacional o responsável por tais alterações, mas pode agravar inflamação gengival preexistente, principalmente se houver negligência da higiene bucal (MEDEIROS, ZEVALLOS e ROSIANGELA, 2000).

As alterações que ocorrem no periodonto durante a gravidez vêm sendo estudadas desde antes da metade do século XX. Alguns autores ressaltaram as modificações do periodonto durante a gravidez como fatores relacionados às deficiências nutricionais, altos níveis de estrógeno e progesterona, presença de placa bacteriana, muitas vezes, favorecida por outros fatores locais, assim como o estado transitório de imunodepressão (REIS, et. al, 2010).

A gravidez e os hormônios esteroides específicos parecem capazes de influenciar a microbiota normal e induzir alterações na ecologia subgengival. No segundo trimestre de gestação, ocorre um aumento significativo de gengivite, na

proporção em que a microbiota subgengival torna-se mais anaeróbia devido à correlação entre os níveis plasmáticos de estrógeno e de progesterona (REIS, et. al, 2010).

A doença periodontal é geralmente assintomática, da gengivite à periodontite, mas também é caracterizada por sinais e sintomas clínicos, incluindo sangramento, mobilidade dental, abscessos periodontais ou halitose (LU, et al., 2015).

Uma situação conhecida como gengivite gravídica acarreta o sangramento gengival. As gengivas também passam por alterações durante o período gestacional, onde pode acontecer uma resposta exagerada dos tecidos moles gengivais aos fatores locais (placa bacteriana), devido ao aumento da vascularização nas gengivas. Além disso, pode ocorrer aumento da mobilidade dentária que pode estar associada a alterações dos hormônios estrógeno e progesterona (FAGUNDES, BAVARESCO, FAUSTINO-SILVA, 2011).

A ocorrência de partos prematuros e nascimento de bebês de baixo peso têm sido relacionados a vários fatores de riscos clássicos, como por exemplo o consumo de álcool, drogas, fumo, hipertensão, diabetes, entre outros. No entanto, os mesmos não explicam todas as ocorrências de partos prematuros, sendo suas causas muitas vezes desconhecidas. A presença da doença periodontal na mãe durante a gestação, é um dos fatores que vem sendo estudado pela nova área da periodontia, chamada de medicina periodontal, e que pode levar a prematuridade e baixo peso ao nascer (NAVES, et. al, 2009).

A doença periodontal possui bactérias periodontopatogênicas, que podem se deslocar por via hematogênica até a unidade fetoplacentária. As toxinas produzidas por essas bactérias podem levar à ocorrência de necrose placentária, aborto espontâneo e baixo peso ao nascimento. De acordo com Batista, Ferrão e Baiseredo (2017), a doença periodontal mostrou-se um possível fator de risco colaborador, de indução de partos prematuros e/ou baixo peso ao nascer, apesar da necessidade e importância de mais pesquisas nessa área.

Para Chambrone et al. (2011), a doença periodontal durante a gravidez afeta não apenas a saúde bucal materna, mas também o crescimento fetal com risco aumentado de nascimento prematuro subsequente ou baixo peso ao nascer.

As alterações da produção de saliva também são relativamente comuns durante a gestação. A xerostomia é um sintoma relatado pelas mulheres grávidas,

sendo também consequência das alterações hormonais e, por vezes, relacionada à respiração bucal, especialmente no último trimestre de gestação. Menos frequentemente, observa-se ptialismo ou sialorreia, que tende a iniciar-se por volta 2ª ou 3ª semana de gestação e a desaparecer no fim do 1º trimestre. A fisiopatologia deste fenómeno é desconhecida, acredita-se que esteja mais relacionado com a incapacidade de a grávida engolir quantidades normais de saliva, devido às náuseas, do que propriamente com o aumento da quantidade de saliva produzida (GRILO, 2016).

Pesquisas revelam que a doença bucal de maior prevalência em gestantes é a cárie dentária. Esta, sem dúvida, pode acarretar diversos outros problemas como dor, a perda do elemento dentário e a consequente necessidade de prótese. Além disso, as perdas podem acarretar danos estéticos graves, dependendo da região atingida (MOIMAZ et al., 2011).

Uma relevante questão a ser discutida é a dor oral durante a gravidez, que pode influenciar negativamente na qualidade de vida. Oliveira e Nadanovsky (2006) em pesquisa com 504 gestantes, relacionaram o impacto da dor de origem dental na qualidade de vida, verificaram uma alta prevalência de cárie dentária não tratada, e ainda uma prevalência de dor oral de 39,1% devido à cárie. Os efeitos da dor oral mais relatados foram: dificuldade em manter o equilíbrio emocional, dificuldade para se alimentar e dificuldade de higienização dos dentes.

A gravidez não é responsável pela perda de minerais dos dentes da mãe nem pelo aparecimento de cáries, mas o aumento da atividade cariogênica está relacionado com a alteração da dieta e com a presença da placa bacteriana, causada pela limpeza inadequada dos dentes (RODRIGUES, 2002).

Considerando a cárie uma doença multifatorial, essa questão não deve ser vista isoladamente. Além da presença de micro-organismos na boca, vários fatores estão relacionados com a doença cárie, destacando-se a suscetibilidade do hospedeiro (dente) e uma dieta rica em carboidratos fermentáveis. A erosão nos dentes também é possível durante a gravidez devido a enjoos frequentes. Repetidas regurgitações podem danificar a estrutura dental devido ao ácido estomacal que literalmente dissolve esmalte e dentina. Este fenómeno é tipicamente diagnosticado de observação na superfície lingual de dentes anteriores. (FAGUNDES, BAVARESCO, FAUSTINO-SILVA, 2011).

Deve-se orientar as gestantes a usarem um colutório com flúor e bochechar com água com bicarbonato de sódio após o vômito, com o objetivo de neutralizar os ácidos. Não é recomendado escovar os dentes logo após vomitar. Recomenda-se o uso de escovas com cerdas macias para evitar danos adicionais ao esmalte. Antiácidos, como o hidróxido de alumínio, ou mesmo inibidores da bomba de prótons e fármacos antieméticos também podem ser utilizados (GRILO, 2016).

O aumento de cáries na mulher grávida é provavelmente determinado por possíveis negligências com a higiene bucal; maior exposição do esmalte ao ácido gástrico (vômitos); alterações de hábitos alimentares resultantes do fato de estar grávida; aumento da frequência das refeições (com a compressão do feto, diminui a capacidade volumétrica do estômago e, conseqüentemente, a gestante alimenta-se em pequenas quantidades, porém mais vezes, incluindo alimentos cariogênicos (RODRIGUES, 2002).

A fim de prevenir e/ou melhorar essas condições, a gestante deve ser orientada a manter a rotina de higiene bucal. O cuidado de escovar os dentes pelo menos três vezes ao dia com pastas fluoretadas e o uso do fio dental devem ser priorizados. Bochechos com soluções à base xilitol ou de clorexidina são benéficos uma vez que esta é uma substância segura para as gestantes (categoria B, segundo a FDA) e podem ser utilizados como adjuvantes ao controle da placa bacteriana. Outra possibilidade de menor custo, nos casos de gengivite e periodontite, é o bochecho com soluções salgadas, tendo em vista que estas podem melhorar a inflamação gengival (NASEEM et al., 2015; GRILO, 2016).

### **3.2 Modelo de atenção odontológica à gestante**

A partir da década de 1990, as políticas públicas buscam inverter o modelo biomédico tradicional de assistência à saúde no ensejo de encontrar alternativas que estejam comprometidas com os princípios do SUS de universalidade, equidade e justiça social, dentre outros. Nesse contexto, surge a ESF como uma proposta inovadora que tem buscado modificar as práticas de saúde e o modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVA et al., 2013).

Entretanto, a atenção odontológica no serviço público brasileiro há anos caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os



escolares, por meio de programas voltados para as doenças cárie e periodontal. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento e numa assistência de baixa resolutividade, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Com o advento do SUS, surgiram modelos inovadores de saúde bucal. Porém tais modelos, apesar de terem uma perspectiva preventivo-promocional, não estavam em consonância com os princípios do SUS de integralidade das ações, universalidade e equidade. Essa concepção somente começa a se tornar possível com a inclusão do cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família, em 2000, através das Equipes de Saúde Bucal (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Com o objetivo de superar as desigualdades, foram estabelecidas, em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Essas diretrizes visam garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, no marco do fortalecimento da Atenção Básica (AB), tendo como eixos estruturantes o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal (BRASIL, 2018).

O Brasil Sorridente é, portanto, a política de saúde bucal do SUS, com progressivas articulações transversais em ações dentro do Ministério da Saúde junto a outros ministérios. Essas ações buscam o enfrentamento das iniquidades e geram acesso para populações em situação de vulnerabilidade, como Rede Cegonha, Plano Brasil sem Miséria, Programa Saúde na Escola, Programa Viver sem Limite (para pessoas com deficiência), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas e ações dirigidas para população indígena, população negra e quilombolas, assentamentos e população rural, população ribeirinha, população idosa, população encarcerada e população em situação de rua mostrando a inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde e demais políticas públicas (MOYSÉS, 2013; BRASIL, 2018).

Dessa forma, preconiza-se que o cuidado em saúde da gestante e da puérpera deve ser proporcionado por uma equipe multiprofissional, de modo a garantir a assistência integral, humanizada e necessária ao bem-estar da mulher, do

bebê e de seus familiares, a partir de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que buscam garantir a integralidade do cuidado (OLIVEIRA e HADDAD, 2018).

A organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS tem por objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com previsão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2017a).

Como estratégia do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, e as ações de saúde bucal são fundamentais para a garantia do cuidado (MARQUES, 2016; BRASIL, 2017a).

A Rede Cegonha deve ser organizada a partir das seguintes diretrizes:

I. Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II. Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III. Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV. Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e

V. Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

Em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011c).

Dessa forma, quando implantado o programa, dentre os indicadores utilizados para avaliar a qualidade na APS da Área 7 – Saúde Bucal, foi incluído o

indicador de Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante que expressa a cobertura de gestantes com acompanhamento odontológico em relação às cadastradas pela equipe. Compreende o registro de primeira consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes cadastradas, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante. A atenção odontológica à gestante compreende a realização de avaliação diagnóstica, restaurações e cirurgias, quando indicadas, considerando-se o período da gestação, além de ações de educação e prevenção. Espera-se a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação (BRASIL, 2015).

Como ações para promover a melhoria do indicador, o Ministério da Saúde recomenda a integração dos profissionais da saúde bucal com os outros membros da equipe de AB para a programação de ações e encaminhamento das gestantes cadastradas e acompanhadas no pré-natal, capacitação dos profissionais de modo a qualificar as ações de acompanhamento/tratamento odontológico na gestação, tanto no que diz respeito à humanização e qualidade técnica dos atendimentos, quanto nas abordagens educativas para estimular o autocuidado e dirimir medos infundados da população sobre o tratamento odontológico na gestação, bem como, planejar o processo de trabalho e programação das ações da ESB, de forma a garantir acesso amplo ao atendimento da demanda programada de pré-natal, considerando, inclusive, a utilização de critérios para classificação de risco (BRASIL, 2015).

Desde a sua criação, em 2011, já foram realizados três ciclos do PMAQ, porém, no último ciclo, os indicadores deixaram de ser classificados por área passando a serem distribuídos por eixos e o indicador que faz o acompanhamento do atendimento odontológico às gestantes deixou de ser avaliado (BRASIL, 2017b).

A partir da análise dessas diretrizes, pode-se compreender que as ações de saúde bucal podem e devem estar presentes nesse contexto. Durante esse momento do ciclo da vida, as diversas profissões de saúde, incluindo o cirurgião-dentista, devem se articular nos serviços de assistência pré-natal, garantindo um atendimento integral, humanizado e de qualidade. A assistência odontológica à gestante deve ser integrada entre os diferentes níveis de cuidado, estando pautada na assistência educativa, preventiva e curativa. Assim, independente da busca prioritária por atendimentos curativos e como garantia do princípio da integralidade,

é imprescindível que haja a continuidade da assistência, com oferta de serviços, nos diferentes níveis de complexidade (OLIVEIRA e HADDAD, 2018).

O Ministério da Saúde considera que a mãe e a família têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, a realização de ações educativas e preventivas com gestantes, além de qualificar a sua saúde, torna-se fundamental para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança. A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal. Deve-se garantir, ao menos, uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento das demais, conforme as necessidades individuais da gestante (BRASIL, 2018).

Protocolos de atendimento de outras cidades do Brasil também destacam que a atenção à saúde bucal deve ser parte integrante do cuidado pré-natal, dado o reconhecido impacto dela na saúde geral. Melhorar a condição de saúde bucal durante a gravidez pode otimizar não somente a saúde geral da mulher, mas também contribuir na saúde do bebê (LONDRINA, 2009).

A Linha Guia do Município de Fortaleza considera que no período gestacional é fundamental o comprometimento da mãe para com sua saúde bucal. O cuidado com a saúde bucal deve ser um trabalho integrado de toda a equipe, pois muitas condições que comprometem a boca têm repercussões na saúde geral do paciente e em sua qualidade de vida. No município de Fortaleza optou-se por trabalhar com uma priorização de alguns grupos de risco, buscando um atendimento odontológico de excelência. Estando as gestantes como grupo prioritário para as ações de saúde bucal (FORTALEZA, 2016a).

O protocolo clínico para a saúde de gestantes do Estado do Ceará – Linha Guia Nascer no Ceará – traz como competência da equipe de saúde a marcação da consulta de avaliação com a ESB e, dentro do fluxo da gestante na atenção primária, considera o acompanhamento em saúde bucal da gestante como um exame complementar que deve ser realizado preferencialmente no primeiro trimestre da gestação, sem definir nenhuma linha de conduta que estimule os demais profissionais da equipe, no caso médicos e enfermeiros que atuam diretamente no acompanhamento do pré-natal, a referenciem as pacientes para a consulta no consultório odontológico (CEARÁ, 2017).

As diretrizes clínicas da atenção à gestante do município de Fortaleza trazem um capítulo que trata especificamente sobre o pré-natal odontológico onde as ESB que atuam na ESF juntamente com os outros profissionais desta estratégia devem priorizar o atendimento clínico dessa futura mamãe. Na primeira consulta do pré-natal a gestante deve ser encaminhada para iniciar seu pré-natal odontológico tendo seu tratamento garantido até a conclusão do mesmo. A gestante tem seu atendimento clínico garantido e participa de atividades de promoção de saúde visando a promoção de sua saúde bucal e de seu futuro bebê (FORTALEZA, 2016b).

Atualmente, por meio de apresentações em “Power Point®”, o Ministério da Saúde tem apresentado e levado à discussão a proposta do novo modelo de financiamento federal da APS. É importante citar que, de acordo com o novo modelo, são utilizados indicadores para avaliar o desempenho e subsidiar a transferência de recursos. No Componente 2 – Indicadores para pagamento em 2020, no item Gestantes, está elencado o indicador: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; que tem por finalidade dimensionar o cuidado em saúde bucal durante o pré-natal na APS (BRASIL, 2019).

### **3.3 A gestante e o tratamento odontológico**

A ESB é responsável pela segurança e pelos cuidados tanto com a mãe quanto com a saúde do feto e deve tomar as precauções necessárias no atendimento odontológico conforme o trimestre de gestação. Gestantes podem e devem ser atendidas na AB, devendo ser inseridas na rotina do pré-natal para receberem consultas regulares de manutenção, controle de possíveis focos de infecção, tratamento da gengivite, orientação de dieta, controle de placa e acompanhamento no território (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde deixa claro que todas as gestantes deverão realizar pelo menos uma consulta odontológica durante o pré-natal. Assim, na atenção à gestante de baixo risco, temos o acolhimento com escuta qualificada, a avaliação global e o plano de cuidado. Dentre as práticas inerentes ao plano de cuidado, temos o exame físico geral e específico, no qual está inserido o exame bucal (BRASIL, 2016).

Para a organização do processo de trabalho, a equipe de saúde deve organizar atividades educativas com a gestante, como grupos operativos. Estes podem auxiliar na desmistificação de alguns mitos quanto ao atendimento odontológico e esclarecer dúvidas, o que pode influenciar na maior adesão das gestantes à consulta odontológica. O processo de trabalho da equipe deve ser organizado de forma a favorecer o acesso da gestante à consulta odontológica, como a agenda compartilhada ou interconsulta. Lembrando que é importante não restringir o acesso à gestante somente a determinados horários/dias. O registro das consultas, além do prontuário clínico, deverá ser realizado na Caderneta da Gestante (BRASIL, 2018).

O conhecimento das alterações fisiológicas da gravidez e a observação de alguns cuidados tomados durante o atendimento odontológico podem assegurar um tratamento seguro e confortável para a gestante. Por muito tempo, devido à insegurança dos profissionais e aspectos culturais, acreditava-se que gestante não podia consultar com dentista. No entanto, sabe-se que muitos são os benefícios do tratamento odontológico no período gestacional tanto para a saúde da mãe como para o seu futuro filho. Por isso, a consulta com o dentista deve ser estimulada pela equipe envolvida no acompanhamento pré-natal (FAGUNDES, BAVARESCO, FAUSTINO-SILVA, 2011).

Todo o tratamento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez, incluindo as exodontias não complicadas, tratamento periodontal, restaurações dentárias, tratamento endodôntico e colocação de próteses. As cirurgias mais invasivas, sempre que possível, devem ser programadas para o período pós-parto. Instruções quanto à higiene bucal, raspagem supragengival e a aplicação tópica de flúor podem ser realizadas em qualquer época do período gestacional sem oferecer perigos ao feto. (CODATO et al, 2008; FAGUNDES, BAVARESCO, FAUSTINO-SILVA, 2011).

Durante o primeiro trimestre, a maioria das pacientes pode apresentar indisposição, enjoos, matutinos e náuseas à menor provocação, fatores que podem dificultar o atendimento odontológico. O segundo trimestre de gestação é melhor época para o atendimento das gestantes. O terceiro trimestre da gravidez, particularmente nas últimas semanas, não é um bom período para um tratamento prolongado. Muitas pacientes, nesta época, têm a frequência urinária aumentada, apresentam hipotensão postural, edema nos membros inferiores e sentem-se

desconfortáveis na posição supina, devido a compressão causada pelo feto. Portanto, quando possível, deve-se evitar todo e qualquer procedimento odontológico nas primeiras doze semanas e no final da gestação. Entretanto, frente a situações de urgência odontológica, como nos casos de dor, devemos realizar o tratamento necessário, independentemente do período no qual a gestante se encontrar (FAGUNDES, BAVARESCO, FAUSTINO-SILVA, 2011).

Dentre as principais dúvidas vivenciadas por profissionais e pacientes, destacam-se a utilização de anestésicos locais e a realização de tomadas radiográficas durante a gestação.

Os anestésicos locais apresentam plena segurança de uso durante todo o período de gestação, não havendo contraindicações do seu uso. A maioria é classificada pela FDA na categoria B, com exceção da mepivacaína e bupivacaína (categoria C). Embora tenham a capacidade de atravessar a barreira placentária, não estão relacionados a efeitos teratogênicos. A escolha do anestésico deve ser aquela que proporcione maior conforto para a gestante. Sempre que possível, as soluções anestésicas devem conter um vasoconstritor. (VASCONCELOS, et. al 2012; OLIVEIRA e HADDAD, 2018).

De acordo com o Protocolo da cidade de Londrina, as soluções anestésicas para uso em gestantes devem conter um agente vasoconstritor em sua composição, com objetivo de retardar a absorção do sal anestésico para corrente sanguínea que leva à diminuição da sua toxicidade e aumento do tempo de duração da anestesia. Por isso não indicamos o uso de anestésico sem vasoconstritor, pois sua absorção é rápida (30 minutos), sendo necessárias altas doses de anestésico e com isso a sua concentração será alta, tanto para a mãe como para o feto, além de causar estresse desnecessário devido as recorrentes reaplicações. Estudos demonstram que as gestantes têm sensibilidade aumentada à anestesia local e desta forma menores doses são necessárias para se alcançarem efeitos similares. Além disso, o tempo de latência parece ser menor e o de duração mais longo (LONDRINA, 2009).

Para Malamed (2013), existem várias ponderações para a escolha do tipo de anestésico bem como da substância vasoconstritora. A lidocaína é o anestésico mais apropriado para as gestantes. Outros tipos de anestésico como a prilocaína e a articaína não devem ser usadas porque podem levar a metemoglobinemia, prejudicando o transporte de oxigênio para os tecidos tanto da mãe como do feto. A

bupivacaína apresenta maior cardiotoxicidade e, em relação à mepivacaína, mais pesquisas devem ser realizadas já que seus riscos para o feto não são bem detalhados, portanto, seu uso é desaconselhado. O uso de anestésicos contendo felipressina também deve ser evitado, por se tratar de um vasoconstritor análogo a vasopressina que é um dos hormônios responsáveis pela contração uterina.

Na administração dos anestésicos locais, deve-se adotar como cuidado a injeção lenta da solução com aspiração prévia, para evitar injeção intravascular. Além disso, deve-se utilizar no máximo dois tubetes (3,6 ml) de anestésico por sessão de atendimento empregando a técnica anestésica adequadamente, de modo a evitar necessidade de repetições (VASCONCELOS, et. al 2012).

A realização de exames radiológicos ainda é um tema que causa grande angústia às gestantes. Aconselha-se evitar exposições desnecessárias. Embora não se tenha nada comprovado que o radiodiagnóstico, criteriosamente indicado e corretamente realizado, determine malefícios durante a gravidez ou em qualquer outra situação, radiografias só devem ser solicitadas quando absolutamente indispensáveis ao diagnóstico ou à orientação terapêutica (LONDRINA, 2009).

A primeira medida para evitar problemas é uma anamnese bem elaborada sobre a vida sexual da paciente, já que poucas mulheres têm consciência da gravidez nas primeiras oito semanas de gestação. Algumas outras medidas devem ser adotadas para evitar problemas de má formação como a utilização de filmes radiográficos ultrasensíveis, que permite menor tempo de exposição. Além disso, o cirurgião-dentista tem obrigação de promover a proteção adequada evitando radiografias de rotina, proteger o abdômen com o avental de chumbo, evitar erro de técnica, evitar ângulos direcionados ao abdômen e evitar repetições de tomadas radiográficas (VASCONCELOS et al., 2012).

A segurança de um meio complementar de diagnóstico utilizando raios x durante a gravidez está diretamente relacionada com a quantidade de radiação emitida e com período de gestação. Foi estimado que a dose que atinge o feto é cerca de 1/50.000 da dose recebida pela mãe. Uma única radiografia dentária expõe o paciente a cerca de 0,01 milirad de radiação, sendo esta dose 40 vezes menor que a dose de radiação cósmica recebida diariamente. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas afirma que uma exposição à radiação inferior a 5 rad não apresenta nenhuma associação com aborto espontâneo ou anomalias fetais,



referindo ainda que uma única radiografia, mesmo em fases iniciais da gravidez não traz qualquer efeito deletério para o feto (NASEEM et al., 2015; GRILO, 2016).

Assim, de acordo com Fagundes, Bavaresco e Faustino-Silva (2011), a radiação utilizada em radiografias dentárias é mínima e localizada, não atingindo o feto. O dentista só deve solicitar esse exame em casos indispensáveis sendo realizado com as devidas proteções com coleite de chumbo e protetor de tireoide.

Outros pontos que merecem destaque são a relação direta entre a higiene oral da mãe e a incidência de cárie na criança e a influência dos hábitos da mãe na formação dos dentes do bebê.

As bactérias cariogênicas são normalmente transmitidas pelas mães às crianças através da saliva, por hábitos do dia-a-dia como compartilhamento de talheres e contato direto nas mãos e rosto do bebê. Dentre os fatores que influenciam essa transmissão estão a concentração bacteriana na saliva materna, a frequência e eficácia da higiene oral e as condições relacionadas à criança. Assim, mães que possuem altos níveis de cárie dentária, são mais propensas a verem a sua cavidade oral colonizada por bactérias, como *Streptococcus mutans*, pondo os seus filhos em maior risco de adquirirem estas bactérias (GRILO, 2016).

Dessa forma, o controle das doenças orais em mulheres grávidas e o estímulo ao autocuidado em saúde bucal com a adoção de práticas de higiene e alimentação saudável têm o potencial de reduzir a transmissão de bactérias para os seus filhos e, conseqüentemente, o risco de cárie na infância.

Os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de gestação e os dentes permanentes, a partir do quinto mês de vida intrauterina. Dessa forma, a adoção de hábitos saudáveis por parte das mães também é fundamental para o desenvolvimento dos dentes do seu filho. Uma alimentação balanceada, constituída por diferentes grupos de alimentos (carnes, peixes, frutas, legumes e verduras, cereais, leite e derivados) vai promover uma boa dentição para o bebê. Condições desfavoráveis durante a gestação, como o uso de medicamentos, drogas lícitas e ilícitas, deficiências nutricionais, entre outras, podem acarretar em problemas para a dentição decídua e permanente da criança (OLIVEIRA e HADDAD, 2018; LONDRINA, 2009).

## 4 MÉTODOS

Na produção do conhecimento científico a utilização de métodos e técnicas eficazes é fundamental para se alcançar os objetivos da pesquisa.

Maconi e Lakatos (2003) entendem que a ciência está diretamente relacionada à sistematização de conhecimentos sobre os fenômenos estudados, considerando a definição de Trujillo Ferrari a mais precisa: "A ciência é todo um conjunto de atitudes e atividades racionais, dirigidas ao sistemático conhecimento com objeto limitado, capaz de ser submetido à verificação".

Segundo Chizzotti (2008), a pesquisa é um esforço durável de observações, reflexões, análises e sínteses para descobrir as forças e as possibilidades da natureza e da vida, e transformá-las em proveito da humanidade.

O pesquisador não deve, nem pode, se limitar apenas à obtenção de dados e à formulação de teorias, é imprescindível que a ampliação dos conhecimentos se dê como forma de prover benefícios para a sociedade.

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico com abordagem quantitativa. Esse modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito. São estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento (HOCHMAN et al. 2005).

De acordo com Prodanov e Freitas (2013), a abordagem quantitativa é empregada quando se busca descrever a complexidade de determinada hipótese ou de um problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou das atitudes dos indivíduos.

## 4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Secretaria Regional (SR) VI, município de Fortaleza/CE.

O município de Fortaleza está localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km<sup>2</sup> e uma população estimada em mais de dois milhões e quinhentos mil habitantes, mantendo Fortaleza como quinto maior contingente populacional do País. Tem uma densidade populacional de 8.373 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo considerada a maior densidade demográfica entre as capitais brasileiras. Está dividido em 119 bairros distribuídos nas 06 regiões administrativas denominadas de Secretarias Regionais (FORTALEZA, 2017).

Quanto à distribuição da população do município de Fortaleza, por faixa etária e por sexo, de acordo com a projeção para 2017, verifica-se que 1.229.974 (47,8%) são do sexo masculino e 1.397.508 (52,2%) são do sexo feminino. A estrutura etária da população é composta predominantemente por jovens e adultos, no entanto, há de se considerar a tendência de envelhecimento da população, seguindo tendência semelhante no Brasil, consequência do aumento da expectativa de vida associado à redução da taxa de crescimento populacional (FORTALEZA, 2017).

Visando uma melhor organização e planejamento municipal, com o objetivo de descentralizar a gestão, em 1997 a prefeitura de Fortaleza adotou o modelo administrativo das Secretarias Regionais. Assim, o município teve seu território dividido e seus bairros distribuídos em seis regiões administrativas e, posteriormente, a Secretaria Regional Centro foi agregada para cuidar especificamente do centro da cidade (BANDEIRA e LIMA, 2013).

A Secretaria Regional VI detém a maior extensão das unidades administrativas e tem uma população de 567.575 habitantes distribuída em 29 bairros: Aerolândia, Alto da Balança, Ancuri, Barroso, 3 Boa Vista, Cajazeiras, Cambeba, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Curió, Dias Macêdo, Edson Queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (Alagadiço Novo), Lagoa Redonda, Lagoa Sapiranga (Coité), Messejana, Palmeiras, Parque Dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Parque Santa Maria, Passaré, Paupina, Pedras, Sabiaguaba e São Bento. Na área desta Regional estão instaladas 28 UAPS (FORTALEZA, 2017).

Tem como finalidade identificar as necessidades e demandas peculiares à população de sua área de abrangência, delineando as regiões homogêneas e localizando os grupos ou segmentos da população e atender às suas necessidades. Também cabe ao órgão promover a articulação da rede de serviços públicos disponíveis para o cidadão de modo a potencializar seus resultados e impactos para a qualidade de vida da população e desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento de suas finalidades (FORTALEZA, 2019).

### 4.3 População da pesquisa

Para esse estudo, compuseram a população da pesquisa as gestantes que moram nas áreas adscritas às 29 UAPS da Secretaria Regional VI e que realizaram acompanhamento pré-natal nessas unidades de saúde.

Para o cálculo da população em estudo foi utilizado o relatório de gestantes cadastradas no sistema de prontuário eletrônico utilizado pela Prefeitura de Fortaleza nas UAPS – Fastmedic. De acordo com o relatório de 30 de julho de 2018, haviam 4.669 gestantes cadastradas.

A amostra do estudo (n) foi calculada a partir da fórmula indicada para o cálculo em estudos transversais de população finita (SANTOS, 2015).

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Onde:

n: tamanho da amostra

Z $\alpha$ : nível de significância em desvio padrão

P: prevalência do agravo em saúde

Q: complementar da prevalência (1-P)

E: erro amostral

Para o cálculo amostral do estudo foi considerado um nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e uma prevalência de 50% (p=50% q=50%), haja visto que esse valor proporciona obter um tamanho máximo de amostra.

Após os cálculos, a amostra necessária foi de 357 gestantes. A população da pesquisa foi estratificada por unidade de saúde, de modo a manter a

proporcionalidade do total de gestantes por unidade de saúde na amostra, de acordo com o Quadro 1.

**Quadro 1 - Amostra de gestantes por estratificação proporcional por unidade de saúde. Fastmedic, 2018**

<b>UAPS</b>	<b>População de Gestantes Identificadas N</b>	<b>Peso relativo N (%)</b>	<b>Amostra n</b>	<b>Peso relativo n (%)</b>
Alarico Leite	189	4,05	14	4,05
Anísio Teixeira	217	4,65	17	4,65
César Calls	122	2,61	9	2,61
Edilmar Norões	135	2,89	10	2,89
Edmar Fujita	79	1,69	6	1,69
Evandro Ayres	131	2,81	10	2,81
Galba de Araújo	198	4,24	15	4,24
Grasiela Barroso	199	4,26	15	4,26
Hélio Goes	151	3,23	12	3,23
Jangurussu	7	0,15	1	0,15
Janival de Almeida	211	4,52	16	4,52
João Hipólito	112	2,40	9	2,40
José Barros	143	3,06	11	3,06
Luis Franklin	117	2,51	9	2,51
Manoel Carlos	75	1,61	6	1,61
Marcus Aurélio	118	2,53	9	2,53
Maria de Lourdes	262	5,61	20	5,61
Mattos Dourado	175	3,75	13	3,75
Melo Jaborandi	284	6,08	22	6,08
Messejana	221	4,73	17	4,73
Monteiro de Moraes	152	3,26	12	3,26
Osmar Viana	107	2,29	8	2,29
Otoni Cardoso	184	3,94	14	3,94
Pedro Sampaio	202	4,33	15	4,33
Pompeu Vasconcelos	158	3,38	12	3,38
Sítio São João	100	2,14	8	2,14
Terezinha Parente	249	5,33	19	5,33
Vicentina Campos	76	1,63	6	1,63
Waldo Pessoa	295	6,32	22	6,32
<b>SR VI</b>	<b>4.669</b>	<b>100,00</b>	<b>357</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Os critérios de inclusão do estudo correspondem às gestantes que estiveram em acompanhamento pré-natal nas UAPS da Secretaria Regional VI.

Como critério de exclusão, as gestantes que, por algum motivo, não compareceram à consulta pré-natal no dia da realização da pesquisa, com data previamente agendada e as menores de idade que estavam desacompanhadas de um responsável para autorizar a participação na pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **4.4 Coleta e análise de dados**

Após autorização da SMS, foi realizado contato com os gestores locais e com as equipes de saúde da família para expor os propósitos da pesquisa e verificar os dias em que eram realizadas as consultas de pré-natal para realizar as visitas às unidades de saúde.

A coleta de dados se deu através da aplicação individual de um formulário semiestruturado (APÊNDICE A). O instrumento foi previamente testado em uma amostra de gestantes que realizaram pré-natal em uma UAPS não selecionada para a pesquisa.

A abordagem às gestantes ocorreu na sala de espera para as consultas e nos momentos dos grupos de gestantes, ocasião em que as usuárias foram convidadas a participarem do estudo, esclarecidas sobre o teor e os objetivos da pesquisa e sobre o formulário a ser aplicado.

Os dados obtidos foram estruturados no banco de dados do programa Microsoft Office Excel ® versão 2016 e analisados pelo software IBM® (International Business Machines) SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0.

Foram calculadas as medidas estatísticas descritivas das variáveis quantitativas, assim como as frequências absolutas e percentuais das variáveis qualitativas. Após, foi utilizada a estatística analítica bivariada no entrecruzamento das diversas variáveis.

Nessa análise, realizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas, considerando em todos os testes o nível de significância estatística de 5%. Para estimar a força de associação, foi calculado o Risco Relativo (RR) com intervalo de confiança de 95%.

#### **4.5 Considerações éticas**

Os princípios éticos fundamentais foram priorizados em todas as etapas da investigação: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade, em consonância com o que preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). Os riscos para o desenvolvimento desta pesquisa foram mínimos, pois a probabilidade e magnitude do dano ou desconforto previsto antecipadamente não foram maiores do que aqueles vivenciados no seu cotidiano.

Após anuência da SMS para realização do estudo no âmbito das UAPS (ANEXO A), o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará-UECE, no parecer de número 3.178.812 (ANEXO B).

As entrevistadas tiveram acesso a uma carta de apresentação, ocasião em que foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa sendo explicado à gestante que sua participação era de caráter voluntário, com sigilo das informações prestadas e a preservação do seu anonimato. Também foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa e responderam aos formulários as mulheres grávidas que estavam nas unidades de saúde por ocasião de consultas de pré-natal ou atividades educativas em grupos.

Após a coleta de dados das 357 gestantes que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, na tabela 1, a seguir, observam-se as características sociodemográficas das participantes.

**Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas das gestantes pesquisadas, Fortaleza, CE, 2019**

<b>Características</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>P75%</b>	<b>Valores Mín. – Máx.</b>
<b>Idade</b>				
15 a 19 anos	83	23,2		
20 a 24 anos	64	17,9		
25 a 29 anos	90	25,2		
30 a 34 anos	55	15,4		
35 a 39 anos	50	14,1		
40 a 44 anos	14	3,9		
≥ 45 anos	1	0,3		
<b>Semana gestacional É a primeira gestação?</b>			29	4 – 39
Sim	221	61,9		
Não	136	38,1		
<b>Grau de instrução</b>				
Não sabe ler	14	3,9		
Ensino fundamental incompleto	35	9,8		
Ensino fundamental	23	6,4		
Ensino médio incompleto	108	30,3		
Ensino médio	170	47,6		
Nível superior	7	2,0		
<b>Ocupação</b>				
Do lar	129	36,1		
Trabalha fora	128	35,9		
Estudante	100	28,0		

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Nota: f = frequência simples. % = frequência percentual. P75% = percentil de 75%. Mín. = mínimo. Máx. = máximo.

Do total de mulheres pesquisadas, foi observado um maior número de mulheres grávidas na fase adulta, 25 a 39 anos, 195 (54,7%) e no grupo de jovens



um total de 147 (41,2%) gestantes. Na primeira faixa etária, 15 a 19 anos, apenas uma gestante era menor de idade. De acordo com os critérios de exclusão da pesquisa, a ausência de um responsável legal para assinar o termo de consentimento e autorizar a participação da gestante menor de idade na pesquisa, inviabilizou uma maior participação dessa faixa etária na pesquisa.

Nos anos de 2017 e 2018, de acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, o maior número de partos de nascidos vivos na cidade de Fortaleza, foi de mulheres na fase adulta, 25 a 39 anos, 58,1% e 59,4%, respectivamente. O grupo de mães jovens correspondeu a 38,8% em 2017 e 37,3% em 2018 (CEARÁ, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), no Brasil, considera-se a idade reprodutiva entre 10 e 49 anos; e mulheres com características individuais favoráveis à gestação aquelas que se apresentam entre 15 e 35 anos de idade (BRASIL, 2016).

No estudo de Alves et al. (2013) que traçou o perfil de gestantes assistidas no pré-natal em uma unidade de saúde em relação à idade da população estudada, verificou-se uma média de 26 anos. No total de 88 mulheres, a idade mínima observada foi de 13 anos e a máxima de 46 anos. Desse total, 12 mulheres estão fora da idade favorável para a gestação, e todas se encontram em consonância com a fase reprodutiva referenciada pelo Ministério da Saúde.

Em pesquisa realizada em 2012 na atenção básica da cidade de Fortaleza/CE, pôde-se observar que a maioria das entrevistadas encontrava-se na faixa etária recomendada para gestar, ou seja, 20 a 34 anos (209; 67,5%), no entanto, vale ressaltar que a segunda faixa etária com maior porcentagem foi entre 13 e 19 anos (82; 26,5%), o que demonstra alto percentual de gestantes adolescentes, ultrapassando os 10% a 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (PEIXOTO, et al., 2012).

De acordo com o tempo da gestação, 75% das pesquisadas estavam com até 29 semanas de gravidez, sendo que a maioria foi de primigrávidas. Esta é uma característica importante, pois se sabe que as mães primigestas estão ávidas por todo tipo de informação referente aos cuidados relacionados com sua saúde e, principalmente, com a do bebê (BASTIANI et al., 2010).

De acordo com estudo de Mendes (2014), que avaliou condições de saúde bucal das gestantes na atenção primária, de 142 gestantes estudadas,

exatamente a metade eram primigestas e 107 (75,3%) estavam com idade gestacional de 24 semanas ou mais.

Em estudo realizado por Rocha (2013) que avaliou o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes, foi relatado que mulheres múltiparas tiveram escores mais elevados do impacto de saúde bucal na sua qualidade de vida do que as primigestas, sugerindo que o número de gestações pode ser um importante preditor para este impacto. Isto pode ser explicado porque durante a gestação, a mulher pode ter risco aumentado de doenças bucais, em função de modificações de hábitos como: maior ingestão de alimentos açucarados, menor número de escovações devido aumento de náuseas e vômitos e mudanças hormonais da gestação que aumentam a resposta a inflamação. Achados semelhantes foram observados em estudo realizado com gestantes e não gestantes que mostrou que o número de gravidez influenciou na percepção da saúde bucal na qualidade de vida.

A respeito da escolaridade, 170 (47,6%) gestantes possui o ensino médio completo, porém ainda temos uma parcela de 14 (3,9%) mulheres que afirmam não saber ler e 166 (46,5%) não concluíram o ensino médio. O nível de instrução é um fator que deve ser observado durante o acompanhamento pré-natal, pois pode influenciar na compreensão das informações fornecidas durante a consulta, inclusive sobre os hábitos de vida saudável, refletindo no cuidado com a família e com a gestação.

Em pesquisa realizada em Unidade Básica de Saúde no Rio Grande do Sul, foi observado que 34,1% gestantes possuem o Ensino Fundamental Incompleto e 21 (23,9%) possuem o Ensino Médio Incompleto, predominando, assim, a escolaridade incompleta. Isso corrobora a preocupação do MS sobre o risco obstétrico em gestantes que possuem baixo nível de escolaridade. Portanto torna-se necessário conhecer essas gestantes para que as equipes de saúde possam intervir efetivamente durante o processo gestacional (ALVES et al., 2013).

A ocupação é outro fator que foi pesquisado e revelou dados bastante próximos para as três categorias analisadas com uma pequena maioria de mulheres que são do lar 129 (36,1%). Destaca-se o componente de estudantes, 28%, uma vez que, praticamente, não foram incluídas menores de 18 anos na pesquisa.

Na pesquisa de Alves et al. (2013) também foi encontrado um maior número de mulheres do lar (40%). Por outro lado, em um estudo com 1.200

gestantes, Rós (2018) encontrou que apenas 115 (9,58%) delas eram estudantes, sendo que o maior número gestantes estava trabalhando 566 (47,17%).

As medidas de autocuidado, classificadas nesse estudo como os métodos, instrumentos e produtos utilizados, a frequência diária bem como os períodos em que ocorre a higiene bucal, foram questionados a fim de avaliar as medidas preventivas para evitar problemas orais, conforme apresentado na Tabela 2.

**Tabela 2 – Distribuição das características do hábito de higiene bucal das gestantes pesquisadas em relação ao autocuidado com a saúde bucal, Fortaleza, CE, 2019**

<b>Características</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>O que você usa para fazer a sua higiene bucal?</b>		
Escova de dente	355	99,4
Creme dental	355	99,4
Fio dental	23	6,4
Enxaguante bucal	10	2,8
Palito de dente	15	4,2
Outros	1	0,3
<b>Quantas vezes você higieniza sua boca por dia?</b>		
Nenhuma	2	0,6
01 vez	33	9,2
02 vezes	194	54,3
03 ou mais vezes	128	35,9
<b>Em quais períodos?</b>		
Assim que acorda	339	95,0
Depois do café	15	4,2
Depois do almoço	142	39,8
Depois da merenda	2	0,6
Depois do jantar	71	19,9
Antes de dormir	265	74,2

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Nota: f = frequência simples. % = frequência percentual.

A utilização da escova de dentes associada ao fio dental é a medida de prevenção mais popular e amplamente divulgada nos meios de comunicação, escolas e dentistas. Destacamos a baixa utilização de outros meios de higiene, especialmente o fio dental que não é um acessório e sim um item fundamental para

promover a limpeza entre os dentes, removendo a placa bacteriana do espaço proximal e evitando a inflamação gengival.

Uma gestante citou, como método alternativo, o uso de carvão como auxiliar na higiene. Destacamos que algumas práticas antigas ainda permanecem na cultura popular, bem como, atualmente, com a proliferação de *blogs* de internet e rede sociais com dicas de estética, alguns *influencers* têm recomendado esse produto como forma de clareamento dental. A literatura é restrita nesse assunto, o conhecimento prático nos remete a não aconselhar tais produtos uma vez que levam a um desgaste da estrutura dental e, a longo prazo, podem deixar os dentes vulneráveis e sensíveis.

Com relação à frequência de higienização, a maioria das gestantes indicou que escova os dentes duas vezes por dia, especialmente ao acordar e antes de dormir. Esses dados vão de encontro ao que convencionalmente é divulgado, que o ideal é a higienização após as principais refeições, no mínimo de três vezes por dia (FAGUNDES; BAVARESCO; FAUSTINO-SILVA, 2011).

A frequência de escovação adotada pela população pode variar, entretanto a frequência mais relatada em pesquisas usando questionários é três vezes ao dia. Alguns pesquisadores têm admitido que essa resposta é influenciada pela convenção social de que essa é a frequência recomendada. De fato, se o indicador não tem sua validade quantificada, as estimativas não são interpretadas com grande confiança (COLUSSI et al., 2011; SCABAR et al., 2016).

Em estudo de mensuração direta da frequência de escovação através da análise das escovas e uso do dentífrico, Scabar et al. (2016) apontam que a diferença obtida entre as medidas direta e indireta (resposta do participante ao questionário), quando se calculou a frequência de escovação para três vezes ou mais por dia, foi 18,5% menor, indicando uma superestimação da frequência de escovação estimada pela medida de três itens. Este resultado fortalece a hipótese de que a convenção social pode exercer importante influência na resposta dos entrevistados.

Para Moimaz et al. (2015), a escovação é o método mais popular e, talvez por isso, seja tão comum a resposta afirmativa sobre o uso e frequência dessa medida, entretanto a utilização do fio dental ainda não é uma realidade para a maioria das gestantes. As usuárias que relataram ser a visita ao cirurgião dentista, a principal medida para se evitar problemas bucais, revelam falta de conhecimento

sobre o processo saúde/doença e a terceirização da sua saúde bucal ao profissional de odontologia.

No que diz respeito aos hábitos de higiene oral, Rares et al. (2016) fez uma pesquisa com gestantes atendidas nos serviços público e privado onde foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os serviços estudados. As gestantes da clínica privada apresentaram melhor índice de higiene oral (42,7%) quando comparado as do serviço público (26,7%). Este dado relaciona-se diretamente com o conhecimento que as gestantes têm acerca da higiene oral. Mesmo as gestantes da clínica particular obtendo melhores resultados, os índices de higiene oral ainda são baixos.

Conforme relatado pela literatura, grande parte das pacientes da rede privada acredita que a falta de higiene oral pode causar problemas bucais, enquanto um percentual considerável da rede pública não soube relatar quais motivos podem causar os problemas bucais. Este achado pode estar relacionado com a condição socioeconômica e a possibilidade de acesso aos serviços médico-odontológico antes e durante a gestação, sendo então de grande valia a implantação de programas assistenciais que possam trazer benefícios para a mulher e ao seu futuro bebê, proporcionando-lhes melhores condições de saúde (SCAVUZZI et al, 2008).

Os métodos de prevenção e controle de doenças bucais, já se tornaram bastante conhecidos, porém, ainda existe a necessidade de diferentes abordagens dessas doenças junto às gestantes, fazendo-as entender seus fatores determinantes e a compreensão da saúde bucal como parte de um todo, o que pode reforçar o interesse no emprego de medidas preventivas e na procura pelos serviços odontológicos (CABRAL; SANTOS; MOREIRA, 2013).

Com relação aos conhecimentos das gestantes sobre saúde bucal e atendimento odontológico durante a gestação, as participantes responderam questões relacionadas a crenças e medos, fatores associados ao tratamento clínico odontológico, hábitos saudáveis e sobre a inserção e importância da odontologia no pré-natal, conforme apresentado na Tabela 3.

**Tabela 3 – Distribuição das características de conhecimento das gestantes pesquisadas sobre saúde bucal e atendimento odontológico na gravidez nas Unidades de Atenção Primárias à Saúde, Fortaleza-CE, 2019**

(continua)

<b>Características</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Você acha que deve cuidar mais dos dentes durante a gravidez?</b>		
Sim	125	35,0
Não	232	65,0
<b>Você acha que a gravidez causa cárie?</b>		
Sim	80	22,4
Não	277	77,6
<b>Você percebeu sangramento na gengiva durante a gravidez?</b>		
Sim	75	21,0
Não	282	79,0
<b>Você tem receio ou medo de realizar tratamento odontológico durante a gravidez?</b>		
Sim	27	7,5
Não	330	92,5
<b>Se positivo, por quê?</b>		
Pode prejudicar o bebê	5	18,5
Tenho medo da anestesia	8	29,6
Tenho medo de passar mal	3	11,1
Pode antecipar o parto	1	3,7
Tenho medo da dor	5	18,5
Não gosto do barulho do motor	2	7,4
<b>Você acha que o uso de anestesia dentária pode prejudicar o bebê?</b>		
Sim	76	21,3
Não	262	73,4
Depende do anestésico	19	5,3
<b>Você acha que pode realizar radiografias dos dentes mesmo estando grávida?</b>		
Sim	71	19,9
Não	271	75,9
Não sabe/não respondeu	15	4,2
<b>Você acha que o uso de algum medicamento ou uma alimentação inadequada pode causar danos aos dentes do bebê?</b>		
Sim	126	35,3
Não	216	60,5
Não sabe/não respondeu	15	4,2
<b>Você foi orientada a procurar o atendimento odontológico durante o pré-natal?</b>		
Sim	213	59,7
Não	144	40,3

(conclusão)

**Se sim, por qual profissional da equipe?**

Enfermeiro(a)	176	82,6
Médico(a)	15	7,0
Agente de Saúde	15	7,0
Outros profissionais	7	3,4

**Você considera importante ser acompanhada também pelo dentista durante o pré-natal?**

Sim	127	35,6
Não	230	64,4

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Nota:  $f$  = frequência simples. % = frequência percentual.

Com relação aos costumes e mitos que cercam o período gestacional, em especial, em relação à saúde bucal, a grande maioria das gestantes revelou que não acredita que a gravidez contribua para a ocorrência de cáries, 282 (77,6%) ou que seja necessário um cuidado especial com os dentes durante a gestação, 232 (65,0%).

Em contrapartida, no trabalho desenvolvido por Cabral, Santos e Moreira (2013), muitas gestantes relataram ser a cárie dentária uma ocorrência inerente à gravidez, uma vez que para elas “é porque os dentes ficam fracos” ou então “porque o nenê tira cálcio dos dentes da gente quando a gente tá grávida”. Além disto, algumas falas denotam a falta de conhecimento acerca do processo saúde/doença que ocorre na cavidade bucal: “Não tem jeito... já é a terceira barriga e toda vez que fico grávida meus dentes fica furado e quebra...”.

Do mesmo modo, em pesquisa de Bastiani et al. (2010), quase a metade das gestantes, 48,75%, acharam que era normal desenvolver cárie dentária durante o período gestacional, uma vez que muitas mães relacionaram que os dentes ficam mais fracos pela transmissão de minerais, como o cálcio, para os dentes do bebê (35%). Porém, na mesma pesquisa, os autores revelaram, em relação sobre a perda de dentes durante a gestação, que 72,5% da amostra entrevistada acreditava poder manter sua saúde bucal, sem perder nenhum dente, fazendo com que o mito “a cada gravidez se perde um dente” comece a perder validade entre as gestantes.

Nascimento et al. (2012) mencionam que, durante a gravidez, com muita frequência, a inflamação gengival, e, portanto, a severidade da gengivite, tende a se agravar, e muitas vezes se tornar mais perceptível frente à presença de irritantes locais. O sangramento gengival é uma das características recorrentes de maior percepção das gestantes com relação a alterações na normalidade da cavidade oral.

Na amostra estudada, apenas 75 (21%) das gestantes apontaram a ocorrência de sangramento gengival, o que diverge de outros estudos sobre o tema.

O sangramento na gengiva pode ser modificado pela elevação das taxas dos hormônios femininos, irritantes locais e certas bactérias orais. Moimaz et al. (2011) observaram que 40% das gestantes examinadas relataram terem observado alterações na gengiva durante a gravidez. Nascimento et al. (2012) constataram que, referente à identificação, por parte da gestante, de alterações bucais relacionadas com a gravidez a alteração de maior frequência, tanto nos atendimentos particulares/convênios quanto no SUS, foi o sangramento fácil. No trabalho desenvolvido por Diniz et al. (2018) com 72 gestantes, todas as participantes apresentaram algum índice de sangramento gengival, concluindo que as grávidas examinadas apresentaram baixa assistência odontológica, altos índices de sangramento gengival e de biofilme dental visível e a frequência diária de escovação dos dentes não influenciou alta prevalência dos índices de placa visível e gengival.

Rares et al. (2016) encontraram que a doença periodontal se mostrou presente tanto em gestantes atendidas no serviço público quanto na clínica privada, sendo o sangramento gengival (46,7%) a alteração mais frequente para ambos os grupos, seguido do cálculo dental (16%). Embora não tenha sido observada diferença significativa entre os serviços público e privado, verificou-se que as gestantes do segundo trimestre gestacional apresentaram maior percentual de sangramento gengival, quando comparadas aos demais semestres. Este achado pode ser explicado pelo fato de que no segundo trimestre há um aumento significativo da gengivite, devido ao aumento do número de bactérias aeróbias e anaeróbias, associado ao aumento nos níveis hormonais (REIS et al. 2010).

A partir da análise desses dados, torna-se possível sugerir que a doença periodontal afeta grande parte das gestantes. Embora alguns autores apontem uma possível relação entre a doença periodontal com o nascimento de baixo peso e prematuros, outros estudos, revelam que tal condição de maneira isolada não oferece riscos ao desenvolvimento dos fetos. No entanto, a higiene oral e a saúde periodontal devem ser mantidas sempre em boas condições, de modo a evitar possíveis agravos à saúde.

Sobre a realização do tratamento odontológico durante a gestação, 330 (92,5%) gestantes não relataram nenhum tipo de receio ou medo e, dentre as que



apresentaram algum temor, apenas 9 (2,52%) gestantes o relacionaram com possíveis prejuízos implicados à gravidez ou ao bebê.

Outros estudos revelam situações contrárias, para Garbin et al. (2011) além de crenças populares, o medo de sentir dor é uma barreira no atendimento odontológico. A dor interfere na qualidade de vida das pessoas e é regra principal que todo profissional deve estar preparado para resolver com êxito o atendimento às pacientes gestantes. De acordo com a pesquisa de Praetzel et al. (2010) a atenção e assistência à gestante, sobretudo na área odontológica, ainda representa um desafio, uma vez que o período de maternidade está associado a crenças e mitos não justificados não só por parte das gestantes, mas também de cirurgiões-dentistas e isso pode explicar o índice de apenas (41,33%) das mesmas de comparecerem ao consultório dentário.

Em outra pesquisa com gestantes com objetivo de analisar o nível de conhecimento sobre saúde bucal das gestantes, Gonçalves et al. (2015) verificaram que grande parte das gestantes, mesmo após sentir dor de dente, não procurou o serviço odontológico, sendo dentre os motivos o medo, medo de prejudicar o bebê e a gravidez. Enfatizaram que muitas grávidas ainda ignoram o valor de se ter uma boa saúde bucal durante a gestação demonstrando que ainda persistem a necessidade de orientação e educação em saúde bucal permitindo uma inclusão de novos hábitos e promoção de saúde.

Para 262 (73,4%) gestantes não há problema na utilização de anestésicos locais durante o atendimento odontológico, bem como, número semelhante de entrevistadas refere não ser viável a realização de radiografias odontológicas durante a gestação. As respostas se aproximaram das obtidas na pesquisa de Costa et al. (2012), onde 63% das mulheres não relataram medo de fazer uso de anestésico local e 64% manifestaram preocupação à possibilidade de serem exposta à radiação para diagnóstico odontológico.

Com relação ao uso dos anestésicos as respostas foram ao encontro do que preconiza a literatura disponível. O uso de anestésicos locais é necessário e seguro durante a gravidez, no entanto o dentista deve ter em atenção que na grávida, estes podem apresentar um início de ação mais rápido, assim como uma maior duração de ação. Assim, aquando da administração destes fármacos, o modo de administração e a dose são dois fatores a ter em conta (NASEEM et al., 2015; GRILO, 2016).

Nas pesquisas de Fabris et al. (2018) e Martins et al. (2013), os cirurgiões-dentistas relatam ser a lidocaína a solução anestésica mais utilizada por eles, chegando à condição de padrão ouro para o uso em gestantes, porém é a lidocaína a 2% associada ao vasoconstritor adrenalina a considerada mais segura solução anestésica para pacientes gestantes saudáveis, respeitando-se a dosagem adequada, já que com vasoconstritor a solução é absorvida mais lentamente, permite maior tempo de duração do efeito anestésico e conforto para a paciente.

Acreditamos a compreensão das gestantes de que a realização de raio x oferece riscos também está relacionada ao próprio comportamento de grande parte dos profissionais de odontologia. Na pesquisa realizada com dentistas por Martins et al. (2013), em relação aos métodos de diagnóstico, 54,7% dos profissionais realizam tomadas radiográficas e os que não realizam o procedimento (45,3%) justificaram sua posição por acreditarem que há risco de efeitos teratogênicos, por insegurança profissional e até mesmo pela recusa da paciente em realizar tal exame.

É necessário que os profissionais das ESB se dediquem na transmissão de informações corretas às pacientes. Tomadas radiográficas em odontologia devem ser realizadas com critério e de acordo com normas padronizadas para medidas de proteção, como: uso de filmes ultrarrápidos, proteção da paciente com avental e protetor cervical de chumbo, não posicionar a ampola em direção ao abdômen e evitar radiografias desnecessárias e repetições por erro de técnica (NASEEM et al., 2015; GRILO, 2016).

Para 216 (60,5%) gestantes os hábitos alimentares ou uso de medicamentos inadequados não influenciam negativamente na formação dos dentes do bebê.

Os defeitos de desenvolvimento do esmalte dentário (DDE) são uma anomalia da estrutura do esmalte resultando em um esmalte defeituoso, podendo estar relacionadas às intercorrências nutricionais durante a gestação (deficiência de vitaminas A, C e D, cálcio e fósforo), afetando não só a arquitetura celular da matriz orgânica, como o processo de mineralização e maturação durante o processo de formação do esmalte dentário. Isso compromete não só a saúde bucal, já que essas superfícies estão propensas a um acúmulo maior de placa, mas também a estética, trazendo inclusive problemas comportamentais para essas crianças (PINHO et al., 2011; GUEDES-PINTO, 2016).

De acordo com a pesquisa de Collodel et al. (2015) que analisou a prevalência de defeitos de esmalte na dentição decídua adquiridos no período gestacional, houve a prevalência de 20,6% de alterações em esmalte de dentes decíduos, sugerindo que as complicações sistêmicas e o uso de certas medicações durante o período gestacional podem ter relação com a formação desses dentes e o aparecimento de opacidades e hipoplasias em incisivos.

Em uma amostra de 205 crianças entre 12 e 60 meses pesquisada por Pinho et al. (2011) a prevalência de DDE na população estudada foi de 16%, determinando uma alta prevalência de DDE adquiridos na vida intrauterina. Uma possível explicação para a influência dos problemas gestacionais na amelogênese é que a deficiência crônica de vitaminas, particularmente da vitamina D, é a causa mais comum dos defeitos de esmalte.

Já com relação ao uso de medicamentos, estes devem ser usados somente com orientação de profissional médico ou dentista, uma vez que podem interferir no processo de formação do bebê. Um exemplo bastante apresentado na literatura é o uso de tetraciclina durante a gestação, pois atravessam com facilidade a placenta e são depositadas nos ossos e dentes durante os períodos de calcificação ativa, podendo provocar efeitos indesejáveis sobre a formação óssea e dentária do feto, causando malformações no esmalte dentário, alterando a sua coloração e podendo causar retardo do crescimento ósseo (FAGUNDES, BAVARESCO e FAUSTINO-SILVA, 2011).

Diante dos dados analisados, percebe-se uma carência de ações de promoção de saúde bucal a fim de ampliar a escuta às gestantes, estender as discussões sobre suas preocupações e anseios, fomentar a troca de conhecimentos, estreitando a distância entre o profissional e a paciente no intuito de fortalecer relações positivas entre gravidez e atenção em saúde bucal.

Quando questionadas se já foram orientadas a procurar o atendimento odontológico durante o pré-natal, a maioria das gestantes informou que sim, sendo o profissional enfermeiro o responsável por 82,6% desse encaminhamento. Porém, 230 (64,4%) das gestantes não consideraram importante serem acompanhadas também pelo dentista durante o pré-natal.

Diferente dos dados coletados, na pesquisa de Bastiani et al. (2010) a grande maioria das entrevistadas (90%) considerou importante a visita ao dentista durante a gestação, sendo que os principais motivos relatados visaram somente à

prevenção (46%), à prevenção e ao tratamento curativo (21%) e apenas ao tratamento curativo (23%). Mais da metade das gestantes (68,75%) acreditava que poderiam receber tratamento odontológico preventivo ou curativo sem riscos para o bebê. Estes resultados demonstram que as gestantes estudadas reconhecem a importância e a necessidade do atendimento odontológico.

Em estudo realizado por Farias (2017) com gestantes em unidades básicas de saúde, quando perguntado se as mulheres receberam as devidas orientações a fim de procurarem um cirurgião-dentista durante o período pré-natal, e de onde surgiu tal orientação, 78% afirmaram terem sido devidamente orientadas, enquanto 22% não. Tais informações foram proporcionadas principalmente pelos enfermeiros, onde 70% relataram tal assistência por estes profissionais, seguido pelos médicos em 30%.

Livramento et al. (2019) em pesquisa sobre as percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde, relatam que a maioria das gestantes entrevistadas consideraram de significativa importância o profissional de enfermagem na sua atenção pré-natal. No mesmo estudo, também mencionam que a maioria das gestantes teve mais consultas com profissionais enfermeiros do que com médicos, destacam que a ESF proporciona maior autonomia ao profissional enfermeiro e, além disso, existem os casos de ausência do médico na unidade por afastamentos ou férias. Neste estudo o profissional enfermeiro ganha destaque na preferência das gestantes nas consultas de pré-natal por julgarem este profissional mais humanizado e que permitiu às gestantes compreender e expressar os diversos sentimentos vivenciados.

De acordo com os dados, ainda é elevado o percentual de gestantes (40,3%) que afirma não ter sido recomendada a avaliação do dentista como parte da assistência à mulher grávida nas unidades de saúde. Embora existam normatizações e manuais técnicos que priorizam o atendimento odontológico à gestante, a integração entre as equipes ainda precisa ser melhor trabalhada de modo a garantir o atendimento integral durante o pré-natal, considerando as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. A realização de atividades educativas e a integração das ESB nessas ações é a melhor estratégia para ampliar a discussão sobre o tema. A articulação entre as equipes deve garantir a primeira consulta odontológica à gestante logo que se inicia o cuidado pré-natal, de modo a favorecer a condição de saúde bucal da mulher para melhorar não somente a sua

saúde geral, mas contribuir, também, para o cuidado e saúde do bebê (FORTALEZA, 2016a; BRASIL, 2018).

No trabalho de Ramalho (2016), apenas 15% das gestantes afirmaram ter participado de atividades coletivas de educação em saúde em um grupo mensal de gestantes na UAPS, que tem como atividades rodas de conversas, dinâmicas e orientações para as gestantes. Neste sentido, tem-se um dado insatisfatório em que o restante (85%) afirmou não participar de alguma atividade educativa para gestantes.

Livramento et al. (2019) identificaram que quanto à presença em grupos de gestantes, infelizmente, a participação nesses grupos parece ainda não ter o alcance esperado, o que decorre aparentemente pelo mesmo motivo, a não realização desses grupos pelos Centros de Saúde (unidades básicas de saúde). Nesta pesquisa, apenas três gestantes tiveram acesso ao grupo de gestantes ofertados nos referidos Centros de Saúde. Nos demais o grupo não era ofertado. E sabe-se que atualmente existem apenas seis grupos de gestantes atuantes nos 50 Centros de Saúde existentes no município (LIVRAMENTO, et al. 2019)

A falta de adesão aos grupos de gestantes pode ser atribuída também à maior valorização por parte dos profissionais de saúde e das próprias gestantes às questões objetivas, como consultas e exames, voltadas ao modelo tecnocrático de atenção, em detrimento às atividades educativas que são tecnologias leves e de baixo custo e mais voltadas às questões técnicas e subjetivas. Entretanto, as atividades educativas precisam ser valorizadas pois ajudam a orientar melhor a mulher durante o pré-natal para que ela possa viver o parto de forma positiva, ter menores riscos de complicações no puerpério e maior sucesso no cuidado ao recém-nascido e na amamentação (GONÇALVES, et al., 2018).

As atividades de educação em saúde durante o pré-natal são estratégias indicadas, pois sinalizam melhoria da assistência. Santos Neto et al. (2012) observaram que a realização de seis ou mais consultas de pré-natal, associadas às atividades educativas, estiveram fortemente relacionadas com uma assistência odontológica adequada, em que o acesso a serviços odontológicos foi facilitado. O que é corroborado por Trevisan e Pinto (2013), que ressaltaram a necessidade do trabalho de educação em saúde no pré-natal por toda a equipe, que alega desconhecimento da importância da saúde bucal por parte das gestantes.

Costa et al. (2015), em seu estudo com 209 gestantes na cidade de Fortaleza-CE relatam que apenas 33% das entrevistadas disseram ter recebido orientação de médicos e enfermeiras sobre saúde bucal. Isso remete a reflexões de que outros fatores como o processo de trabalho em equipe, a melhor organização e a articulação dos serviços de saúde e dos profissionais, possam influenciar em resultados positivos para um pré-natal integrado, em que a atenção à saúde bucal da gestante tenha seu espaço preservado e provoque impacto na saúde da mulher e dos filhos.

Marqui et al. (2010) fizeram uma pesquisa com o objetivo de conhecer as características das equipes da Estratégia de Saúde da Família identificando suas dificuldades no processo de trabalho. São relatadas dificuldades como: falta de planejamento dos membros para o trabalho coletivo, falta de sensibilização e interação das pessoas para o trabalho em equipe, individualização do trabalho, caracterizando uma compartimentalização das atividades, dificuldade no fluxo de informações, entre outras.

Ressaltamos o desafio que é a realização do trabalho em saúde com o foco da atuação no cuidado, na escuta qualificada, no vínculo pessoal entre equipe e comunidade, na corresponsabilidade do processo saúde-doença, com o propósito de estimular a população ao autocuidado e a atender às suas demandas dentro das possibilidades que o sistema oferece. Diante das dificuldades em pensar o trabalho multidisciplinar nas UAPS de forma integrada também salientamos a necessidade de valorização dos profissionais, de uma efetiva política de educação permanente que permita não somente a qualificação técnica, mas garanta aos profissionais momentos de discussão e reflexão a respeito dos próprios processos de trabalho e das atribuições das equipes a fim de estabelecer competências e torná-las condutas de rotina.

Deve-se pensar a produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades desse labor que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes. O trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes. Some-se ainda as exigências contemporâneas de uma incessante e rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias e do desenvolvimento contínuo de habilidades comunicacionais e de manejo de informações (HENNINGTON, 2008).

A qualificação profissional é fundamental para o aprendizado dos profissionais e aperfeiçoamento dos serviços de saúde e também para as relações sociais estabelecidas inter e intra-equipes e com os usuários, o que proporcionaria uma melhora na qualidade da assistência prestada. Outra dificuldade a ser relacionada é a falta de perfil dos trabalhadores para atuar nas equipes da ESF, expressa sob a forma de falta de comprometimento dos mesmos e conseqüentemente, não resolutividade das ações em saúde. O trabalho desses profissionais na ESF exige que estes sejam capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade. A falta de perfil influencia negativamente na mudança do modelo assistencial de saúde proposto pela ESF (MERQUI et al, 2010).

Em momentos de reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde, as reuniões de avaliação das equipes de saúde são o termômetro de como o trabalho está sendo desenvolvido; são também a oportunidade de discutir e encontrar apoio quando as dificuldades, as limitações de cada um e da equipe se apresentam, fortalecendo a unidade entre os profissionais. Os resultados positivos serão o estímulo para se alavancar novos projetos. A riqueza desses momentos é incomensurável. A experiência dos profissionais é um fator de influência nos processos de trabalho nas equipes de saúde da ESF pela possibilidade de ser um condicionante positivo ou negativo no desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de saúde, tanto quanto é o nível de conhecimentos, a capacidade e a habilidade de cada profissional sobre o desenvolvimento das atividades a serem exercidas no coletivo de uma UAPS (GOMES, 2015).

Na Tabela 4 são apresentados os dados sobre o atendimento clínico odontológico, as dificuldades para o acesso, a possibilidade de ter o tratamento concluído bem como uma avaliação desse atendimento.

**Tabela 4 – Distribuição dos fatores que interferem no acesso ao tratamento odontológico durante a gravidez, Fortaleza, CE, 2019**

<b>Características</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Já foi atendida pelo dentista durante esta gestação?</b>		
Sim	175	49,0
Não	182	51,0
<b>Se sim, qual foi o tempo para agendamento da consulta?</b>		
Até uma semana	10	5,7
De uma semana a 15 dias	15	8,6
De 15 dias a um mês	131	74,9
Mais de um mês	19	10,8
<b>Se não, por que?</b>		
Não ter interesse	89	48,9
Não ter vaga	43	23,7
Ninguém encaminhou	11	6,1
<i>Clínica Privada/Plano</i>	11	6,1
Área descoberta	8	4,4
Não tem dentista	5	2,7
Tem receio/medo	5	2,7
Consultório quebrado / sem material	4	2,2
Não sabia que era necessário	3	1,6
Atendimento demorado	2	1,1
Dentista de férias	1	0,5
<b>Houve facilidade para a marcação da consulta?</b>		
Sim	52	15,0
Não	159	46,0
Não procurou	135	39,0
<b>Foi agendada para uma consulta de retorno?</b>		
Sim	159	90,8
Não	16	9,2
<b>Gostaria de realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação?</b>		
Sim	131	37,9
Não	215	62,1
<b>Como você avalia o atendimento odontológico à gestante?</b>		
Não foi atendida	171	49,4
Ruim	2	0,6
Regular	80	22,8
Bom	86	24,3
Ótimo	10	2,9

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Nota: f = frequência simples. % = frequência percentual.

O atendimento odontológico às gestantes ainda é uma barreira que precisa ser trabalhada nas unidades de saúde, 182 (51%) pesquisadas relataram



que ainda não foram atendidas pelo dentista durante a gestação, citando dentre os principais motivos do não atendimento o desinteresse no atendimento e a ausência de vagas para agendamento, correspondendo a 89 (48,9%) e 43 (23,7%) das gestantes que não foram atendidas, respectivamente. O tempo médio de agendamento da consulta para as mulheres que foram atendidas foi de 15 dias a um mês e, dentre todas as pesquisadas, somente 52 (15%) relataram ter tido facilidade para a marcação da consulta odontológica. Ressaltamos que, como o campo da pesquisa é a APS, as gestantes que foram atendidas em serviço privado, foram contempladas como não tendo sido atendidas pelo dentista da ESF.

Podemos perceber um distanciamento de parte das gestantes pelo atendimento odontológico o que corrobora com a pesquisa de Ramalho (2016) que obteve um quantitativo de 38,5% das gestantes, que mesmo percebendo alterações na cavidade bucal na gestação, não buscaram o serviço e alegaram motivos, como o medo, insegurança e falta de informação de que poderia realizar tratamento nesta fase. Discurso semelhante também foi constatado por Praetzel et al. (2010), em que, embora todas gestantes de seu estudo considerassem importante cuidar da saúde bucal durante este período, somente 41,33% procuram o serviço odontológico.

Dados semelhantes foram obtidos por Bastiani et al. (2010), em que os resultados demonstram que as gestantes estudadas reconhecem a importância e a necessidade do atendimento odontológico, mas apenas 40% procuraram o dentista durante a gestação. Dentre as que não procuraram atendimento odontológico alegaram não precisar (48%), falta de recurso financeiro (25%); falta de tempo (10%), dentre outros motivos (17%). Todavia, muitas dessas mulheres haviam indicado a necessidade do tratamento preventivo.

Em estudo com dados nacionais do PMAQ-AB, primeiro e segundo ciclos, Gonçalves et al. (2018b) demonstraram que a prevalência de utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal no período de 2011 a 2012 foi de 45,9%, elevando-se para 51,9% no período de 2013 a 2014, porém, embora tenhamos nítidos avanços, esse resultado ainda é baixo se pensarmos que, já em 2010, o número de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal era de 60% e que em 2014 elevou-se para 64%.

Esses dados, embora estando distantes do esperado, ainda são mais favoráveis que os obtidos por Nobrega et al. (2016) onde destacam que mesmo a metade das gestantes tendo afirmado terem recebido orientações sobre como cuidar

de sua saúde bucal e do futuro bebê, apenas 20% das entrevistadas relatou tratar seus dentes e visitar periodicamente o cirurgião-dentista. Consideraram que a população estudada possui carência de informações sobre saúde bucal e que medidas de educação em saúde devem ser instituídas.

Além de verificar o acesso, outras duas questões avaliaram a resolubilidade da atenção odontológica na ESF e o interesse das gestantes em ter o seu tratamento odontológico finalizado. Nesses quesitos, podemos destacar que mais de 90% das gestantes atendidas tiveram o agendamento de uma consulta de retorno o que indica a realização de um plano de tratamento e a garantia de retorno em busca do tratamento concluído. Por outro lado, ainda é baixo o interesse das pacientes em restabelecer a sua saúde bucal durante a gestação, onde somente 131 (37,9%) das pesquisadas demonstrou esse desejo.

De acordo com o Ministério da Saúde, a relação entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas permite avaliar se a equipe mantém uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, em que medida a equipe está concluindo os tratamentos iniciados. Todo serviço de saúde deve estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência. Para isso, os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da atenção básica, tanto nas atividades educativas em grupo como no acompanhamento de pré-natal (BRASIL, 2015).

Os fatores que interferem no acesso e adesão das gestantes ao tratamento odontológico foram estudados em uma revisão de literatura por Trevisan e Pinto (2013) sendo destacado que a atenção odontológica no período da gestação é limitada, tanto no sentido da oferta (poucos serviços especializados, poucas vagas) como pelo pouco estímulo ao tratamento por parte dos profissionais médicos e dentistas. 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. Isso interfere de maneira negativa na oferta e na qualidade da assistência bucal prestada à gestante.

Sobre como avaliam o atendimento odontológico, a exceção das gestantes que não foram atendidas, o serviço foi avaliado como bom para 84 (24,3%) e regular para 79 (22,8%) das pesquisadas. Destacamos que com essa pergunta e os dados apresentados não se pretendeu realizar uma avaliação em

saúde, mas sim permitir que as pacientes pudessem expressar a sua satisfação com o atendimento a que foram submetidas.

Em pesquisa realizada por Moimaz et al. (2009) com 75 gestantes com o objetivo de avaliar sob a ótica do usuário a qualidade da atenção odontológica à gestante, 90,7% das pesquisadas classificou como ótima a qualidade do atendimento.

Satisfação do usuário, de modo amplo, tem sido definida como uma noção que remete à avaliação do cuidado recebido, considerando como seus determinantes especialmente a expectativa do paciente e sua experiência prévia com serviços similares. Embora seja usada como sinônimo de qualidade do serviço, há estudos que problematizam essa conexão. Alguns autores sugerem que a satisfação deve ser utilizada como indicador da qualidade percebida dos serviços de saúde, o que é em si uma construção conceitualmente distinta da qualidade do cuidado. A relutância de usuários em expressar opiniões negativas, ou o viés da gratidão, tem sido descrita como explicação para a alta satisfação. Normas de cortesia, como obrigações sociais em mostrar respeito à autoridade (aos profissionais de saúde e ao pesquisador) ou entender a crítica como comentário que demonstra inconveniência social podem estar associados ao padrão positivo das respostas de satisfação (ESPERIDIÃO; VIERA-DA-SILVA, 2018; MISHIMA et al., 2016).

Foram realizados testes estatísticos do  $X^2$  (Qui-quadrado) de Independência a fim de verificar as categorias que estão associadas à pergunta de desfecho que avalia o acesso a partir do questionamento se a mulher já foi atendida pelo dentista durante essa gestação e as variáveis relacionadas. As categorias que apresentaram significância estatística ( $p < 0,05$ ) estão destacadas em negrito conforme apresentado na tabela 5.

**Tabela 5 – Análise bivariada das variáveis ocupação, orientação a procurar o atendimento odontológico, facilidade para marcação da consulta das gestantes (n=357) com ela ter sido atendida pelo dentista durante esta gestação. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019**

(continua)

	Já foi atendida pelo dentista durante esta gestação?		p-valor	RR (IC 95%)	
	Sim f (%)	Não f (%)			
<b>É a primeira gestação?</b>					
	Sim	114 (51,6)	107 (48,4)	0,217 <sup>1</sup>	1,310 (0,853 – 2,011)
	Não	61 (44,9)	75 (55,1)		
<b>Ocupação</b>				<b>0,007<sup>2</sup></b>	a
	Do lar	46 (35,7)	83 (64,3)		
	Trabalha fora	77 (60,2)	51 (39,8)		
	Estudante	52 (52,0)	48 (48,0)		
<b>Você acha que deve cuidar mais dos dentes durante a gravidez?</b>					
	Sim	58 (46,4)	67 (53,6)	0,467 <sup>1</sup>	0,851 (0,550 – 1,315)
	Não	117 (50,4)	115 (49,6)		
<b>Você acha que a gravidez causa cárie?</b>					
	Sim	46 (57,5)	34 (42,5)	0,085 <sup>1</sup>	1,552 (0,939 – 2,565)
	Não	129 (46,6)	148 (53,4)		
<b>Você percebeu sangramento na gengiva durante a gravidez?</b>					
	Sim	38 (50,7)	37 (49,3)	0,748 <sup>1</sup>	1,087 (0,653 – 1,809)
	Não	137 (48,6)	145 (51,4)		
<b>Você tem receio ou medo de realizar tratamento odontológico durante a gravidez?</b>					
	Sim	9 (33,3)	18 (66,7)	0,064 <sup>2</sup>	a

					(conclusão)
<b>Você acha que pode realizar radiografias dos dentes mesmo estando grávida?</b>	Não	165 (50,2)	164 (49,8)		
	Sim	28 (39,4)	43 (60,6)		
	Não	138 (50,9)	133 (49,1)	0,055 <sup>2</sup>	a
Não sabe / Não respondeu		9 (60,0)	6 (40,0)		
<b>Você acha que o uso de algum medicamento ou uma alimentação inadequada pode causar danos aos dentes do bebê?</b>	Sim	69 (54,8)	57 (45,2)		
	Não	101 (46,8)	115 (53,2)	0,063 <sup>2</sup>	a
	Não sabe / Não respondeu		5 (33,3)	10 (66,7)	
<b>Você foi orientada a procurar o atendimento odontológico durante o pré-natal?</b>	Sim	158 (74,2)	55 (25,8)	< 0,0001 <sup>1</sup>	6,283 (3,993 – 9,888)*
	Não	17 (11,8)	127 (88,2)		
<b>Você considera importante ser acompanhada também pelo dentista durante o pré-natal?</b>	Sim	65 (51,2)	62 (48,8)	0,544 <sup>1</sup>	1,144 (0,741 – 1,764)
	Não	110 (47,8)	120 (52,2)		
<b>Houve facilidade para a marcação da consulta?</b>	Sim	52 (100,0)	-	< 0,0001 <sup>2</sup>	a
	Não	122 (76,7)	37 (23,3)		
	Não procurou		-		
<b>Gostaria de realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação?</b>	Sim	69 (52,7)	62 (47,3)	0,543 <sup>1</sup>	1,144 (0,741 – 1,768)
	Não	106 (49,3)	109 (50,7)		

Fonte: Elaborado pelo Autor.

RR: Risco relativo. IC 95%: Intervalo de confiança a 95%. f: frequência simples. %: frequência percentual. 1: p-valor para o teste qui-quadrado de Pearson. 2: p-valor do teste de Associação Linear por Linear. a: Não foi possível calcular as estatísticas de Estimativa e Risco. \*: Para grupo Já foi atendida pelo dentista durante esta gestação? = Sim

O teste de qui-quadrado de independência através da associação linear por linear mostrou que existe associação entre ocupação da gestante e ela já ter sido atendida pelo dentista durante esta gestação [ $X^2(1) = 7,195$ ;  $p = 0,007$ ]. De acordo com o teste, o fator ocupação da gestante interfere no fato de a mulher ser atendida no consultório odontológico durante o pré-natal. As usuárias que são do lar tiveram um menor percentual de atendimento se comparadas às que referiram estarem exercendo alguma atividade fora de casa.

Estes dados corroboram com a pesquisa de Gonçalves et al. (2018b) onde foi concluído haver uma diferença significativa, sendo esta, uma maior prevalência de utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal para quem ganha entre um e dois salários mínimos em detrimento das gestantes que relataram renda de até um salário mínimo.

A análise também apontou uma relação estreita entre o atendimento odontológico e a orientação por parte dos demais profissionais da equipe quanto à necessidade de acompanhamento pelos profissionais da odontologia durante o pré-natal. O teste de qui-quadrado de independência mostrou que existe associação entre ser orientada a procurar o atendimento odontológico durante o pré-natal e ela já ter sido atendida pelo dentista durante esta gestação. [ $X^2(1) = 133,749$ ;  $p < 0,0001$ ]. Os dados apontam uma situação peculiar em que aproximadamente um quarto das gestantes que mesmo tendo sido orientadas não realizaram o atendimento. Outro fator que leva ao não acompanhamento odontológico no pré-natal é a dificuldade no agendamento da consulta.

Para modificar tal realidade, a APS, em uma de suas estratégias, deve organizar o seu processo de trabalho a fim de que possa integrar as ações programáticas e espontâneas, ou seja, programar e implementar atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças e a priorização de solução dos problemas e situações de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016).

A priorização de grupos para atendimento programático é um desafio para as ESB, pois o universo de atenção à saúde bucal é constituído de toda população da área de abrangência da ESF. Além do atendimento à demanda programada, as ESB devem ser organizadas de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas na população. A organização do processo de trabalho dos grupos prioritários para o atendimento são experiências

que devem ser vivenciadas em cada território, devendo a forma de acesso ser definida de acordo com cada realidade (MARTINS; AGUIAR, 2011).

A relação entre os profissionais nas equipes deve intensificar a importância do cuidado odontológico durante o pré-natal. A transformação da prática perpassa por todos os profissionais da unidade. Mudanças nos processos de trabalho, a partir da comunicação e interação entre os profissionais, devem levar à novas práticas e à adoção de fluxos internos permitindo que as atenções e responsabilidades do pré-natal não fiquem concentradas apenas nos profissionais enfermeiro e médico.

Na atualidade há um consenso em torno do ‘trabalho em equipe’ no setor saúde, porém ainda persiste e predomina uma noção de equipe que se restringe à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que configura dificuldades para a prática das equipes, visto que a equipe precisa de integração para buscar assegurar a integralidade da atenção à saúde (PEDUZZI, 2008).

Peduzzi (2001) conceitua ‘trabalho em equipe’ multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação.

O debate em torno do processo de trabalho tem-se mostrado extremamente importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e, fundamentalmente, de sua potência transformadora, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho. Verifica-se que, no modelo médico-hegemônico, a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico. No entanto, observa-se que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Isso se faz, sobretudo, reestruturando os processos de trabalho e potencializando o ‘trabalho vivo em ato’ e a valise das relações, como fontes de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde (MERHY; FRANCO, 2006).

Na Tabela 6, são apresentadas as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento odontológico.

**Tabela 6 – Análise bivariada das variáveis primeira gestação, ocupação, acha que deve cuidar mais dos dentes durante a gravidez, considera importante ser acompanhada pelo dentista durante o pré-natal das gestantes (n=357) com relação ao desejo de realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2019**

		Gostaria de realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação?		p-valor	RR (IC 95%)
		Sim f (%)	Não f (%)		
<b>É a primeira gestação?</b>					
	Sim	68 (31,8)	146 (68,2)	<b>0,003<sup>1</sup></b>	0,510 (0,326 – 0,797)
	Não	63 (47,7)	69 (52,3)		
<b>Ocupação</b>					
	Do lar	57 (45,2)	69 (54,8)	<b>0,006<sup>2</sup></b>	a
	Trabalha fora	47 (38,8)	74 (61,2)		
	Estudante	27 (27,3)	72 (72,7)		
<b>Você acha que deve cuidar mais dos dentes durante a gravidez?</b>					
	Sim	94 (79,7)	24 (20,3)	<b>&lt; 0,0001<sup>1</sup></b>	4,909 (3,605 – 6,684)*
	Não	37 (16,2)	191 (83,8)		
<b>Você considera importante ser acompanhada também pelo dentista durante o pré-natal?</b>					
	Sim	105 (87,5)	15 (12,5)	<b>&lt; 0,0001<sup>1</sup></b>	7,606 (5,265 – 10,988)*
	Não	26 (11,5)	200 (88,5)		

Fonte: Elaborado pelo Autor.

RR: Risco relativo. IC 95%: Intervalo de confiança a 95%. f: frequência simples. %: frequência percentual. 1: p-valor para o teste qui-quadrado de Pearson. 2: p-valor do teste de Associação Linear por Linear. a: Não foi possível calcular as estatísticas de Estimativa e Risco. \*: Para grupo Gostaria de realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação? = Sim



O teste de qui-quadrado de independência mostrou que existe associação entre a primeira gestação e ela realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação [ $X^2(1) = 8,830$ ;  $p = 0,003$ ], bem como, também existe relação entre ocupação da gestante e o desejo de concluir o tratamento durante à gestação [ $X^2(1) = 7,438$ ;  $p = 0,006$ ].

Considerando o total de mulheres pesquisadas, a maioria não tem interesse em concluir o tratamento odontológico, porém, dentre as que gostariam de concluir o plano terapêutico, o percentual de mulheres multigestas (47,7%) foi maior que o de primigestas (31,8%). No tocante à ocupação, observou-se que o mais baixo percentual de gestantes que não têm interesse na conclusão do tratamento está entre as estudantes (72,7%).

O teste de Mann-Whitney mostrou que realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação tem efeito sobre a idade ( $p = 0,016$ ) e semana gestacional ( $p = 0,007$ ). A idade e as semanas de gestação interferem na adesão, de forma que, quanto maior a idade e o desenvolvimento da gestação, maior o interesse em concluir o tratamento odontológico durante o período pré-natal.

No estudo realizado por Gonçalves (2018), houve uma prevalência maior de utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal entre gestantes com mais de 30 anos. Este dado é importante, pois observa-se uma qualificação a assistência pré-natal destas mulheres que precisam realmente de uma atenção diferenciada, uma vez que, no Brasil, observa-se que a gestação tardia é um fenômeno que tende a crescer, visto que houve um aumento de 7,2% em um período de 2006 a 2010. As gestantes tardias, muitas vezes não são primigestas e acumulam riscos tanto pela idade, quanto pelo somatório de riscos que possuem um impacto grande no processo de morbimortalidade. Porém, também, cabe um alerta no que se refere à idade, uma vez que gestantes tardias tendem a ter mais acesso à informação, através de experiências anteriores de gestação e puerpério e pela própria experiência de vida, no entanto, muitas gestantes mais jovens, com igual necessidade, podem evitar utilizar serviços de saúde bucal devido a medos gerados por mitos e por desconhecimento quanto aos benefícios e não malefícios do cuidado odontológico durante o período gestacional.

Ao analisarmos a relação da adesão com os conhecimentos das gestantes sobre saúde bucal durante a gravidez, o teste de qui-quadrado de independência mostrou que existe associação entre achar que deve cuidar mais dos

dentes durante a gravidez [ $\chi^2(1) = 132,988$ ;  $p < 0,0001$ ] e considerar importante ser acompanhada também pelo dentista durante o pré-natal e ela realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação [ $\chi^2(1) = 192,412$ ;  $p < 0,0001$ ] e a gestante querer realizar todo o tratamento odontológico durante o pré-natal.

Para Bertolozzi et al. (2009), a adesão a qualquer tipo de acompanhamento/tratamento em saúde está diretamente relacionada a três planos que constituem o conceito: 1. o plano que diz respeito à concepção de saúde-doença apresentada pela pessoa que apresenta a enfermidade; 2. o plano que se refere lugar social ocupado pela pessoa doente; 3. o plano que trata do processo de produção da saúde. Portanto, a adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo, que inclui os processos que levam - ou não - ao desenvolvimento da vida com dignidade.

Em estudo realizado com gestantes com histórico de não adesão ao tratamento odontológico, Silveira, Abraham e Fernandes (2016) concluíram que a baixa aderência ao cuidado odontológico entre as gestantes participantes deste estudo está associada ao medo de sentir dor ou receio de o tratamento afetar seu bebê, revelando grande desinformação e agravando o risco representado por uma saúde bucal precária para sua gestação. As gestantes compreendem o tratamento odontológico limitado a procedimentos cirúrgico-restauradores, não valorizando a promoção da saúde. O dentista, de forma integrada com os demais profissionais, em especial com o médico que acompanha o pré-natal, deve assumir um papel relevante para minimizar o negligenciamento com o autocuidado da gestante, motivando e promovendo a saúde, sem deixar de oferecer o cuidado técnico-assistencial apropriado, com a devida segurança para minimizar os riscos para a mãe em gestação.

Mattos e Davoglio (2015), a partir de uma revisão de literatura com o objetivo de verificar o conhecimento, as atitudes e as percepções das gestantes sobre sua saúde bucal, evidenciaram a existência de informações deturpadas, baixa procura pelo dentista e falta de encaminhamento do obstetra para avaliação odontológica. Foi possível verificar que as gestantes associam saúde bucal com questões de higiene e aparência estética e que o medo do procedimento odontológico ainda é uma barreira à assistência; a maioria das gestantes tem

autopercepção positiva de saúde bucal, embora não seja condizente com a condição clínica; a maioria das representações sociais aponta para mitos e crenças sobre saúde bucal. Dessa forma, destacam ser imprescindível agregar conhecimento para a definição e adoção de condutas na atenção odontológica às gestantes.

A adesão e cuidado em saúde bucal estão diretamente relacionados à forma como a gestante considera a sensibilidade ao próprio corpo, a autonomia no cuidado em si. As pessoas têm experiências, valores e expectativas que conferem ao processo gestacional uma complexidade que está para além da determinação biológica. O ambiente de atendimento, também como espaço educativo, é, necessariamente um encontro. Não é só transmitir uma mensagem – é tentar ter alguma coisa em comum. Esse é um espaço que se constrói. Demanda tempo e assume um curso próprio caso a caso. Então, é necessário também que nós mesmos, como profissionais, possamos nos “escutar”, perceber a influência da nossa história pessoal na determinação dos valores que orientam nossas atitudes, perceber quais são as nossas implicações, saber que sentimentos e sentidos estão envolvidos na relação que estabelecemos com as pessoas e grupos que atendemos para que possamos nos dar conta das nossas próprias dificuldades e não correr o risco de entrar num movimento de impor o nosso ponto de vista (SESC, 2007).

## 6 CONCLUSÕES

A gestação traz consigo novas situações na vida da mulher, algumas das quais são vivenciadas com certa dificuldade. A percepção sobre a saúde bucal ainda não é clara, parecendo não haver uma relação direta entre o cuidado pré-natal e o acompanhamento odontológico durante a gestação. Foi possível identificar fatores associados aos cuidados, agravos, acesso e adesão ao tratamento odontológico. É importante destacar que ainda existe uma carência de informações no que tange à relação à saúde bucal e gravidez.

Figura como visível a necessidade de discussão do tema, da ampliação das fontes de informação e a realização de um trabalho de promoção em saúde, com ênfase na inteligência coletiva subsidiando a autonomia para o reconhecimento e o enriquecimento mútuo das pessoas. Os profissionais da equipe de saúde, em especial os da Odontologia, devem estar qualificados, estimulando a apropriação por parte das gestantes que o cuidado em saúde bucal vai além de situações de urgência, encorajando-as a superarem seus medos e incertezas, ultrapassando as barreiras culturais e emocionais que ainda são obstáculos para a sua incorporação ao pré-natal.

A educação permanente torna-se imprescindível como uma ação que permite um diferencial para as equipes de saúde, a partir da qualificação dos profissionais que se reflete na prática diária dos serviços.

A Estratégia Saúde da Família apresenta grandes potencialidades ao integrar um sistema de saúde eficaz no que tange o enfrentamento das vulnerabilidades em saúde, mas o seu grande desafio é o de superar a fragmentação e a individualização do processo de trabalho. Faz-se necessário, portanto, exercitar competências individuais, numa perspectiva coletiva, de maneira a proporcionar um cuidado integral aos indivíduos e para tanto, torna-se imprescindível potencializar a multidisciplinaridade no processo de trabalho.

Para construir possibilidades de mudanças com relação à atenção à saúde, a odontologia deve ser ativa nos processos coletivos. As práticas educativas em grupo devem ser vivenciadas por todos os membros da equipe, de modo a desenvolver reflexões e trocas de conhecimentos, favorecendo a criação de vínculos e o protagonismo das pessoas envolvidas. A participação em grupos operativos multiprofissionais é uma oportunidade de compreender os anseios, esclarecer

dúvidas e planejar em conjunto com as pacientes e os demais membros da equipe a construção do cuidado pré-natal incluindo, de forma ativa, a saúde bucal.

As políticas de saúde e de atenção integral ao pré-natal devem ter como estratégia a qualificação dos profissionais através de uma concreta política de educação permanente que permita o aprimoramento técnico, mas também, assegure momentos de avaliação dos próprios processos de trabalho a fim de estabelecer competências e condutas, a promoção em saúde bucal e a ampliação da oferta de serviços de atenção odontológica à gestante. Embora, especificamente no caso do município de Fortaleza, já exista um protocolo de diretrizes clínicas de atenção à gestante com um capítulo exclusivo para o pré-natal odontológico, percebe-se que é necessária uma nova forma de fazer com que atenção ocorra na prática dos serviços.

Salientamos a necessidade de mais estudos para avaliar a funcionalidade, o efeito e o impacto produzido na atenção e na gestão da atenção odontológica no pré-natal e esperamos, sim, que mais e mais pesquisas debatam o tema a fim de superar a realidade evidenciada, que as mulheres estejam conscientes da importância e assumam o seu protagonismo, que os profissionais de saúde e os gestores ampliem seus olhares para que, de fato, ocorram mudanças nas práticas dos serviços.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, C. N. et al. Perfil de gestantes assistidas no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **J. Res. Fundam. Care On Line**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 3, p. 132-141, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/05/Perfil-de-gestantes-assistidas-no-pre-natal-de-enfermagem-de-uma-unidade-basica-de-saude.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2019.
- BANDEIRA, J. S.; LIMA, J, R. Da delimitação territorial do município de Fortaleza/CE à discussão dos conceitos de território e fronteira. **Revista Geonorte**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p.1039-1052, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufam.edu.br/revista-geonorte/article/view/1220/1103>>. Acesso em: 13 out. 2019.
- BASTIANI C. et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 9, n. 2, p. 155-160, 2010.
- BATISTA, G.; FERRÃO, I. M.; BAISEREDO, C. A saúde periodontal materna e o nascimento prematuro/baixo peso: revisão de literatura. **Uningá Review**, Maringá, v. 29, n. 2, p. 54-57, 2017.
- BERTOLINI, P.F.R. et al. Medicina periodontal e a mulher: a importância do seu conhecimento para uma abordagem preventiva por ginecologistas/obstetras e cirurgiões-dentistas. **Rev. ciênc. méd.**, Campinas, v. 16, n. 3, p.175-185, 2007.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, p.1326-1330, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica n.º 17)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao\\_indicadores\\_manual\\_instrutivo\\_equipes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)>. Acesso em: 28 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 234 p.

BRAZ, G.; et al. A experiência de um programa de atenção à saúde bucal no atendimento à gestante. **HU rev**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 324-332, 2010.

CABRAL, C. B. M.; SANTOS, T. S.; MOREIRA, T. P. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, Ribeirópolis, v. 31, n. 2, p. 173-180, 2013.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Linha-guia nascer no Ceará: gestante e criança menor de 2 anos.** Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2017. Disponível em: <[https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/linha\\_guia\\_nascer\\_no\\_ceara\\_2017.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/linha_guia_nascer_no_ceara_2017.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2019.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Nascidos Vivos no Estado do Ceará.** Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2019. Disponível em: <[extranet.saude.ce.gov.br/tabulacao/tabnet?sim/nascido.def](http://extranet.saude.ce.gov.br/tabulacao/tabnet?sim/nascido.def)>. Acesso em: 18 out. 2019.

CHAMBRONE L, et. al. Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. **J Clin Periodontol.**, São Paulo, v. 38, n. 9, p. 795-808, 2011.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 2008. 146 p.

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1075-80, 2008.

COLLODEL, A. et al. Análise da prevalência de defeitos de esmalte na dentição decidua adquiridos no período gestacional. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 412-420, 2015.

COLUSSI, P. R. G. et al. Consumo de dentifrício e fatores associados em um grupo populacional brasileiro. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 546-554, 2011.

COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A. S. P. 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, 2002.

COSTA, D. L. A. et al. Conhecimento de gestantes sobre a relação entre doenças periodontais e gravidez. **Braz J Periodontol.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 7-13, 2015.

COUTINHO, T. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

ESPIRIDIANO, M. A.; VIEIRA, L. M. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 331-340, 2018.

FABRIS, V. et al. Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o uso de anestésicos locais em pacientes: diabéticos, hipertensos, cardiopatas, gestantes e com hipertireoidismo. **Journal of Oral Investigations**, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 33-51, 2018.



FAGUNDES, A. V.; BAVARESCO, C. S.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Atenção à saúde bucal da gestante. In: LENZ, M. L. M.; FLORES, R. (org.). **Atenção à saúde da gestante em APS.**, Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2011. p. 119-132.

FARIAS, L. G. **Gestação e Saúde Bucal**: avaliação dos conhecimentos e práticas adotadas pelas gestantes. 2017. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2017.

FIGUEIRA, R. et al. O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença-cuidado bucal por gestantes. **Rev Odontol Bras Central**, Paraná, v. 22, n. 63, p.169-173, 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal**. Fortaleza, CE: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. 84 p.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção à Saúde. **Diretrizes clínicas da atenção a gestante**: assistência pré-natal. Fortaleza, CE: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. 51 p.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017**. Fortaleza, CE: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 250 p. Disponível em: <<http://saude.fortaleza.ce.gov.br/2016-05-19-20-16-08>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

GOMES, R. M. L. **Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família**. Recife: UFPE, 2015. 50 p.

GONÇALVES, J. B. et. al. Conhecimento sobre saúde bucal das gestantes atendidas em CRAS. **Rev. Interfaces**, Juazeiro do Norte, v. 3, n. 8, p. 1 - 8, 2015.

GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>>. Acesso em: 25 out. 2019.

GONÇALVES, K. F. et al. Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/utilizacao-de-servico-de-saude-bucal-no-prenatal-na-atencao-primaria-a-saude-dados-do-pmaqab/16866?id=16866&id=16866>>. Acesso em: 25 out. 2019.

GRILO, M. G. P. **A abordagem da grávida na prática da medicina dentária**. 2016. 79 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Programa de Pós-graduação em Medicina Dentária, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, São Luiz, 2016.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 9. ed. São Paulo: Santos, 2016. 832 p.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.3, n.42, p.555-561, 2008.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, suppl. 2, p. 2-9, 2005. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>>. Acesso em: 19 out. 2019.

KONISHI, F.; ABREU-E-LIMA, F. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. **Rev. bras. odontol**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 294-295, 2002.

KONISHI, F.; KONISHI, R. Odontologia intra-uterina: um novo modelo de construção de saúde bucal. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN, organizadores. **Odontopediatria: prevenção**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.155-166.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 315 p.

LEE, R. S. et al. Dentists' Perceptions of Barriers to Providing Dental Care to Pregnant Women. **Women's health issues**, New York, v. 20, n. 5, p. 359-365, 2010.

LENZ, M. L. M.; BERTONI, S. F. Formação de vínculo com a gestante e sua família e aspectos psicológicos da gestação. In: LENZ, M. L. M.; FLORES, R. (org.). **Atenção à saúde da gestante em APS**, Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2011. 40 p.

LITTLE, J. W.; FALACE, D.; RHOUDS, N. L. **Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 24 p.

LIVRAMENTO, D. V. P. et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.40, p. 1-9, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>> Acesso em: 25 out. 2019.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Manual de saúde bucal**. Londrina, 2009. 499 p. Disponível em: <[http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec\\_saude/protocolo\\_saude\\_bucal/protocolo\\_saude\\_bucal.pdf](http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolo_saude_bucal/protocolo_saude_bucal.pdf)>. Acesso em: 26 jun. 2019.

LU, H. et al. Impact of periodontal conditions on the quality of life of pregnant women: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 13, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12955-015-0267-8>> Acesso em: 11 out. 2019.

MALAMED, S. F. **Manual de anestesia local**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2013. 432 p.

MARQUES, C.P.C. **Redes de Atenção à saúde: A Rede Cegonha**. São Luís: EDUFMA, 2016. 67 p. Disponível em:

<[http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_redes02.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes02.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MARTINS, L. O. et al. Assistência odontológica à gestante: percepção do cirurgião-dentista. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 4, n. 4, p. 11-18, 2013.

MARTINS, P.; AGUIAR, A. S. W. Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde: avanços e desafios da 11<sup>a</sup> região de saúde do Ceará. **Sanare**, Sobral, v. 10, n. 1, p. 6-12, 2011.

MATTOS, B. N. C.; DAVOGLIO, R. S. Saúde bucal: a voz da gestante. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 20, n. 3, p. 393-399, 2015.

MEDEIROS-SERPA, E.; FREIRE, P. L. L. Percepções das gestantes de João Pessoa, PB sobre a saúde bucal de seus bebês. **Odontol Clín-Cient**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 121-125, 2012.

MEDEIROS, U. V.; ZEVALLOS, E. F. P, ROSIANGELA, K. Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso no futuro. **Rev. Cient. do CRO-RJ**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 47-57, 2000.

MENDES, H. S. **Condições de saúde bucal das gestantes atendidas na atenção primária do município de Botucatu-SP e seu conhecimento sobre a importância da saúde bucal na gestação**. 2015. 54 f. Dissertação (Mestrado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

MENDES JUNIOR, F. I. R.; BANDEIRA, M. A. M.; TAJRA, F. S. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 147-158, 2015.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In. PEREIRA, I. B. (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P. 162-168. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2019.

MISHIMA, S. M. et al. Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 24, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1089.2674>>. Acesso em: 25 out. 2019.

MOIMAZ, S. A. S. et. al. A Ótica do Usuário na Avaliação da Qualidade do Programa de Atenção Odontológica à Gestante. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, Paraíba, v. 9, n. 2, p. 147-153, 2009.

MOIMAZ, S. A. S. et. al. Prevalência de cárie dentária em gestantes atendidas no sistema único de saúde em município paulista. **Rev. Odontol. Araçatuba**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 44-48, 2011.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Saúde bucal e o emprego de medidas preventivas por pacientes gestantes. **J Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 328-332, 2015.

MOIMAZ, S. A. S. et. al. Aspectos da saúde geral e bucal de gestantes de alto risco: revisão da literatura. **J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 223-230, 2017.

MOYSÉS, S. J. **Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 128 p.

NASCIMENTO, E. P. et al. Gestantes frente ao tratamento odontológico. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 125-130, 2012.

NASEEM, M. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. **The Saudi Journal for Dental Research.**, Netherlands, v. 7, p. 138-146, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352003515000404>>. Acesso em: 12 out. 2019.

NAVES, R. C. et. al. Doença periodontal em mães com parto prematuro/recém-nascidos com baixo peso: estudo piloto. **Innov Implant J. Biomatek Esthet**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 40-45, 2009.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, 2008.

NÓBREGA, M. T. C. et. al. Avaliação da percepção de gestantes sobre as doenças cárie e periodontal. **Arch Health Invest**, Araçatuba, v. 5, n. 5, p. 247-250, 2016.

OLIVEIRA, A. E. F.; HADDAD, A. E. **Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera**. São Luís: EDUFMA, 2018. 117 p.

OLIVEIRA B. H.; NADANOVSKY, P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low income Brazilian women. **J Orofac Pain**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 297-305, 2006.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 297-302, 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In. PEREIRA, I. B. (Org.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2019.

PEIXOTO, C. R. et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Rev. Min. Enferm.**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2012.

PINHO, J. R. O. et al. Prevalência de defeitos de desenvolvimento de esmalte na dentição decídua adquiridos na vida intrauterina. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 118-123, 2011.

PRAETZEL, J. R. et al. Percepção materna sobre atenção odontológica e fonoaudiológica na gravidez. **Rev. Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 58, n. 2, p. 155-160, 2010.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013, 277 p. Disponível em: <  
<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2018.

PUCCA JR., et al. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges, **J. Dent. Res.**, v. 94, n. 10, p. 1333–1337, 2015.

RAMALHO, A. K. B. M. **Desenvolvimento de aplicativo de rastreamento e de cartilha eletrônica de saúde bucal para gestantes.** 2016. 115 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

RARES, I. S. et al. Condição Periodontal em Gestantes: Análise do Serviço Público, Serviço Privado e Trimestre Gestacional. **R Bras Ci Saúde**, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2016.

REIS, D. M. et. al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.

ROCHA, N. B. **Saúde bucal do binômio mãe-filho:** aspectos clínicos, sócio-comportamentais e qualidade de vida. 2013. 96 f. Tese (Doutorado em odontologia) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

RODRIGUES, E. M. G. O. **Promoção da saúde bucal na gestação:** revisão da literatura. Juiz de Fora: UFJF, 2002. 156 p.

RÓS, D. T. **Condição bucal autorreferida e o uso do serviço odontológico por gestantes de alto risco.** 2018. 128 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, 2018.

SANTOS NETO, E. T. S. et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 11,

p. 3057-3068, 2012. Disponível em:  
<<https://www.redalyc.org/pdf/630/63024420022.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2019.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 12, n. 3, p. 261-268, 2003.

SCABAR, L. F. et al. Validade da medida indireta relativa à frequência de escovação com dentifrício. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 39-46, 2016.

SCAVUZZI, A. I. F. et al. Avaliação dos conhecimentos e práticas em saúde bucal de gestantes atendidas no setor público e privado, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 8, n. 1, p. 39-45, 2008.

SESC. DN. D.P.D. Departamento Nacional. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, 2007. 134 p.

SILVA, A. N.; SENNA, M. A. A.; JORGE, R. C. Organização da Oferta de Serviços de Saúde Bucal no Âmbito do Sistema Único de Saúde. In: SILVA, A. N.; SENNA, M. A. A. **Fundamentos em saúde bucal coletiva**, Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap. 9, p. 145-154.

SILVEIRA, J. L. G. C.; ABRAHAM, M. W.; FERNANDES, C. H. gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento. **Rev. APS**. Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 568-574, 2016.

SOUZA, T. H.; ZEFERINO, M. T.; FERMO, V. C. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1-8, 2016. Disponível em:  
<<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004440015>>. Acesso em: 29 out. 2019.

TREVISAN, C. L.; PINTO, A. A. M. Fatores que Interferem no Acesso e na Adesão das Gestantes ao Tratamento Odontológico. **Arch Health Invest**, v. 2, n. 2, p. 29-35, 2013.

VASCONCELOS, R. G. et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-124, 2012.

WELGATCH, M. K. M.; SAMALEA, D. M. V. Atenção odontológica às gestantes na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. de divulg. téc-científ. do ICPG**, Blumenau, v. 3, n. 12, p. 73-79, 2008.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “PERCEPÇÕES DE GESTANTES SOBRE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, que tem como objetivo geral: analisar as percepções de gestantes sobre saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. O estudo consistirá de uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa. Pedimos a sua colaboração nessa pesquisa, onde buscaremos analisar as suas percepções sobre saúde bucal e gravidez.

Caso você autorize, você irá responder um formulário perguntas fechadas e semiabertas que tomará pouco mais de 15 minutos do seu tempo.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que recebe cuidados de saúde. Os riscos quanto a sua participação são mínimos, estando relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, porém se sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Você não receberá remuneração pela participação, e a sua cooperação pode contribuir para a ampliação dos conhecimentos científicos sobre o tema e a melhoria no cuidado em saúde bucal das gestantes. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Todas as participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa ao entrarem em contato com o pesquisador: Cirurgião-dentista-mestrando Frederico Nicholas Nobre Oliveira de Sá, Rua Reino Unido, 115 – Jardim das Oliveiras, Fortaleza, Ceará, telefone (85) 3452-8160, e-mail freddentista@gmail.com ou com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Irismar de Almeida, orientadora da pesquisa, no telefone (85) 3101-9826.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê, de segunda a sexta-feira no horário de 8:00 às 12:00 e de 13:00 às 17:00 horas, o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para você e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecida a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE IDADE



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de idade

Caro Responsável/Representante Legal:

Gostaríamos de obter o seu consentimento para a menor \_\_\_\_\_, participar da pesquisa “PERCEPÇÕES DE GESTANTES SOBRE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, que tem como objetivo geral: analisar as percepções de gestantes sobre saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. O estudo consistirá de uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa. Pedimos a sua colaboração nessa pesquisa, onde buscaremos analisar as suas percepções sobre saúde bucal e gravidez.

Caso você autorize, a menor irá responder um formulário perguntas fechadas e semiabertas que tomará pouco mais de 15 minutos do seu tempo.

A participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que recebe cuidados de saúde. Os riscos quanto a participação são mínimos, estando relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação, porém caso a menor venha a sentir desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse poderá interromper a participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador.

Não há nenhum tipo de remuneração pela participação, e a sua cooperação pode contribuir para a ampliação dos conhecimentos científicos sobre o tema e a melhoria no cuidado em saúde bucal das gestantes. As respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

Todas as participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa ao entrarem em contato com o pesquisador: Cirurgião-dentista-mestrando Frederico Nicholas Nobre Oliveira de Sá, Rua Reino Unido, 115 – Jardim das Oliveiras, Fortaleza, Ceará, telefone (85) 3452-8160, e-mail freddentista@gmail.com ou com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Irismar de Almeida, orientadora da pesquisa, no telefone (85) 3101-9826.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UECE que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, email cep@uece.br. Se necessário, você poderá entrar em contato com esse Comitê, de segunda a sexta-feira no horário de 8:00 às 12:00 e de 13:00 às 17:00 horas, o qual tem como objetivo assegurar a ética na realização das pesquisas com seres humanos.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para você e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, responsável/representante legal da menor  
\_\_\_\_\_, tendo  
sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, eu concordo em dar meu consentimento para a  
menor participar como voluntária desta pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável/  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE C - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Formulário estruturado: Pré-natal odontológico na Estratégia Saúde da Família:  
Percepções das gestantes.

1) Idade: \_\_\_\_\_

2) É a primeira gestação? Sim ( ) Não ( )

3) Semana gestacional: \_\_\_\_\_

4) Grau de instrução:

Não sabe ler ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental ( )  
Ensino médio incompleto ( ) Ensino Médio ( ) Nível superior ( )

5) Ocupação:

Do lar ( ) Trabalha fora ( ) Estudante ( )

6) Você acha que deve cuidar mais dos dentes durante a gravidez?

Sim ( ) Não ( )

7) Você acha que a gravidez causa cárie?

Sim ( ) Não ( )

8) O que você usa para fazer a sua higiene bucal?

Escova de dente ( ) Creme dental ( ) Fio dental ( ) Enxaguante bucal ( )

Palito de dente ( )

Outros: \_\_\_\_\_

9) Quantas vezes você higieniza sua boca por dia?

Nenhuma ( ) 01 vez ( ) 02 vezes 03 ou mais vezes ( )

10) Em quais períodos?

Assim que acorda ( ) Depois do café ( ) Depois do almoço ( )

Depois da merenda ( ) Depois do jantar ( ) Antes de dormir ( )

11) Você percebeu sangramento na gengiva durante a gravidez?

Sim ( ) Não ( )

12) Você tem receio ou medo de realizar tratamento odontológico durante a gravidez?

Sim ( ) Não ( )

Se positivo, por quê? \_\_\_\_\_

13) Você acha que o uso de anestesia dentária pode prejudicar o bebê?

Sim ( ) Não ( )

14) Você acha que pode realizar radiografias dos dentes mesmo estando grávida?

Sim ( ) Não ( )

15) Você acha que o uso de algum medicamento ou uma alimentação inadequada pode causar danos aos dentes do bebê?

Sim ( ) Não ( )

16) Você foi orientada a procurar o atendimento odontológico durante o pré-natal?

Sim ( ) Não ( )

Se sim, por qual profissional da equipe? \_\_\_\_\_

17) Você considera importante ser acompanhada também pelo dentista durante o pré-natal?

Sim ( ) Não ( )

18) Já foi atendida pelo dentista durante esta gestação?

Sim ( ) Não ( )

Se sim, qual foi o tempo para agendamento da consulta? \_\_\_\_\_

Se não, por que? \_\_\_\_\_

19) Houve facilidade para a marcação da consulta?

Sim ( ) Não ( ) Não procurou ( )

20) Foi agendada para uma consulta de retorno?

Sim ( ) Não ( ) Não foi atendida ( )

21) Gostaria de realizar todo o tratamento odontológico durante à gestação?

Sim ( ) Não ( )

22) Como você avalia o atendimento odontológico à gestante?

Não foi atendida ( ) Ruim ( ) Regular ( ) Bom ( ) Ótimo ( )

## ANEXO A - ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS


### DECLARAÇÃO

P515176/2019

- **Projeto de Pesquisa:** Percepções de Gestantes Sobre Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde
- **Pesquisador (a) Responsável:** Frederico Nicholas Nobre Oliveira de Sá
- **Orientador (a):** Maria Irismar de Almeida
- **Instituição Proponente:** UECE
- **Curso:** Mestrado em Saúde da Família
- **Período:** Fevereiro a Abril/2019

A **Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais - CEPES**, conforme suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS** no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS**, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza (CE), 21 de Janeiro de 2018

  
**Anamaria Cavalcante e Silva**  
Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais  
CEPPES

**PREFEITURA DE FORTALEZA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS ESPECIAIS**

Coordenadoria Regional de Saúde – CORES6

Informamos que a pesquisa abaixo referida recebeu anuência do Núcleo de Pesquisa da **CEPPES/SMS** para sua realização. Encaminhamos os autores do estudo a esta **CORES** para ciência do início da coleta de dados.

Seguem as informações sobre o estudo:

- **Projeto de Pesquisa:** Percepções de Gestantes Sobre Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde
- **Pesquisador (a) Responsável:** Frederico Nicholas Nobre Oliveira de Sá
- **Orientador (a):** Maria Irismar de Almeida
- **Instituição Proponente:** UECE
- **Curso:** Mestrado em Saúde da Família
- **Local da Coleta de Dados:** Todas as Unidades
- **Regional:** VI
- **Período da Coleta de Dados:** Fevereiro a Abril/2019

A pesquisa só poderá ser iniciada após análise e aprovação do **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, sendo necessária apresentação do parecer de aprovação do estudo.

Após a defesa, os pesquisadores deverão enviar a versão final do trabalho em PDF para o email: [cogtes.pesquisas@gmail.com](mailto:cogtes.pesquisas@gmail.com).

O pesquisador fica ciente que a **CEPPES/SMS** poderá solicitar a apresentação oral dos trabalhos para técnicos, gestores e /ou sujeitos das referidas pesquisas.

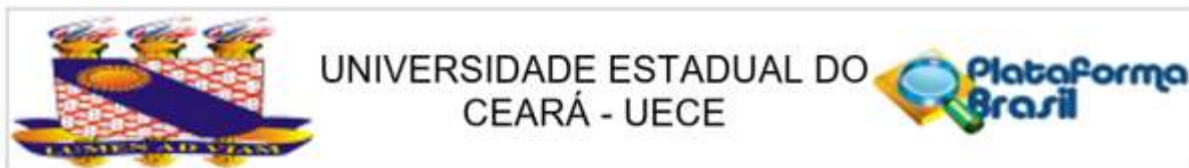
Comunicamos que a **CEPPES/SMS** emitiu parecer favorável, conforme sua competência, do presente estudo.

Fortaleza (CE), 21 de Janeiro de 2019

  
**Anamaria Cavalcante e Silva**  
 Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais  
 CEPPES



## ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÕES DE GESTANTES SOBRE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** FREDERICO NICHOLAS NOBRE OLIVEIRA DE SA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 06365819.9.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.178.812

#### Apresentação do Projeto:

Pesquisa a ser realizada por meio da aplicação de questionários em mulheres gestantes, no município de Fortaleza, para observar os cuidados em saúde bucal durante a gestação.

#### Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar os hábitos de higiene bucal das gestantes em relação ao autocuidado com a saúde bucal.

Investigar os conhecimentos das gestantes sobre saúde bucal e atendimento odontológico na gravidez nas Unidades de Atenção Primárias à Saúde.

Detectar fatores que interferem no acesso ao tratamento odontológico durante a gravidez. Avaliar como as percepções e conhecimentos das gestantes influenciam na procura e na adesão ao tratamento odontológico durante a gestação.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para o desenvolvimento da pesquisa serão mínimos e medidas cautelosas serão adotadas para minimizá-los. Benefícios: possibilidade de melhorar o atendimento odontológico à gestante, assegurando à mulher uma atenção humanizada à gravidez, com garantia do acolhimento, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo importante por prover ação e discussão sobre saúde bucal durante a gestação, cuidados

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

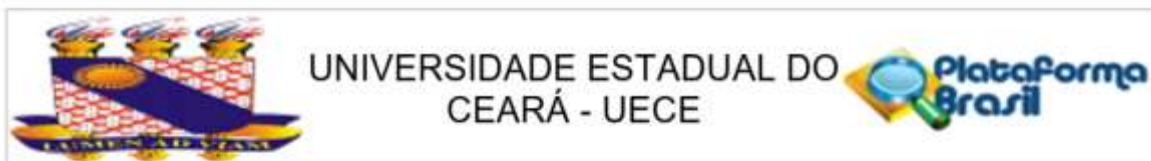
**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br





Continuação do Parecer: 3.178.812

necessários que podem interferir no bem estar da gestante e fetal.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados de acordo com a resolução 466 da CONEP.

**Recomendações:**

Enviar relatório ao final da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1284532.pdf	26/01/2019 10:20:40		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	26/01/2019 10:19:59	FREDERICO NICHOLAS NOBRE OLIVEIRA DE SA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento.pdf	26/01/2019 10:08:25	FREDERICO NICHOLAS NOBRE OLIVEIRA DE SA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	26/01/2019 10:08:12	FREDERICO NICHOLAS NOBRE OLIVEIRA DE SA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Escaner.pdf	15/01/2019 19:10:56	FREDERICO NICHOLAS NOBRE OLIVEIRA DE SA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br