

DAYANE MACHADO RIBEIRO

Avaliação das alterações de hábitos alimentares e de higiene bucal de gestantes atendidas no HU-UFSC, em Florianópolis.

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina,
para a obtenção do Título de Mestre em Odontologia,
Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Denise Maria Belliard Oleiniski, Dra.

FLORIANÓPOLIS
2003

**Dedico esta dissertação ao meu marido *José Guilherme*,
melhor amigo e companheiro, por seu amor, compreensão e
apoio incondicional, sem o qual eu não
teria realizado este projeto.**

AGRADECIMENTOS

Aos **meus pais Paulo e Neuzete**, por toda dedicação que dispensaram a mim, e o grande exemplo de integridade.

Aos **meus irmãos, Camila e Paulo Roberto** pelo apoio, carinho e otimismo.

Aos **meus avós, tios e primos** que de diferentes formas contribuíram para a realização deste trabalho.

À **minha tia Marta**, pelo apoio e palavras de incentivo.

Ao **Chico**, pela companhia, durante todos os momentos deste trabalho.

À **DEUS**, por permanecer sempre ao meu lado, e por ter permitido que eu chegasse até aqui com saúde.

As **minhas amigas Andréa e Michelle**, por toda atenção, carinho e companheirismo dedicados durante este processo.

Aos **meus sócios e amigos Flávia, Walter e Maria Odila**, pela paciência e compreensão nas inúmeras vezes em que estive ausente.

Ao **mestre e amigo Prof. Gilsée**, pela oportunidade, amizade e ensinamentos que me ajudaram a crescer como profissional e como ser humano.

Aos **professores** da área de concentração de Odontologia em Saúde Coletiva pela dedicação e ensinamentos.

Aos **mestres Prof. Wilson e Profa. Soraya**, pelos ensinamentos que despertaram o meu interesse para a Saúde Coletiva.

As **gestantes** que participaram desta pesquisa, pelo excelente material que disponibilizaram para este estudo e para Odontologia.

À **Márcia** pela sua preciosa colaboração.

Aos **funcionários do Hu-UFSC**, pela atenção dedicada durante o processo de coleta de dados.

As **colegas** do curso de pós-graduação, que compartilharam experiências e conhecimentos, Mirelle, Renata, Jaqueline e Mônica.

À **Profa. Maria Cristina**, pela paciência e atenção dedicada a análise estatística dos dados. As consultas foram além de números, foram mais uma oportunidade de aprendizado e crescimento.

Ao **Profa. Flávia**, pela atenção e carinho.

À minha **Orientadora**, **Dra. Denise Maria Belliard Oleiniski**, por toda atenção, dedicação e ensinamentos dispensados a mim durante estes 24 meses de trabalho. Obrigada!

À **você** que, neste momento compartilha deste trabalho!

“Pode-se viver no mundo uma vida magnífica, quando se sabe trabalhar e amar, trabalhar pelo que se ama e amar aquilo em que se trabalha”.

L. Tolstoi

RIBEIRO, D. M.; OLEINISKI, D. M. B. **Avaliação das alterações de hábitos alimentares e de higiene bucal de gestantes atendidas no HU-UFSC em Florianópolis**. 2003. 135 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de concentração em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

RESUMO

A gravidez é um estado fisiológico em que várias alterações hormonais e de comportamento ocorrem no organismo da mulher, a fim de adaptar o seu corpo a esta nova condição. A ação das alterações de hábitos alimentares e de higiene bucal sobre a saúde bucal da gestante é ainda pouco discutido. Por esta razão, este estudo procurou avaliar as alterações de hábitos alimentares e de higiene bucal de gestantes atendidas no HU-UFSC, através da aplicação de um formulário que foi submetido a uma análise descritiva. A amostra constituiu-se de 150 gestantes, na faixa etária de 18 à 43 anos de idade, que estavam entre o 2º e 3º trimestre de gestação. A análise dos dados revelou que a população estudada era jovem, casadas (80%), de classe média (51%), natural de Florianópolis (49%) e primigestas (43%). A maioria da amostra apresentou alterações no estado de saúde bucal (53%), não alteraram os hábitos de higiene bucal em função da gravidez (70%), alteraram os hábitos alimentares (86%), contudo não houve incremento no consumo de açúcar (76%) e 60% declaram não terem tido acesso a serviços odontológicos durante a gravidez. Pôde-se concluir que as gestantes se encontravam mais susceptíveis a desequilíbrios na cavidade bucal e que considerar o contexto social em que a gestante está inserida, é parte fundamental no processo de reconhecimento desta população.

Palavras Chaves: gestante, comportamento, promoção de saúde.

RIBEIRO, D. M.; OLEINISKI, D. M. B. **The assessment of supply custom and oral hygiene custom alterations of pregnant attended in HU-UFSC in Florianópolis.** 2003. 135 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de concentração em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ABSTRACT

The pregnancy is a physiological condition, when many hormonal and behavior alterations occur in woman body. The action of supply custom and oral hygiene custom alterations over oral health in pregnant are not much discussed. For this reason, this research attempted to assessment of supply custom and oral hygiene custom alterations of pregnant attended in HU-UFSC. The population examined were 150 pregnant, the 18 and 43 ages and that was at that moment between the second and third trimestral of pregnancy. The results showed that the population were young, married (80%), median social group (51%), borned in Florianópolis (49%) and were waiting the first-born (43%). The great number of the sample, had oral health alterations (53%), did not oral hygiene custom alteration (70%), changed the supply custom (86%), but did not increased the sugar consumption (76%) and 60% didn't have approach to dentistry service during the pregnancy. Was possible to conclude that pregnant was more predispose an oral health distemper and that pregnant social context is primordial to the knowledge of this population.

Key word: pregnant, behavior and health promotion.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
<i>Resumo</i>	6
<i>Abstract</i>	7
SUMÁRIO	8
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
I – INTRODUÇÃO	12
II- REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 O HÁBITO ALIMENTAR	14
2.1.1- O comportamento alimentar	14
2.1.2 As representações sociais dos alimentos	16
2.1.3 A influência sócio, econômico e cultural na alimentação	18
2.2 O HÁBITO DE HIGIENE BUCAL	20
2.2.1- A introdução da higiene bucal nas civilizações	20
2.2.2 A higiene bucal na sociedade atual	23
2.3 A GESTANTE	26
2.3.1 A gravidez como um processo natural	26
2.3.2- As alterações fisiológicas da gravidez	28
2.3.3- As alterações psicológicas da gravidez	31
2.3.4 A assistência a saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS)	32
2.3.5 A Odontologia e a saúde bucal da gestante	34
2.3.6- O conhecimento das gestantes sobre saúde bucal	39
2.4 A GRAVIDEZ E SUAS ALTERAÇÕES COMO INDICADORES DE RISCO À DOENÇAS BUCAIS	45
2.4.1 A gravidez como fator predisponente à doença periodontal	45
2.4.2- Os hábitos alimentares e de higiene bucal como indicadores de risco à doença cárie.	49
III – PROPOSIÇÕES	55
3.1 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	55
IV- METODOLOGIA	56
4.1 AMOSTRA	56
4.1.1- A População de Estudo	56
4.1.2 - Período e Local do Estudo	57
4.2 MÉTODO	59
4.2.1 - Delineamento do Estudo	59
4.2.2 - O Consentimento Livre Esclarecido	59
4.2.3 - Questões Éticas	60
4.2.4 - Protocolo de pesquisa	61
4.2.5 - A Entrevista	62
4.2.6 - O Processamento de Dados	63
4.2.7 Análise Estatística	64
V- RESULTADOS	65
5.1 Estudo Estatístico Descritivo	65
5.1.1 – Variáveis Independentes	65

A- Idade	65
B- Estado Civil	65
C- Tempo de residência em Florianópolis	66
D- Número de filhos	67
E- Período gestacional	67
F- Tipo de atividade ocupacional	68
G – Classe sócio-econômica	69
5.1.2 Variáveis Dependentes	70
5.2 Estudo Estatístico de Associação	75
5.2.1 – Teste Qui-Quadrado	75
VI- DISCUSSÃO	78
6.1 - A Idade	78
6.2 - O estado civil	79
6.3 - A classe sócio-econômica e atividade ocupacional	79
6.4 – Tempo de residência em Florianópolis	80
6.5 - Número de filhos	81
6.6 - Estado de saúde	82
6.7 - Acesso a serviços odontológicos	84
6.8 – Fatores relacionados aos hábito de higiene bucal	87
6.9 – Fatores relacionados aos hábitos alimentares	89
6.10- As questões abertas	91
VII- CONCLUSÕES	97
7.1 Conclusões Considerações Finais	97
VIII- REFERÊNCIAS	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição por idade das pacientes estudadas.

Tabela 2 - Distribuição por tempo de residência em Florianópolis.

Tabela 3 - Distribuição por tipo de atividade

Tabela 4 - Distribuição por motivo de procura a serviços odontológicos.

Tabela 5 - Distribuição por alteração ou não do hábito alimentar.

Tabela 6 – Resultados do teste associação entre as classes sócio-econômicas (classificação 1) versus as variáveis dependentes, valor do χ^2 , de p .

Tabela 7 – Resultados do teste associação entre as classes sócio-econômicas (classificação 2) versus as variáveis dependentes, valor do χ^2 , de p .

Tabela 8 - Resultados do teste associação entre as período gestacional versus as variáveis dependentes, valor do χ^2 e de p .

Tabela 9 - Resultados do teste associação entre o número de filhos versus os componentes das variáveis dependentes, valor do χ^2 e de p .

Tabela 10 - Resultados do teste associação entre a atividade ocupacional versus as variáveis dependentes, valor do χ^2 e de p .

Tabela 11 – Resultados do teste associação entre o número de consultas pré-natal versus as variáveis dependentes, valor do χ^2 e de p .

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição por classe econômica.

Figura 2: Distribuição das gestantes com e sem alterações do estado de saúde.

Figura 3: Distribuição quanto as alterações e não alterações do hábito de higiene bucal.

Figura 4: Distribuição em função da autopercepção da qualidade da própria alimentação. cuidados com a própria alimentação.

I - INTRODUÇÃO

A mãe possui um importante papel dentro do núcleo familiar, tornando-se um ponto chave no processo de prevenção (COSTA et al, 1998). Durante a gravidez algumas mães têm seu risco à cárie aumentado pela dificuldade em manter a higiene bucal, devido às náuseas, vômitos e devido ao aumento da frequência alimentar, aumentando o número de *S. mutans* com conseqüente aumento da possibilidade de transmissão desses microrganismos a seus bebês (THYLSTRUP e FEJERSKOV, 1995).

A saúde bucal das gestantes deve ser entendida como parte dos cuidados pré-natais necessários, pois muitas são as informações existentes que relacionam a saúde bucal materna à saúde bucal das crianças (CASSAMASSIMO, 2001). Sabe-se que os hábitos adquiridos pelas crianças para a promoção de saúde bucal, se estabelecem através da observação das práticas de prevenção da mãe. As crianças cujas mães têm pouco cuidado com a saúde bucal apresentam forte tendência a também desenvolverem poucos cuidados (ZARDETTO, RODRIGUES e ANDO, 1998).

Portanto, a responsabilidade de conscientizar e educar a gestante, cabe aos profissionais da saúde, que devem levar em conta o estado emocional e fisiológico dessas pacientes, tornado assim as orientações mais efetivas (ZARDETTO, RODRIGUES e ANDO, 1998; MONTANDON et al, 2001).

O ser humano comporta-se tanto pela sua natureza, como pela sua condição social, a qual se reflete nas práticas alimentares (ROZIN, 1998). Uma vez que, a gestação e o puerpério, são períodos envolvidos por costumes, crenças e tabus errôneos a respeito da alimentação da mulher, que por sua vez, podem ou não ser nocivo à sua saúde (TRIGO et al. 1989), os hábitos alimentares praticados durante este período, tornam-se importante objeto de estudo à todos que se propuserem a promover saúde.

Igualmente valiosos são os dados sobre os hábitos de higiene bucal desta população. Sabe-se, que as práticas de higiene bucal desempenham um importante papel na prevenção das doenças bucais (FERREIRA e ORSI, 1995; ABEGG, 1997; MARTINS, TESSLER, CORRÊA, 1998).

Sendo esta população condutora de hábitos alimentares da família e formadora de conhecimentos sobre saúde, estabelecendo com isso a conduta de seus filhos (MAEDA, TOLEDO e PANDOLFI, 2001), pode-se considerar que as gestantes constituem um importante grupo de estudo para saúde coletiva. Portanto necessitam receber uma atenção especial e para quem programas de educação e assistência odontológica devem ser implantados (SCAVUZZI, 1999).

Entretanto, pouco são os estudos que visam conhecer esta população, afim de melhor elaborar, planejar e aplicar programas de atenção básica de saúde, que como sabemos beneficiará tanto a saúde da mulher quanto a saúde da criança. De acordo com Menino e Bijjela (1995), a saúde é uma questão de natureza social, econômica, cultural, política e educacional. Sendo assim, só a partir de levantamentos que visem conhecer profundamente a população em questão, considerando a sua inserção social e suas crenças é que os trabalhos de educação em saúde terão alguma efetividade.

Infelizmente pouco se sabe, quanto as reais alterações de hábitos alimentares e de higiene bucal sofridas durante o período gestacional, que podem comprometer o estado de saúde bucal da mulher.

Mediante ao pensamento da família como o espaço primeiro de relacionamento social, as mulheres como mães exercem uma influência especial nas questões relacionadas a saúde, pois atuam como agentes multiplicadoras de informações e atitudes que visam à promoção da sua saúde e a de toda a família (FARIA, OLIVEIRA, PORDEUS, 1997; COSTA et al., 1998).

Neste sentido vimos a necessidade de realizar este estudo, acreditando que este é de grande importância social, uma vez que conhecer melhor a população de gestantes é fundamental para a elaboração de políticas públicas de saúde eficazes.

II- REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O HÁBITO ALIMENTAR

“Comer é um ato pleno de significado...” (Fischler)

2.1.1- O comportamento alimentar

Várias ciências estudam a relação do homem com a comida, cada qual com seu enfoque. As ciências culturais analisam sob o enfoque do *relativismo cultural*, denomina as escolhas como práticas, enquanto a nutrição, a fisiologia e a antropologia estudam esta relação sob o enfoque *behaviorista* denominando as escolhas como comportamentos relacionando-os com desejos, crenças e a fé. A comida é o centro do nosso senso de identidade. A comida fornece identidade a um grupo representando sua diversidade, hierarquia e organização. O relacionamento do homem com o alimento é considerado complexo, uma vez que possui no mínimo duas dimensões; a primeira que vai do biológico para o cultural, isto é da função nutricional para a função simbólica e a segunda que vai do individual ao coletivo, do psicológico para o social. O homem social e o biológico não devem ser antagônicos, o relacionamento com a comida deve ter um caráter multidimensional podendo ser simultaneamente comportamental e cognitivo, psicológico e cultural, individual e coletivo (FISCHLER, 1990).

Cada cultura determina o que se pode comer ou não, cria tabus, associando os alimentos a certas qualidades, de acordo com os efeitos que teriam sobre o homem. Além disso cria regras de exclusão e de inclusão

mútua. No Brasil, exemplos de inclusão pode ser o arroz com feijão e de exclusão manga com leite. Importante alertar que onde há regra há transgressão, que pode significar revolta, autonomia como no caso dos vegetarianos e macrobióticos, que expressam seu afastamento da Modernidade (RIAL, 2003). Lévi-Strauss (1991), e seus seguidores foram responsáveis pelo entendimento da alimentação enquanto um sistema cultural, afirmando que o “gosto” é forjado culturalmente e controlado socialmente.

Cada uma das múltiplas comunidades humanas tem sua própria estrutura de comportamento, costumes e crenças, o conjunto das quais definem sua própria cultura. É na ação das pessoas, no momento da escolha de um alimento em detrimento de outro que se pode identificar o grau de comprometimento que têm com os padrões culturais: costumes regionais, tradições familiares, crenças, hábitos e tabus (TRIGO, 1989).

Canesqui (1988), coloca que os hábitos alimentares devem ser entendidos no conjunto de práticas dos diferentes grupos sociais, com o cuidado de não particularizá-los e isolá-los dos determinantes de ordem sócio-econômico e de natureza ideológica que modulam a própria produção, distribuição e consumo em nossa sociedade, comportando as especificidades e heterogenicidades conforme o modo de produção capitalista.

Hábitos alimentares não estão apenas ligados ao caráter biológico. Estão vinculados às interações do homem com o ambiente e às relações sociais, adquirindo assim um caráter simbólico (SILVA et al, 2000). A comida e o modo de comê-la simbolizam uma ordem social particular, sendo assim, os padrões alimentares são os padrões sociais (DOUGLAS, 1999).

Como dado principal para a abordagem do comportamento alimentar, deve-se considerar cada vez mais a natureza e a cultura de modo conjunto, sem dissociá-las, ou seja, integrando-as num processo co-evolutivo, bio-sócio-cultural que retraduz em termos sociais, fatores biológicos (RODRIGUES, 1978; FISCHLER, 1990).

2.1.2 As representações sociais dos alimentos

“O homem é um ser biológico ao mesmo tempo que um indivíduo social” (LÉVI-STRAUSS,1991). Isto é, o ser humano comporta-se tanto pela sua natureza como pela sua condição social, a qual se reflete nas práticas alimentares. Essas estão relacionadas desde os procedimentos da seleção dos alimentos ao consumo propriamente dito, e a subjetividade veiculada, inclui a identidade cultural, condição social, a religião, a memória familiar da época, que perpassam por essa experiência diária. Essa integração entre o biológico, o cultural, e as experiências individuais caracteriza um padrão alimentar que é introduzido a cada nova geração (WOORTMANN, 1978; GARCIA, 1993 ; ROZIN, 1981). O comportamento alimentar, assim como qualquer outro comportamento humano, é influenciado por muitos fatores que interagem entre si, não sendo determinado unicamente por necessidades fisiológicas, mas também por fatores sociais e culturais (SHEPHERD, 1999).

As representações sociais são referidas por Garcia (1993), como “uma forma de conhecimento do senso comum, elaborado e compartilhado socialmente. Na construção das representações sociais estão presentes o conteúdo (informações, imagens, opiniões, atitudes), o objetivo (um trabalho, um acontecimento, uma pessoa) e o sujeito (o indivíduo, a família e o grupo social)”.

Moscovici (1981), assinala representações sociais como: “...um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no quotidiano, no curso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo serem vistas como uma versão contemporânea do senso comum.”

Segundo Trigo et al (1989), o Brasil, país de amplitude continental apresenta um panorama alimentar complexo e peculiar a cada região. A formação dos hábitos alimentares de cada região foram determinados em função das características geográficas e das etnias presentes na colonização. Esses fatores associados à religiosidade popular, leva à sensível heterogeneidade de hábitos alimentares locais, tendo cada microregião, sua

dieta básica característica. Tal situação demonstra que qualquer intervenção ligada à alimentação e nutrição, envolvendo aspectos educativos, requer pré-requisitos, um conhecimento detalhado da região e o reconhecimento do significado de determinados alimentos para cada população, afim de compreender seus hábitos e costumes.

Por sua vez, a gestação e o puerpério, são períodos envolvidos por costumes, crenças e tabus errôneos a respeito da alimentação da mulher, podendo ou não ser nocivo à saúde (TRIGO et al. 1989). A relação entre a dimensão fisiológica e psicossocial da alimentação, acaba por determinar o aparecimento das restrições alimentares que podem ser classificadas de crença, tabus, preconceitos. As crenças referem-se a supostas ações nocivas dos alimentos, ao passo que vão se tornando verdades culturalmente aceitas com o passar das gerações. Os tabus são representações de dogmas religiosos, restrições baseadas em fatores religiosos e os preconceitos resultam de impressões causadas pelas características organolépticas dos alimentos (RIBEIRO, 2001).

Trigo et al (1989), objetivando identificar opiniões sobre tabus alimentares omitidas por mães residentes do município de Marabá no Pará; especificamente tabus alimentares ligados a estados fisiológicos, como a gestação e a lactação, além de proibições de ingestão de misturas de alimentos, utilizou um formulário com questões abertas e fechadas. A maioria (77,7%) das mães entrevistadas tinham renda familiar de até um salário mínimo, contudo mais da metade dessas famílias não alcançavam 0,5 (meio) salário mínimo por pessoa. Em relação ao grau de instrução, predominou o número de analfabetas e de mães com curso primário incompleto. Quanto aos alimentos que não devem ser misturados, estão o leite associado a uma série de frutas como a manga, laranja, abacaxi e caju. As autoras afirmaram ainda, que assim como existe a crença de que determinados alimentos ajudam na cura de certas doenças, acredita-se também que outros alimentos, ou a sua mistura podem causar doenças. Além de haver a proibição de frutas com leite, encontrou-se ainda a proibição de ingestão de carne com peixe e de ovos com frutas. Sabe-se que a alimentação da gestante e da nutriz são altamente influenciadas pelos

padrões culturais que regem seu contexto social, uma vez que há o aumento das necessidades nutricionais neste período de vida da mulher. Restrições alimentares podem significar pouco ganho de peso das gestantes e conseqüentemente baixo peso do bebê ao nascer. Os principais motivos para as restrições de certos alimentos, como o fato de não misturar o leite com determinados tipos de alimentos, “faz mal”, “ofende”, “mata” e “envenena”, sendo os demais motivos referentes a problemas no sistema digestivo. Os tabus e crenças alimentares são difíceis de serem eliminados pois estão ligados ao emocional, ao abstrato, à história das pessoas, tornando indispensável o conhecimento por todos aqueles que pretendem desencadear qualquer tipo de intervenção nesta área.

2.1.3 A influência sócio, econômico e cultural na alimentação

O estado nutricional e os hábitos alimentares de uma comunidade dependem, principalmente, da existência e possibilidade de acesso aos alimentos indispensáveis à sobrevivência (TRIGO, 1989). O padrão de consumo alimentar depende e varia conforme modos de inserção no mercado de trabalho, as oportunidades de rendimentos, associando-se a certas características do grupo familiar como a forma de organização, ou seja: de acordo com o número de membros aptos ou não ao trabalho, idade dos membros da família e o ciclo de vida (CANESQUI, 1988).

Garcia (1993), afirma que “a variedade de escolhas alimentares humanas procede dos sistemas culturais: se não consumimos tudo o que é biologicamente comestível é porque não é culturalmente comestível e, se não é culturalmente comestível, houve razões para isto”. Então, a cultura em que um indivíduo está inserido exerce forte influência nos tipos de escolhas feitas, e as interações sociais terão um profundo efeito sobre a percepção dos alimentos sobre o comportamento alimentar. Fatores como o *marketing*, variáveis econômicas, sociais, culturais, demográficas e religiosas influem

sobre as escolhas por afetarem crenças e atitudes à respeito dos alimentos (SHEPHERD, 1999).

Segundo Barretto e Cyrillo (2001), os hábitos alimentares nas sociedades humanas são determinados pela interação de inúmeras variáveis como as biológicas, demográficas e as econômicas que perfazem um processo dinâmico de transformações no tempo. Uma vez que tais transformações promovem a formação de novos padrões dietéticos, supõe-se que as diversas práticas alimentares que se estabelecem, apresentarão eficácia potencialmente diferente em relação ao atendimento das necessidades nutricionais. Nos países em desenvolvimento como aqui no Brasil, onde o crescimento econômico ocorre paralelamente às rápidas transformações demográficas e uma má distribuição de renda, passam a coexistir nos diferentes extratos populacionais, hábitos alimentares praticados tanto nas nações ricas quanto nas pobres.

O modo alimentar de uma época é consoante com suas outras dimensões sociais e com a identidade dos seus indivíduos onde os *fast -foods* e as doutrinas alimentares mais rígidas como o vegetarianismo, a macrobiótica e outras dietas ganham espaço (RIAL, 2003).

2.2 O HÁBITO DE HIGIENE BUCAL

*“As constantes repetições levam as crenças;
as crenças levam aos hábitos, e estes
à realidade concreta”.*

(Anônimo)

2.2.1- A introdução da higiene bucal nas civilizações

As práticas de higiene bucal nas civilizações mundiais tem se mostrado um tanto quanto variáveis. Os Maias, civilização que teve início no ano 2.500 a.C., alcançando o seu apogeu entre 300 e 900 d.C., mantinham o hábito de incrustar pedras preciosas nos dentes. Apesar destes povos terem se destacado em trabalhos com pedras e metal, não chegaram a praticar uma Odontologia corretiva e restauradora para a manutenção ou melhoria da saúde. Os trabalhos em dentes, tinham finalidade religiosa e de rituais (LERMAN, 1964; IGLESIAS, 1998).

Os índios norte americanos do princípio da colonização, davam muita importância para uma boca limpa e dispunham de grande variedade de cremes e poções com os quais tentavam limpar os dentes. O tabaco não era apenas valorizado pelo efeito prazeroso que o fumo proporcionava, mas também porque atribuíam o seu uso a um efeito de limpeza. O tabaco era misturado com conchas de mexilhões trituradas, porque os índios acreditavam ter uma melhor consistência, para a limpeza dos dentes. Bastante populares eram também as gomas, resinas e raízes de plantas

mastigadas tanto para evitar os chamados “mal de molares” (dor de dente), como também para higiene bucal. Os índios Cherokees em 1788 utilizavam uma goma, que era posta para secar em forma de “duras gotas”, semitransparente de cor âmbar claro que possuíam agradável fragrância, sabor ligeiramente amargo, que deveriam ser mastigadas afim de limpar os dentes e aromatizar o hálito (RING, 1998).

Os Romanos por sua vez, valorizavam muito a higiene bucal, apesar de não conhecerem o sabão, as práticas de higiene contavam com a utilização da água em abundância. As abluções diárias (higiene pessoal diária), feitas pelos romanos no século IV, foram descritas por Ausônio, um estudioso que em sua obra, “Ephemeris: as ocupações do dia”, descreve: “Vamos levanta-te escravo! Passa-me minhas sandalhas e minha bata de musselina, traz-me as roupas que preparastes para mim, pois vou começar. E abre a água corrente, para que eu possa lavar minhas mãos, boca e olhos...”. Segundo o autor, o uso de dentifícios eram mais apreciados quanto mais ingredientes tivessem, e quanto mais trabalhosa fosse a sua elaboração. Várias substâncias podiam ser usadas para a preparação como: ossos, cascas de ovos, conchas de ostras depois de queima-las e mistura-las por vezes ao mel eram então reduzidas a fino pó. Utilizavam também substâncias adstringentes como a mirra ou salitre e com a intenção de restaurar a cor dos dentes faziam uso de carbonato de sódio ou potássio que deviam ser queimados e esfregados nos dentes. A consciência dos romanos de classe alta quanto a higiene dental era mais extrema que a das sociedades atuais. Consideravam de bom tom a higiene dos dentes à mesa de jantar, e junto aos talheres ofereciam aos convidados palitos de prata (RING, 1998).

A prática de higiene bucal na Grécia tardou a ser implantada. Um discípulo de Aristóteles, Teofrasto que morreu em 287 a.C., escreveu que era considerado uma virtude barbear-se com frequência e manter os dentes brancos. Entretanto, os cuidados regulares com os dentes não foram praticados até a Grécia passar a ser província de Roma. Sob a influência romana, os gregos aprenderam a usar uma enorme quantidade de substâncias para a limpeza dos dentes, entre estas a pedra pomes, esmeril, alabastro moído, coral em pó e óxido de ferro. Diócles de Caristo, médico

ateniense contemporâneo de Aristóteles, aconselhava: “A cada manhã deves esfregar vossas gengivas e dentes com os dedos desnudos e com menta finamente pulverizada, por dentro e por fora, e em seguida deveis retirar todas as partículas de alimentos aderidas” (RING, 1998)

No mundo Árabe, o hábito de higiene bucal foi introduzido e incorporado à religião pelo profeta Maomé, que nasceu em Meca por volta do ano de 570 a.C.. O Islam enfatiza a importância da higiene corporal, bem com a da mente. O Alcorão (livro sagrado dos muçumanos) preceitua entre outras obrigações, as abluções rituais cinco vezes ao dia antes das preces. Estas abluções consistem, entre outras coisas, em bochechar três ou quinze vezes por dia. O profeta recomendava também a limpeza dos dentes com um *siwak*, ramo da árvore *Salvadora pérsica*, cuja madeira contém bicarbonato de sódio e ácido tânico, além de outros adstringentes que tem efeito benéfico para as gengivas. Segundo a tradição, um ramo de uma polegada de diâmetro deve ser colocado de molho em água por 24 horas até que as fibras se tenham separado. Em seguida, descasca-se um pedaço do ramo, pondo a descoberto as fibras densas e um tanto quanto rígidas, fabricando assim uma escova natural. A prática do uso de palito para a retirada de restos de comida e a massagem das gengivas com os dedos também eram atribuídas a Maomé (LERMAN, 1964; RING, 1998).

Na Índia, de acordo com as crenças da época, a Odontologia era de origem divina, igualmente ao que ocorria em muitas outras partes do mundo antigo. Tradições que remontavam a 5.000 a.C. sustentavam que os *Ashvins*, filhos gêmeos do sol, passaram seu conhecimento sagrado a *Indra*, que por sua vez deixou fluir a ciência da vida até *Dhanvantari*. A divindade da Medicina, finalmente tocou com a luz da verdade a *Sushruta* e *Charaka*. *Sushruta* recomendava a higiene dos dentes ao levantar-se da cama, utilizando ramos verdes de árvores que tivessem substâncias ácidas, adstringentes e fortes. Uma pasta composta de mel e diversas outras substâncias deveria ser usada a fim de eliminar o mal odor da boca e livrar o corpo das impurezas (IGLESIAS, 1998).

O povo chinês deu importantes contribuições ao progresso humano, já por volta de 2.000 anos antes da era cristã. Os chineses nesta época não

apenas já haviam domesticado o cão, a cabra, o porco, o cordeiro e o cavalo, mas também já haviam descoberto o torno de cerâmica e por volta 1.500 a.C., e também teciam seda. Não seria nenhuma surpresa que a Odontologia também fosse praticada precocemente na China. Estes acreditavam que a manutenção da integridade dos tecidos bucais se dava a partir da eliminação dos restos de comida da boca, logo após a ingestão dos alimentos, de forma que o bochecho após as refeições fosse uma prática igualmente comum à escovação de dentes. A escova de dentes tal como conhecemos hoje, foi inventada pelos chineses por volta de 1490 d.C.(RING, 1998; IGLESIAS, 1998).

2.2.2 A higiene bucal na sociedade atual

As práticas de higiene bucal desempenham importante papel na prevenção das doenças bucais (FERREIRA e ORSI, 1995; ABEGG, 1997; MARTINS, TESSLER, CORRÊA, 1998). A escovação dental é a forma mais comum de limpar os dentes e amplamente aceita como um comportamento social desejável pela população dos países industrializados (FRANDSEN, 1986). O uso regular do fio dental e ou palito de dentes não é um hábito comum para a maioria das populações dos países industrializados estando a sua utilização habitual, restrita a uma pequena parcela destas (GIFT, 1986). De acordo com Honkala (1993), é recomendado escovar os dentes duas vezes ao dia, sendo considerado escovadores regulares todos aqueles que praticarem este hábito de higiene bucal ao menos uma vez ao dia.

Abegg (1997), considera que no Brasil os estudos epidemiológicos sobre hábitos de higiene bucal, nível de placa bacteriana, e sangramento gengival, são raros. O autor alerta para a importância de se verificar o comportamento de populações quanto a hábitos de higiene bucal, objetivando planejar programas educativos que visem à sua melhoria, com conseqüente redução dos índices de placa bacteriana e sangramento gengival. O citado autor em um estudo sobre hábitos de higiene bucal, avaliou as práticas de escovação dentária, uso de palito e uso de fio dental, entrevistando e examinando 234

mulheres e 237 homens de duas categorias sócio-econômicas, com idades entre 24 e 44 anos, da cidade de Porto Alegre (RS). A frequência de escovação encontrada foi alta, sendo que mais da metade dos indivíduos entrevistados (68,1%), declararam escovar seus dentes três vezes ao dia ou mais. Um terço (25,9%), alegou que escovava seus dentes duas vezes ao dia, enquanto que 5,1%, disseram escova-los apenas uma vez ao dia e menos de 1,0% da população estudada menos que uma vez ao dia. Na segmentação da amostra por idade, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto a frequência de escovação, contudo uma associação significativa foi evidenciada em relação ao sexo, onde as mulheres apresentaram maior frequência de escovação do que os homens. A frequência diária de escovação foi menor na categoria sócio-econômica baixa, em relação a mais alta. Embora o uso de fio dental seja uma prática mais recente do que a escovação, 67,5% dos entrevistados declararam usá-lo, sendo este hábito mais freqüente (81,7%), na classe sócio-econômica alta. O uso do palito mostro-se comum aos participantes do estudo, especialmente nos homens de nível sócio-econômico baixo, aumentando a medida que a idade avançava. O nível de placa bacteriana das pessoas examinadas foi considerado moderado (64,1%). As pessoas de categoria sócio-econômica baixa apresentaram nível de placa bacteriana alto. Apenas 26% dos indivíduos examinados, não apresentaram sangramento gengival. Foi encontrado associação entre o sangramento gengival, a idade e a categoria sócio-econômica, onde 83,2% dos indivíduos com sangramento tinham entre 30 à 34 anos de idade e 85,7% pertenciam a categoria sócio-econômica baixa. Os hábitos de higiene bucal foram considerados “bom”, para a maioria dos indivíduos que participaram do estudo, havendo a necessidade de melhoria no grupos dos homens e pessoas de categorias sócio-econômicas inferiores.

Kulak-Özkan et al. (2001), estudaram 150 jovens de Istanbul (Turquia) quanto aos hábitos de higiene bucal dentre outros. Dos indivíduos estudados 28% apresentaram boa higiene bucal, enquanto que 25% apresentavam higiene bucal deficiente. A maioria (74%), nunca fez uso de fio dental, sendo que 48% escovavam os dentes menos que uma vez ao dia.

Houve diferença significativa para higiene bucal e uso de fio dental entre homens e mulheres, uma vez que um número maior de mulheres apresentava melhores condições de higiene e faziam uso de fio dental. O estudo mostrou a necessidade da implementação de programas de promoção de saúde direcionados à esta população.

Há atualmente uma grande variedade de métodos disponíveis para a remoção mecânica da placa bacteriana, entretanto a escovação dental manual permanece sendo o método de eleição para se alcançar uma boa higiene bucal (COSTA et al. 2001). De acordo com alguns autores os dentes devem ser escovados no mínimo quatro vezes ao dia, após cada refeição (desjejum, almoço e jantar) e impreterivelmente antes de dormir (FERREIRA & ORSI, 1995; MARTINS TESSLER, CORRÊA, 1998; FISCHER, 1999).

Segundo Fischer (1999), o principal método mecânico de controle da placa bacteriana inclui a escovação dental e o uso de fio ou fita dental.

2.3 A GESTANTE

*“É comum agente sonhar, eu sei,
Quando vem o entardecer,
Pois eu também dei de sonhar
Um sonho lindo de morrer
Vejo nele um berço e nele eu me debruçar
Com o pranto a me correr
E assim chorando acalentar
O filho que eu quero ter”*

(Toquinho e Vinícius)

2.3.1 A gravidez como um processo natural

Gestação, gravidez ou prenhez, é o estado peculiar à mulher que concebeu e na qual evolui o produto da concepção. A prenhez é uma parte fundamental do ciclo vital da mulher, devendo-se portanto, considerá-la fenômeno normal. Neste particular, deve-se ter em mente que, embora as modificações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez afetem principalmente os órgãos de reprodução, todo o organismo feminino se altera. Sendo essas modificações essenciais para a manutenção da gravidez, o desenvolvimento do feto, o parto e a lactação subsequente (DELASCIO e GUARIENTO, 1987).

A gravidez é indiscutivelmente, uma condição que se faz presente corporalmente. O estado gravídico torna evidente e clara a compreensão do corpo como continente dos conteúdos somáticos e psíquicos. A observação e avaliação das modificações gravídicas sob o ponto de vista fisiológico, fisiopatológico e psicológico mostram o quanto as mesmas ganham representação na expressão corporal e na ação motora da mulher grávida. Uma vez que o corpo grávido manifesta uma das fases de transformação e de transição da vida da mulher, que se incorpora à sua história anterior e cria condições de crescimento e aprimoramento “do feminino”. A mudança do esquema corporal durante a gravidez responde às necessidades de organização corporal frente a adaptação de todos os aparelhos ao estado gravídico. As modificações estabelecidas durante os meses de gestação representam a transição para a maternidade (BIO, 1991).

Segundo Reece (1996), as alterações anatômicas e fisiológicas extraordinárias começam a ocorrer na mulher logo após a concepção. A interação materno-fetal é a base fundamental para estas alterações, sendo necessário um entendimento profundo a fim de interpretar apropriadamente a normalidade e a patologia da gestação. Na verdade muitas adaptações biológicas poderiam ser consideradas doença caso a gravidez não estivesse presente.

De acordo com Bio (1991), a prática clínica na assistência pré-natal mostra que as modificações gravídicas podem ser vivenciadas, no decorrer do desenvolvimento da gestação, como instrumento de expressão e conscientização do processo gravídico. O primeiro trimestre de gestação se instala a confirmação da gravidez, com intensas modificações orgânicas de adaptação, profundas alterações no psiquismo, início das transformações da estrutura corporal e auto-imagem em conflito. As confusas percepções internas e externas do estado gravídico, associadas à aceitação ou rejeição da gravidez, tornam este período um tanto quanto desorganizado, contudo saudável; sendo necessário um período de latência e acolhimento para a fixação do novo. O segundo trimestre de gravidez se caracteriza pelo estado gravídico instalado corporalmente, com visíveis alterações posturais. Inicia-se os movimentos fetais o que gera uma constante sensibilidade do

abdômem, estimulando a relação materno-filial e gerando novas percepções da maternidade. O corpo, nos últimos meses de gravidez, terceiro trimestre, mostra-se basicamente numa postura de tensão e ansiedade frente ao final da gestação e à situação de parto. Caracteriza-se pelo crescimento fetal e decorrente aumento do abdômem grávido, aumento dos movimentos fetais e intensificação da relação materno-filial. Essas manifestações somáticas sensibilizam a gestante para a maternidade, embora gerem medos do desconhecido, o parto; uma vez que agora a gestação tornou-se uma situação conhecida.

2.3.2- As alterações fisiológicas da gravidez

A gravidez é um momento sublime na vida de uma mulher, momento este que está acompanhado de uma série de alterações fisiológicas e psíquicas (DELÁSCIO, et al 1989; QUAYLE, 1994). Durante a gravidez a placenta secreta grandes quantidades de estrogênio, progesterona e gonodofrina coriônica. Esses hormônios são considerados essenciais para a continuidade da gestação e o bom desenvolvimento do feto (GUYTON, 1992).

O estrogênio é responsável pelo preparo da mucosa uterina para a ação posterior dos hormônios progestacionais, atuando também no crescimento do tecido glandular mamário e da genitália externa feminina. Favorece o relaxamento dos ligamentos pélvicos, levando a uma flexibilidade das articulações sacro-iliacas que permita a passagem do feto no momento do parto (RESENDE e COLSOVSKY, 1991).

A progesterona aparece logo após a ovulação e promove o desenvolvimento acentuado do endométrio, preparando o útero para receber e nutrir o embrião. Este hormônio contribui também na redução da contratilidade do útero grávidico impedindo assim que as contrações

uterinas produzam o aborto espontâneo, e colabora na preparação das mamas para a lactação (KAHHALE, 1991).

A gonadotrofina coriônica, por sua vez, tem como função mais importante impedir a involução normal do corpo lúteo ao final do ciclo sexual feminino, induzindo o corpo lúteo a secretar quantidades ainda maiores de progesterona e estrogênio. Estimula ainda o crescimento contínuo do endométrio possibilitando o armazenamento de nutrientes. No feto de sexo masculino exerce efeito estimulante sobre as células intersticiais dos testículos resultando na produção de testosterona pelo feto (RESENDE e COLSOVSKY, 1991; KAHHALE, 1991).

Segundo Oliva Filho e Oliveira (1995), a estabilidade nutricional da unidade fetoplacentária é garantida pela relação parasitária no qual esta se encontra. O suprimento energético necessário ao desenvolvimento fetal, é proveniente exclusivamente dos nutrientes presentes na circulação materna, que se transportam através da placenta por difusão simples. As mudanças teciduais da mãe, o desenvolvimento do feto e da placenta e o aumento da atividade metabólica levam a um consumo de nutrientes adicional de 15% em relação ao estado não gestacional. No início do segundo trimestre ocorre a expansão do volume sanguíneo, aumento do útero e das reservas energéticas da mãe, o ganho de peso esperado é de 10 a 12 kg, podendo ser maior nas gestantes mais jovens. No caso de haver um aumento de peso superior a média, é sinal de dieta desequilibrada com repercussões na atividade hormonal.

Durante a gravidez há um aumento significativo no volume de células vermelhas em aproximadamente 20%, mais expressivo no segundo e terceiro trimestre de gestação. As reservas de ferro não são suficientes para suprir a demanda sendo necessário uma compensação sob pena do desenvolvimento de uma anemia. A absorção de ferro pode ser equilibrada através do consumo de carnes e frutas cítricas. Em casos mais delicados de deficiência deste nutriente utiliza-se um suplemento de 30 a 60 mg de ferro/dia (RESENDE e COLSOVSKY, 1991).

A deficiência vitamínica de ácido fólico é a mais comum nas gestantes. Este ácido é essencial para a síntese de DNA e a presença deste possibilita

uma divisão celular mais rápida. Os seres humanos não são capazes de sintetizar ácido fólico, estes devem ser retirados de alimentos como os vegetais, carnes vermelhas, fígado, leguminosas e frutas cítricas. A deficiência desta vitamina pode gerar anemia megaloblástica. O ácido ascórbico (vitamina C), é outra vitamina essencial para o pleno desenvolvimento gestacional, é indispensável na formação de colágeno, prevenindo a fragilidade capilar e a atividade cicatricial (DINIZ, 1991).

Os íons de cálcio são ativamente transportados pela placenta e são essenciais para a mineralização da matriz óssea do feto na segunda metade da gestação. As necessidades totais de cálcio durante a gestação são de 30 mg, sendo a maior parcela utilizada no último trimestre. A demanda será bem suprida com a ingestão regular de leite (DINIZ, 1991).

As modificações no trato digestivo são indicadas por náusea e vômito, mais comum no início da gestação, quando o apetite fica inconstante sendo comum desejos e aversão por determinados tipos de alimentos. As náuseas e vômitos, são distúrbios que ocorrem em um certo grau em cerca de 50% das gestantes. Os sintomas podem variar de discreta náusea quando a mulher eleva a cabeça sempre ao acordar à vômitos freqüentes e persistentes, que são mais comuns pela manhã ao levantar. Geralmente desaparecem no final do primeiro trimestre (RESENDE e COLSOVSKY, 1991).

Grande parte das alterações fisiológicas durante a gravidez, tem como fundamento variações hormonais, desempenhando inclusive funções como o controle da musculatura cardíaca e regulamentação da pressão sanguínea. Há uma tendência no início da gravidez de diminuição da pressão arterial, especialmente em níveis diastólicos, estando a resistência arterial periférica também debilitada. O sistema cardiovascular sofre alterações, em função da necessidade natural de promover um aumento gradativo do sangue circulante de onde virá todos os elementos necessários à sobrevivência e desenvolvimento do feto. A freqüência cardíaca estará alterada, registrando picos de 30% à 50% acima do estado não gestacional, principalmente a partir do segundo trimestre (BIO, 1991).

2.3.3- As alterações psicológicas da gravidez

No desenvolvimento psicológico e amadurecimento da mulher, são observados três períodos críticos, que constituem verdadeiras fases de estruturação da personalidade: a adolescência, a gravidez e o climatério. Considerados de transição, são biologicamente determinados e se caracterizam por mudanças metabólicas complexas, um estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamento interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade (MALDONATO, 1985).

Quayle (1994), acredita que existam tantas maneiras de ser mãe quanto existem mulheres. Cada ser humano é um universo de desejos, aspirações e sentimentos que traduzem em opções, comportamentos e compromissos. Segundo a autora, a gestação é uma fase “normal” na vida da mulher, mas é também um período excepcional. Cada gravidez em cada mulher é única, marca uma transição onde mudanças corporais expressam, moldam e refletem modificações psíquicas. Experiências emocionais profundamente marcadas pela personalidade e história de vida de cada gestante, associam-se às alterações biológicas do processo gestacional, onde as vivências específicas, os sentimentos e os comportamentos decorrentes podem variar entre as grávidas, como diferem nas sucessivas gestações de uma mesma mulher.

Segundo Oliva Filho e Oliveira (1995), as mudanças emocionais e comportamentais provocadas pela gravidez e suas alterações fisiológicas, devem-se à existência de conflitos normalmente existentes neste período. Gravidez, pode ser um júbilo e um estresse na vida da mulher, com simultâneas alterações emocionais. O primeiro trimestre, é marcado por um humor instável, havendo uma melhora a partir do segundo trimestre, onde a gestante sente-se melhor e excitada com a expectativa. O último trimestre de

gravidez, associa algum tipo de desconforto físico à preocupações quanto ao parto (CASAMASSIMO, 2001)

2.3.4 A assistência a saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS)

Há muito tempo, a saúde da mulher vem sendo foco de atenção dos “gestores de saúde”. No século XVIII em Villiers-le-Duc, França, o prefeito lançou um programa que visava diminuir o desperdício de vidas infantis através da premiação de mães que conseguissem manter os seus filhos vivos até a idade de um ano. O programa inicial foi substituído quando da sucessão do prefeito Morel pelo seu filho em 1893, que deu vazão a um programa completo de bem estar da maternidade e da criança. Toda mulher ao comunicar a sua gravidez, recebia imediatamente uma visita do clínico que mais tarde iria examinar o recém-nascido. O programa que associou a atenção pré-natal a assistência pós-parto, alcançou tamanho êxito que de 1893 a 1903 a mortalidade infantil de Villiers-le-Duc caiu a zero (ROSEN, 1994).

No Brasil, saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido pela Constituição Brasileira em seu artigo 196 (BRASIL, 1988). O Ministério da Saúde, através da portaria 569/GM de 01 junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (**PHPN**), cujo objetivo é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. Nos princípios e diretrizes do programa, consta que as autoridades sanitárias de âmbito federal, estadual e municipal são os responsáveis pela garantia dos direitos das gestantes e aos recém-nascidos, onde toda gestante tem o direito de: de atendimento digno e qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; a um acompanhamento pré-natal adequado; em saber do direito

assegurado ao acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; a assistência ao parto e ao puerpério e que este se dê de forma segura e humanizada. A portaria institui ainda o Componente I – Incentivo à Assistência Pré-Natal, que objetiva estimular os estados e municípios a aumentar a cobertura e incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal às suas gestantes, promovendo a captação precoce e o cadastramento dessas, além de organizar suas redes assistenciais, garantindo a realização do acompanhamento pré-natal completo e sua articulação com assistência ao parto e ao puerpério. Os recursos destinados ao incentivo; R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais), são adicionais aos já destinados a esta modalidade assistencial (BRASIL, 2000).

Segundo o Manual Técnico de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde, compete ao Ministério da Saúde estabelecer políticas e normas técnicas para a atenção pré-natal de boa qualidade bem como equipamentos e instrumental necessários e capacitação da equipe de saúde. A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção de saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e pós-parto (BRASIL, 2000) .

A assistência pré-natal oferecida pelo **SUS** consiste no acolhimento da mulher desde o início de sua gravidez, período onde ocorrem mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. Sabe-se que as transformações ocorridas neste período podem gerar medos, angústias, dúvidas, fantasias ou simples curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo. As equipes de saúde ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, devem compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e família. Considera-se o contexto de cada gestação determinante para o seu pleno desenvolvimento, e de fundamental importância que as histórias trazidas pelas mulheres sejam acolhidas integralmente. O manual ainda prevê o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família (BRASIL, 2000).

A Prefeitura Municipal de Florianópolis dispõe do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, onde garante o atendimento, a captação e o acolhimento da gestante, bem como consultas pré-natal sendo no total o mínimo de 6 (seis), com início o mais precoce possível, em intervalos de quatro semanas até a 38ª semana de gestação. E quinzenalmente ou semanalmente entre 38ª e a 42ª semana. A tenção consiste em consultas pediátricas pré-natal, pré-natal de alto risco, atenção a saúde bucal onde é garantido a gestante que procurar atenção pré-natal nos centros de saúde até a 12ª semana de gravidez, atendimento odontológico completo (atenção primária). Do contrário, a gestante receberá apenas as orientações sobre prevenção e atendimento clínico para adequação do meio bucal, atividades educativas e puerpério. Segundo a Normatização da Assistência a Saúde da Mulher (1998), o acompanhamento pré-natal é uma prioridade da rede básica de saúde municipal (FLORIANÓPOLIS, 1998).

2.3.5 A Odontologia e a saúde bucal da gestante

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela significativa da população brasileira não tem acesso à serviços odontológicos. Dados do Ministério da Saúde revelam que a saúde bucal no Brasil vem recebendo uma parcela relativamente menor do que o total de investimentos do SAI/SUS. O SUS, do ponto de vista odontológico, é um agente de grande importância, contudo exerce um papel proporcionalmente pequeno quando comparado aos atendimentos médicos. O gasto *per capita* anual (1998) em procedimentos individuais teve uma média modesta de R\$0,88 (oitenta e oito centavos de Real); revelando que a situação de saúde bucal do Brasil está bem abaixo da média internacional (BARROS e BERTOLDI, 2002). Em 1990, a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (**ABOPREV**), publicou um comunicado com orientações para se

obter e manter a saúde bucal nas diferentes faixas etárias, iniciando com orientações para gestantes e enfatizando a necessidade de se criar na família um ambiente propício à prevenção (ZARDETTO et al, 1998).

A Odontologia intra-uterina segundo Gonzaga et al (2001), é um assunto altamente relevante nos tempos de hoje, uma vez que os hábitos adquiridos pelas crianças para a promoção de saúde bucal se estabelecem através da observação das práticas de prevenção da mãe, sendo que crianças cujas mães tem pouco cuidado com a saúde bucal, apresentam forte tendência a também desenvolverem poucos cuidados, repetindo assim os maus hábitos das mães. A mulher enquanto gestante, normalmente está mais susceptível a mudanças de comportamento em função do filho; tornando esta época da vida da mulher excelente para orientações sobre saúde, que irá favorecer a ela e ao bebê (REISINE e DOUGLAS, 1998; GONZAGA et al, 2001; GAFFIELD et al, 2001; NUNES e MARTINS, 2001).

Corsetti, Figueiredo e Dutra (1998), baseados na abordagem atual do tratamento odontológico que está fundamentado no modelo de promoção de saúde bucal, o qual busca o tratamento integral do indivíduo, apoiado principalmente em medidas educativas e preventivas, procuraram avaliar através de um estudo os serviços públicos de Porto Alegre (RS). Os autores, investigaram a existência ou não de programas odontológicos durante o pré-natal e o grau de informação dos cirurgiões dentistas envolvidos nesse atendimento. Acreditando que os programas odontológicos direcionados para as gestantes, são fundamentais para que precocemente as mães sejam esclarecidas da importância da saúde bucal, uma vez que será benéfico para a saúde bucal do seu bebê; os Postos de Saúde de Porto Alegre (RS) que dispõem de atendimento pré-natal, foram avaliados através de um questionário respondidos pelos cirurgiões-dentistas (**CD**). Apenas 24,4% dos postos possuem um programa instituído para gestantes, sendo que na maioria, 75,6% dos postos, apenas 64% das gestantes que solicitavam atenção odontológica foram atendidas. Quanto a programas de acompanhamento pós-natal da mãe e do bebê, um total de 27,9% dos postos já oferecem ou estão em fase de implantação. O número total dos CD entrevistados consideraram importante o atendimento odontológico neste

período para melhorar os hábitos da gestante e conseqüentemente beneficiar o futuro bebê. Dentre eles, 95,3% fazem recomendações para que as futuras mães levem o bebê ao dentista indicando a idade de 0-3 anos como época ideal (70,4%). Concluiu que não existe na prática atual um atendimento odontológico pré-natal como sugere o modelo de promoção de saúde bucal, apesar de os CD estarem sensíveis da importância dessa iniciativa.

Del Duca et al (2002), avaliaram o perfil e a condição de saúde bucal das gestantes que procuraram o projeto de ensino: Atenção Odontológica Materno-Infantil da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em Pelotas (RS). Foram tabulados 100 fichas, considerando parte das respostas da anamnese e o exame físico da situação da cavidade bucal. A idade das gestantes estava entre 21-20 anos, 61% com renda familiar na faixa de 2-5 salários mínimos, 63% não completaram o ensino médio, onde 52% eram donas de casa e 57% não eram casadas. Do total, 60% não planejaram a gravidez, e este número aumentou para 88% para as gestantes menores de 20 anos. A dor de dente foi relatada em 43% dos casos. Quanto a situação bucal, 20% apresentavam lesão no tecido mole e apenas 19% não tinham anomalias de oclusão. A doença periodontal estava presente em 74% dos casos. O CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) médio foi de 13.31, aumentando com a idade. Segundo os autores, a maioria das gestantes que procuraram o programa, o faziam para resolver seus problemas de saúde bucal, uma vez que apresentavam necessidades múltiplas: cabendo aos profissionais a responsabilidade pela motivação das mudanças de hábitos, criando desta forma um efeito multiplicador de saúde.

Dentre os motivos que levam as gestantes a não procurarem o CD, está a crença de que o atendimento odontológico faz mal para a saúde do bebê (MAEDA et al, 2001; OLIVEIRA Jr. et al, 2002). Este fato associado a crença de que “a cada gestação a mulher perde um dente” (NASCIMENTO e LOPES, 1996; MAEDA et al, 2001; GAFFIELD et al, 2001; NUNES e MARTINS, 2002), leva ao aumento da precariedade de sua saúde bucal.

Bernd et al. (1992) levantaram a hipótese de que as gestantes da unidade de saúde do Valão, em Porto Alegre (RS), não procuravam o atendimento odontológico durante a gestação por medo que fosse prejudicial ao feto.

Utilizando-se da metodologia qualitativa, junto a um grupo de gestantes e mulheres que tiveram seus filhos no período de até seis meses, os autores puderam perceber um vazio deixado à atenção em saúde bucal. Verificaram que o valor atribuído à saúde bucal estava associado ao papel que os dentes anteriores desempenham na integração social. A origem da cárie foi entendida como resultante de determinados alimentos “bons” e “ruins”, fato insuficiente para provocar alteração nos hábitos alimentares. Algumas mulheres entendiam a cárie como uma doença inevitável. Não se percebeu nenhuma correlação entre as doenças bucais e as condições de vida das pessoas, nem ficou explícita a atribuição de responsabilidades aos serviços pelas suas más condições de saúde, sendo a culpa por seus problemas bucais, assumida integralmente pelas mulheres. A dificuldade em mudar hábitos alimentares, especialmente, os relacionados aos alimentos doces, foi analisada sob dois aspectos: o sócio-econômico, visto que carboidratos são os alimentos mais baratos, e o cultural, a associação entre o açúcar e as necessidades de prazer, de afeto ou de compensação às frustrações. Quanto à prática odontológica, como resposta à problemática de saúde bucal, o medo do dentista e do atendimento odontológico apareceram de forma marcante, relacionados à dor, ao instrumental, aos procedimentos e ao próprio profissional. A relação que se estabeleceu foi entre a prática odontológica e a solução de seus problemas imediatos e práticos, possibilitando o retorno às atividades cotidianas. Foram referidos dois níveis de dificuldades a serem superados para se chegar ao dentista: o interno – medos, traumas e fantasias, e o externo – dificuldades de marcação de consultas, esperas prolongadas, interferência no cotidiano. No que se refere à relação entre cultura popular e gestação, apareceram duas percepções: a de que o tratamento odontológico pode causar danos ao bebê e os relatos de dentistas, familiares e amigos sobre a impossibilidade de tratamento na gestação. Os autores acreditaram ser a partir dos discursos “científicos” dos dentistas, que são decodificados de forma distorcida pelos pacientes, que se conforma a percepção de que o tratamento na gestação não é recomendável. Revista a hipótese inicial, a explicação para a não procura de atendimento odontológico durante a gravidez foi colocada num contexto bem mais

complexo. Este fato estaria assim vinculado com aspectos da cultura popular e sua ambigüidade; da cultura científica e seus discursos; da prática odontológica hegemônica e do papel que desempenha numa sociedade como a brasileira. Outra constatação deste interessante trabalho, foi a diferença nas percepções em saúde bucal entre profissionais e a população. Nesse sentido, os autores reforçaram a necessidade de se enfatizar a prática educativa em saúde e de se construir um novo modelo de prática, que venha ao encontro das expectativas da população e seja capaz de causar impacto nos níveis de saúde.

Albuquerque e Rodrigues (2001), em um estudo qualitativo, objetivaram identificar e analisar as barreiras ao atendimento odontológico de gestantes inscritas no programa “Saúde da Família” no Cabo de Santo Agostinho e desenvolver um questionário válido para a coleta de dados. A metodologia utilizada foi o grupo focal e as gestantes selecionadas mediante a amostra intencional. A análise das informações seguiu a categorização da Federação Dentária Internacional (FDI), na qual as barreiras se referem ao indivíduo, à prática da profissão e à sociedade. Observou-se predominâncias nas barreiras referentes ao indivíduo: crenças populares que desaconselham a busca do atendimento odontológico na gravidez, baixa percepção de necessidade, medo de sentir dor e dificuldade de acesso. Barreiras relacionadas à prática da profissão como: dificuldade de comunicação com o dentista, descrédito no diagnóstico e procedimentos realizados. E referentes à sociedade: desarticulação dos serviços de saúde, educação em saúde inexistente ou com abordagem inadequada. Os autores concluíram que as gestantes apresentavam uma visão crítica, contudo passiva quanto ao modelo de atenção vigente, sendo a dor de dente a razão principal que as levavam a procurar o serviço.

Oliveira Jr. et al (2002), afim de contribuir para a eficácia de programa de prevenção baseado na “desinfecção das mãos”, procuraram levantar o grau de conhecimento específico sobre saúde bucal e identificar possíveis crenças que dificultariam a implantação destes programas. Foram entrevistadas 116 gestantes de classe media/alta da cidade de Araraquara (SP), objetivando identificar o maior nível de informação disponível na população, uma vez que

todas as gestantes eram pacientes particulares de médicos e dentistas conceituados. As perguntas procuravam evidenciar os problemas de saúde bucal, o conhecimento sobre a etiologia da cárie e os possíveis mitos e crenças que poderiam limitar o número de gestantes a participar dos programas preventivos de saúde bucal públicos ou privados. Do total de entrevistadas, 90% das mulheres responderam não ter nenhum tipo de problema bucal; e as outras 10 %, relataram apresentarem problemas como gengivite e sangramento gengival. Quanto a possibilidade da transmissibilidade da doença cárie, apenas 12% das grávidas responderam conhecer esta possibilidade, enquanto 88%, desconheciam esta informação. Muito embora as mulheres demonstrassem um alto grau de motivação na adoção de medidas de higiene e promoção de saúde, houve uma parcela grande de gestantes de classe média e alta (42%), que demonstraram receio, que o tratamento odontológico realizado durante o período de gestação prejudicasse o desenvolvimento de seu filho. Sendo assim, procurariam o dentista somente após o nascimento dos bebês, mesmo apresentando problemas bucais. Frente aos resultados, os autores concluíram que o conhecimento popular, seus mitos e receios influenciam significativamente no comportamento das pessoas. Caso estes não sejam considerados, e se o programa não puder ser adaptado a estas realidades, então não deve haver a implantação do programa sob pena de se mostrar inviável e com poucos resultados.

2.3.6- O conhecimento das gestantes sobre saúde bucal

A promoção de saúde, considera os indivíduos unidades biopsicossociais, dotados de saberes, valores e condutas que são historicamente determinados e mediatizados por uma dimensão cultural. Os saberes e condutas devem ser levados em consideração quando se pretende construir modos de

trabalho capazes de se reverter em benefícios reais para a população (BERND et al, 1992). Segundo Menino e Bijella (1995), os conhecimentos e comportamentos em relação a própria saúde bucal adotados pelos pais, determinam os hábitos de higiene e os cuidados com a saúde bucal da criança.

Menino e Bijella (1995) entrevistaram 150 gestantes com idade média de 23,7 anos, que realizavam pré-natal em núcleos de saúde na cidade de Bauru (SP). Essa amostra foi composta basicamente de gestantes de baixo nível sócio-econômico: 70,6% viviam com 3 ou menos salários mínimos, 62,3% não haviam completado o primeiro grau e 59,3% tinham como ocupação principal os afazeres do lar. Verificaram que a maioria das gestantes (91,3%) conhecia a doença cárie, mas não sabia defini-la ao certo. A doença periodontal foi citada por apenas 34% das gestantes. Os doces, a má escovação e a falta de tratamento foram considerados as principais causas de problemas bucais. Quanto a durabilidade dos dentes permanentes, apenas 56% acreditavam que os mesmos devem durar por toda a vida e 53% consideravam a cárie evitável. Apesar de não saberem o que é o flúor, 56,7% das gestantes sabiam que ele previne a cárie. Sobre a auto-percepção de saúde bucal, 42% das gestantes consideraram ter boa saúde bucal e 42,7%, regular, a maioria das gestantes acreditava que os problemas bucais afetam a saúde geral das pessoas e conceituava saúde como ausência de doença. Apenas 17,3% das entrevistas haviam procurado o dentista durante a gestação, sendo que 57,7% o fizeram para a realização de tratamento eletivo e 42,3% para atendimento emergencial. Dos 82,7% que não foram ao dentista, 52,4% responderam que não foram porque não precisavam, 20,2% por estarem grávidas, 15,3% por problemas financeiros e 12,1% por falta de tempo. Das gestantes que buscaram o atendimento odontológico durante a gestação, 15,4% disseram ter seus atendimentos recusados por parte dos dentistas. A maioria das gestantes (98,7%) respondeu escovar seus dentes mais de uma vez por dia, 100% afirmaram usar dentifrício e 42%, o fio-dental. Quando questionadas a respeito do recebimento de orientações sobre saúde bucal, 82,4% responderam que as haviam recebido, sendo que 47,7% haviam sido orientadas por dentistas,

25,2% através da escola, 8,1% pelos pais, 8,9% por dentistas de escolas, 7,3% pela televisão e 3,31% por materiais didáticos. Entretanto, 95,3% das gestantes não receberam nenhum tipo de orientação durante o período gestacional. Grande interesse foi demonstrado pelas gestantes em adquirir mais conhecimentos sobre os temas.

Barbosa e Chelotti (1997), investigaram alguns aspectos do conhecimento de 501 mães, grávidas ou com filhos de até 6 anos, de nível sócio-econômico médio e alto, freqüentadoras de consultórios médicos privados e/ou cujos filhos estudassem em escolas particulares, na cidade de São Paulo (SP). A maioria das mulheres estava na faixa etária dos 30 aos 40 anos, possuía dois filhos, haviam cursado a universidade e trabalhavam fora. Foi entregue um questionário com 38 questões de múltipla escolha. A análise dos resultados mostrou que 98,8% das mães escovavam seus dentes duas ou mais vezes ao dia e que 56,3% delas também usavam o fio-dental diariamente. O dentista foi citado como maior fonte de informações por 93,4% das mães, a mídia representou 35,4%, os médicos 10,6% (considerado pouco pelos autores, tendo em vista a oportunidade única que estes dispõem para a orientação precoce), e os professores, 2,8%. Constatou-se que apenas 16,2% das mães consideraram a idade de 6 meses a 1 ano de seus filhos, o período ideal para a primeira visita ao dentista. A maioria das mães, 61,7% desconhecia a importância da consulta odontológica nesta idade. Quanto aos aspectos da dentição decídua, percebeu-se que muitas mães (43,5%) não sabiam que dentes decíduos possuem raiz. O leite materno, não foi considerado um possível fator etiológico de cárie por 71,2% das mulheres, apesar de considerarem (63,5%) o leite de vaca sem açúcar, potencialmente cariogênico. Tal fato, talvez possa ser explicado por ser o leite materno considerado um produto natural e como tal, saudável. Além disso, os programas de incentivo ao aleitamento e os pediatras, não têm alertado as mães para esse problema. A freqüência na ingestão de sacarose era sabida por 68,3% das mães como fator etiológico de cárie, diferentemente da consistência dos alimentos; 58,9% desconheciam a influência da consistência de alimentos doces no desenvolvimento de lesões cariosas. Em relação a transmissibilidade bacteriana entre mães e filhos, apenas 31,3%

imaginavam essa possibilidade. O método preventivo para a cárie mais conhecido (94,4%) foi o da aplicação tópica de flúor no consultório odontológico, seguido pela fluoretação das águas de abastecimento (82,1%), bochechos fluoretados (67,9%) e por último, selantes (58,5%). O resultados foram satisfatórios quanto ao aspecto hábitos deletérios: 98,8% das mães reconhecem os hábitos de sucção como potenciais fatores etiológicos para a má-oclusão.

Zardetto, Rodrigues e Ando (1998) objetivaram em sua pesquisa com 302 gestantes e puérperas em hospitais e maternidades paulistanas, verificar a influência de diferentes fatores, escolaridade, renda familiar e o fato de já se possuir outro(s) filho(s), na aquisição de conhecimentos relativos à saúde bucal. Questionários foram aplicados, sendo que as respostas receberam escores, permitindo que notas fossem atribuídas a cada entrevista, de acordo com os conhecimentos apresentados pelas entrevistadas. A nota média foi considerada bastante baixa pelos autores, denotando um nível de conhecimentos menor do que o esperado para tal amostra. Verificaram que a escolaridade e o fato de possuírem ou não outro(s) filho(s), não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, sendo que a renda familiar foi o único fator que influenciou a posse de conhecimentos por parte das mulheres.

Silva, Lopes e Menezes (1999), entrevistaram 100 gestantes com idades entre 13 e 40 anos, em unidades de saúde da rede municipal de Curitiba (PR). A maioria das gestantes possuía escolaridade baixa (60% tinham o primeiro grau, completo ou não), 55% eram atendidas em serviços odontológicos públicos, 43% em particulares e 2% nunca haviam sido atendidas por dentistas. Com relação a auto-percepção de saúde bucal, 49% das entrevistadas disseram possuir boa saúde bucal, 40% regular e 11% ruim, sendo que afirmaram ter recebido orientações sobre a prevenção da cárie, 79% delas. Dessas, 66% as obtiveram de dentistas, 2% dos pais, 20% dos professores e 6% através da mídia. O atendimento odontológico precoce na infância, no primeiro ano de vida, foi considerado importante por 55% das gestantes, sendo que esse atendimento teria como principal motivo aspectos educativos e preventivos de saúde bucal (48%), a erupção dos

dentes (22%) e algum incômodo ou necessidade de tratamento (7%). A maioria das gestantes (69%), se considerou capaz de evitar a doença cárie em seus filhos e apontou alimentos doces (66%) e restos de alimentos entre os dentes (60%) como causas para o surgimento de lesões cáries. A mamadeira foi identificada como possível causadora de cárie por apenas 2% das gestantes. Higienização bucal (70%), visitas periódicas ao dentista (20%), aplicação de flúor (12%) foram os procedimentos citados como capazes de evitar o desenvolvimento de cárie, porém, 10% das gestantes não souberam responder a esta pergunta. Os dados obtidos sugeriram que as gestantes entrevistadas possuíam uma noção adequada da importância do atendimento precoce. Os autores consideraram satisfatórios os resultados encontrados apesar do baixo grau de escolaridade da amostra. Apontaram o fato das gestantes terem acesso facilitado aos serviços de saúde odontológicos, como responsável pela percepção de fatores importantes relacionados à saúde bucal, o que contribuiria para uma intervenção positiva no processo saúde-doença de seus futuros filhos.

Maeda, Toledo e Pandolfi (2001), distribuíram questionários em 22 consultórios médicos, na cidade de Franca (SP). Após 3 meses, 100 gestantes haviam respondido. A maioria (49,13%) estava no último trimestre gestacional sendo que 35,35% delas, vivenciavam pela primeira vez a gravidez. Observaram que 47,7% das gestantes conheciam a possibilidade da transmissão da doença cárie entre mãe e bebê e 34,9% desconheciam essa relação e 17,4% não acreditavam ser possível. Um total de 77,88% das gestantes acreditavam na importância de cuidar mais de seus dentes durante a gestação, entretanto 85,09% disseram escovar os dentes com a mesma frequência que escovavam antes de engravidar, 12,28% com maior frequência e 2,63% com menor frequência. Somente 39,64% das gestantes entrevistadas visitaram o consultório odontológico durante a gestação até o momento desta pesquisa. As autoras constataram, que o principal motivo citado pelas mulheres para não terem procurado o dentista foi a falta de necessidade. Entretanto, tal justificativa não se confirmou quando se cruzaram essas informações com os dados relacionados às condições bucais, hábitos de higiene, preocupações, dúvidas e falta de conhecimento quanto ao

melhor período da gestação para o tratamento odontológico. Apontam o medo, a desinformação das gestantes, o despreparo e o receio dos dentistas em tratar gestantes, como causas para o seu não atendimento durante a gestação. Das entrevistadas, 22,8% relataram que já tinham medo do tratamento odontológico antes de engravidarem, número que passa para 43,9% durante a gestação. Dessas gestantes, 54,64% relataram receio da anestesia trazer conseqüências para o feto, 29,90% o medo de hemorragias bucais e 11,34% de hemorragias genitais.

2.4 A GRAVIDEZ E SUAS ALTERAÇÕES COMO INDICADORES DE RISCO À DOENÇAS BUCAIS

2.4.1 A gravidez como fator predisponente à doença periodontal

As doenças periodontais são reações inflamatórias de caráter infeccioso e, sendo assim, estão intimamente relacionadas a uma microbiota específica que coloniza a área subgengival, desencadeando mecanismos de proteção no hospedeiro. Algumas das patologias parecem resultar justamente desta interação entre a flora patogênica e a reação do hospedeiro; reforçando esta afirmação, é importante ressaltar que há fatores de susceptibilidade ou de resistência à doença periodontal, que influenciam a resposta do hospedeiro frente ao ataque microbiano. O fator de risco pode ser uma característica física ou comportamental, ou exposição ambiental associada a uma doença; está fortemente relacionada à maior chance de um indivíduo sadio adquirir determinada condição patológica. Pode ser o agente causador ou afetar a cadeia da causa (ASSAF, 1999).

Segundo Oliver (1998), idade, raça, gênero, status socio-econômicos e genética são determinantes para a doença periodontal, sendo a genética um fator imutável que desempenha um papel importante nesta enfermidade. Genco (1996), afirma que o estresse e outros distúrbios de comportamento

são fatores que ainda necessitam de mais estudos para confirmação, portanto são apenas considerados indicadores de risco para a doença periodontal.

Assaf (1999), relata que o simples fato de haver colonização de bactérias patogênicas na área subgengival não basta para que ocorra doença periodontal. Quando existe um desequilíbrio entre a flora bacteriana e as defesas do hospedeiro, a doença se estabelece. A resposta do hospedeiro se dá se a ordem inflamatória desencadeia reações imunológicas, que na maioria das vezes levam a grandes destruições teciduais. Fatores de ordem local ou sistêmica, que possam interferir com esta resposta, suprimindo ou estimulando, interferirão com a progressão da doença no indivíduo.

Muitos pesquisadores se preocupam em estudar a situação gengival e periodontal de gestantes, a fim de verificar se o estado gravídico causa alterações no periodonto da mulher. (CUNHA, SANT'ANNA, CUNHA 1985; ROMERO et al., 1988; ROSELL, MONTANDON-POMPEU; VALESKI JR. 1999; GOMES, PAIVA, 2002). Alguns estudos mostram que as mulheres grávidas tinham mais enfermidade periodontal do que as não grávidas (MANGSKAU & ARRINDELL, 1996; GOMES & PAIVA, 2002; TAANI et al., 2003).

A população de gestantes é caracterizada por um estado de saúde precário com presença de infecção cariogênica e periodontal (SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1999; TORRES et al, 1999). No período de gestação, a inflamação gengival com muita freqüência tende a agravar-se aumentando também a severidade da gengivite, tornando-se muitas vezes perceptível frente a presença de irritantes locais. As modificações nesta fase estão relacionados a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis de estrógeno e progesterona, presença de placa bacteriana que são muitas vezes favorecidas por outros fatores locais como o estado transitório de imunodepressão (CUNHA, SANT'ANNA, CUNHA 1985; ROMERO, et al, 1988).

As mudanças hormonais e vasculares que acompanham a gravidez promovem uma resposta inflamatória exagerada aos irritantes locais (MANGSKAU & ARRINDELL, 1996; STEINBERG, 2000). Sooriyamoorthy e Gower (1989), objetivaram em seu estudo revisar a relação entre a doença periodontal e a influência dos hormônios nos tecidos gengivais, levantando

que a gengivite na gravidez ocorre como um resultado do aumento dos níveis de progesterona na circulação e dos efeitos da microvascularização gengival. O aumento dos níveis de circulação de progesterona, causa dilatação dos capilares gengivais, aumentando a permeabilidade capilar e o exudato gengival, havendo também a ação direta da progesterona nas células endoteliais com efeito na síntese de prostaglandinas e supressão das células imune. Segundo Lee et al (1999), a tempestade de hormônios ocasionada pela gravidez causa mudanças em todo o organismo da mulher, sem exceção da cavidade bucal. A autora considera que as mudanças gengivais acontecem devido a pelo menos dois fatores como o aumento no metabolismo de estrógeno que aumenta a sensibilidade gengival aos irritantes, provocando inflamação e o aumento da síntese de prostaglandinas que possuem o mesmo efeito da anterior.

As alterações gengivais geralmente iniciam por volta do segundo mês de gestação, sendo que a maior concentração de estradiol e progesterona é alcançada no segundo trimestre, diminuindo no último mês de gravidez (MURAMATSU & TAKAESU, 1994; ZAKRZEWSKA, 1996; LEE et al, 1999)

Cunha, Sant'Anna e Cunha (1985), levantaram a prevalência de gengivite entre 40 gestantes do Instituto de Puericultura Professor Martagão Gesteira, segundo a idade, o mês de gestação, consumo de açúcar, hábito de fumar e condição sócio-econômica. Através da aplicação de um questionário e levando em consideração apenas os sinais clínicos de inflamação os autores consideraram que a prevalência de gengivite chega a 52,5% sendo maior entre a mulheres da faixa etária entre 24-29 anos de idades com 71%. Das 21 gestantes com gengivite, 17 consumiam uma quantidade razoável de açúcar. Com relação ao nível sócio-econômico a amostra continha 90,5% das gestantes pertencentes a um nível baixo, impossibilitando uma correlação. Quanto ao fato, de que certos períodos são de maior risco para a doença, não foi possível constatar já que 57.1% das grávidas da amostra estavam entre o 5º. e 8º. mês de gestação.

Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999), objetivaram estudar a prevalência da cárie dental e da doença periodontal por trimestre de gravidez e número de gestações, onde examinaram 204 gestantes, da cidade de Salvador (BA).

Utilizaram para o exame clínico os índices CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) e ICNTP... segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (**OMS**). Os autores concluíram na amostra estudada, que um maior número de gestações não implicou numa maior prevalência de cárie dentária ou de doença periodontal na mulher, assim como não houve evidências de incremento da prevalência de cárie ou doença periodontal no período gestacional para a amostra estudada.

Rosell, Montandon-Pompeu e Valsecki Jr. (1999), através do Registro Periodontal Simplificado (**PSR**) avaliaram a prevalência, a severidade e necessidades básicas de tratamento da doença periodontal em 41 gestantes que freqüentaram a clínica de prevenção da Faculdade de Odontologia de Araraquara (UNESP). A idade das gestantes variava entre 16 a 37 anos, o PSR foi aplicado com a sonda recomendada para este exame pela **OMS** indicando os códigos de 0 a 4, cujo os critérios identificam desde saúde gengival, sangramento, cálculo, até bolsa periodontal rasa à profunda. Os códigos foram atribuídos a cada sextante, podendo ou não estarem associados a um “asterisco” diante da presença de recessão gengival, invasão de furca, mobilidade ou alterações muco-gengivais. Os resultados encontrados demonstraram que 100% das gestantes apresentavam alguma alteração gengival, concluindo que o atendimento às necessidades de tratamento na gravidez deve receber especial atenção com o intuito de se promover saúde e motivação, contribuindo para minimizar a provável transmissibilidade de microrganismo bucais patogênicos para a criança, obtendo assim a prevenção primária das principais doenças bucais.

Gomes e Paiva (2002), investigaram se há diferenças quanto as alterações gengivais entre mulheres grávidas e não grávidas. Analisaram as possíveis alterações gengivais inflamatórias em um grupo de 56 gestantes que estavam entre o segundo e o nono mês de gestação e de 31 mulheres não gestantes com idade entre 14 e 34 anos de idade. Através do Escore de Sangramento Papilar e do Índice de Higiene Oral Simplificado, constatou-se que 100% das gestantes apresentavam inflamação gengival, sendo o processo inflamatório mais severo do que no grupo de não gestantes. Concluiu-se então, que houve uma maior correlação entre a inflamação gengival e higiene bucal no grupo

controle do que no grupo das gestantes; e que a severidades das alterações inflamatórias gengivais presentes nas gestantes poderiam representar o papel de algum outro fator além da placa bacteriana local.

Embora poucas evidências vinculem anormalidades nutricionais diretamente à doença periodontal, o estado nutricional tem sido associado ao nível de resposta imunológica, atividade fagocítica e integridade de mucosa que afetam a condição periodontal (DEPAOLA; FAINE; PALMER, 2003). A inflamação gengival durante a gravidez, tende a se agravar em função de fatores como deficiências nutricionais, altos níveis de estrógeno e progesterona, presença de placa, bem como o estado transitório de imunodepressão (ROSELL et al, 1999). Munoz et al (2001), afirma não estar claro a relação entre deficiência de vitamina do complexo B e gengivite. As deficiências vitamínicas dos complexos A, C, B e ferro, vitaminas estas consideradas vitais para a manutenção da saúde periodontal, são responsáveis pela diminuição da capacidade de defesa contra o crescimento bacteriano, a produção de ácidos e a formação da placa.

2.4.2- Os hábitos alimentares e de higiene bucal como indicadores de risco à doença cárie.

A doença cárie pode ser definida como uma destruição localizada dos tecidos dentais causada pela ação de bactérias específicas. A desmineralização dos tecidos dentais – esmalte, dentina, cemento - é causada por ácidos, em especial ácido lático proveniente da fermentação bacteriana de carboidratos em especial a sacarose (MALTS, 2000). Do grupo dos *streptococos* os *mutans* são as bactérias apontadas como principais na etiologia da cárie (ALALUUSUA et al., 1996; TORRES et al., 1999).

Sabe-se que muitos fatores podem influenciar o aparecimento da doença cárie, potencializando ou amenizando o processo. Em torno do modelo de Keyes, que inaugura a multicausalidade na Odontologia, Newbrun (1988) estabelece um conceito multifatorial para a cárie, denominado modelo de Keyes modificado que requer um hospedeiro susceptível, uma microbiota

bucal cariogênica e um substrato adequado que devem estar presentes em um período de tempo suficiente.

São considerados fatores determinantes para o desenvolvimento ou não da cárie dental: a dieta, uma vez que é o substrato proveniente da dieta do indivíduo que determina se a placa será ou não cariogênica; a composição da saliva, que contribui por meio de sua composição mineral para o processo de remineralização e contém uma série de substâncias antimicrobiana auxiliando também na lavagem fisiológica dos dentes impedindo a estagnação de resíduos e o acúmulo exagerado de placa bacteriana e o acesso ao flúor que o indivíduo possa ter já que provoca um desequilíbrio a favor do hospedeiro (OLEINISKI, 1999; MALTS, 2000).

A cárie dental tem sido desde a mais remota antiguidade uma doença ligada a ingestão do açúcar. A partir da era industrial, quando houve a redução dos preços e a produção em massa de guloseimas de todos os tipos, a popularização do consumo de açúcares ditos cariogênicos, tornou a cárie dental em uma das mais representativas endemias do mundo. Gustafsson et al (1954) citado em Sanchez et al (2002), afirmam que o acréscimo de açúcar à dieta aumenta a atividade cariiosa. Consideram também que o risco de cárie aumenta a medida que aumenta a permanência do açúcar na cavidade bucal e no caso de o consumo se dar entre as refeições.

O axioma “quanto mais açúcar mais cárie” começou a ser recentemente superado devido a ativa redução de prevalência em crianças, primeiramente as dos países desenvolvidos e agora também no Brasil e em outros países em desenvolvimento. Este fato se deu sem a diminuição no consumo de açúcares mais sim graças à introdução de métodos preventivos eficazes baseados no uso cada vez mais generalizado de fluoretos (PINTO, 2000). O conhecimento e controle da dieta combinado com instruções de higiene bucal e a exposição a regimes fluoretados prescritos de forma individualizada, a partir da classificação de risco à cárie tem sido considerada uma estratégia eficiente na prevenção e controle da cárie dental (SANCHEZ et al, 2002).

Malts (2000), considera que a cárie não é um evento linear que após iniciado leva inevitavelmente a perda do elemento dental, mais que o

processo pode ser interrompido em qualquer uma das etapas, com isso modificações nos padrões educacionais, incluindo alterações dos padrões de dieta, higiene bucal e o acesso facilitado à serviços de saúde podem contribuir para a melhoria da saúde bucal dos indivíduos.

Os ácidos que causam as lesões de cárie são oriundos da placa bacteriana, que se forma na superfície dos dentes sempre que a higiene bucal não é realizada regularmente. A placa não é removida apenas por um simples bochecho de água, tornando necessária a remoção mecânica da placa que é facilmente realizada através da escovação dental. Sendo assim, a dieta torna-se duplamente responsável pela ocorrência da cárie uma vez que o substrato cariogênico e a permanência deste na superfície dental, são indispensáveis para o processo da doença (RUGG-GUNN, 1993).

Kulak-Ozkan et al (2001), examinaram e entrevistaram 150 estudantes da cidade de Stambul (Turquia), afim de avaliar as condições periodontais, a prevalência e determinação da cárie e o comportamento de higiene bucal deste grupo de jovens. Os resultados mostraram que apenas 28% dos jovens mantêm uma higiene bucal adequada, sendo que os outros 72% necessitam de instrução de higiene bucal e tratamento curativo para a doença cárie. Em função da alta prevalência da doença cárie, os autores reafirmam a necessidade da implementação de programas de promoção de saúde bucal.

Durante a gravidez algumas mães tem seu risco à cárie aumentado pela dificuldade em manter a higiene bucal, devido a náuseas e também pelo desejo de alimentos açucarados, aumentando o número de *Streptococcus mutans* e conseqüentemente a possibilidade de transmissão desses microrganismos a seus bebês (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995). A época mais crítica para a transmissibilidade de *Streptococcus mutans*, ocorre entre a 19º. e 31º. mês de vida do bebê, período este denominado de janela infecciosa onde a contaminação entre mãe e filho se dá através do contato salivar. As altas taxas de microrganismos encontradas na saliva materna irá favorecer a transmissão durante a erupção da dentição decídua da criança (MARTINS et al, 1998; TORRES et al, 1999; GOMEZ e WEBER, 2001).

Dantas (1996), coloca que a maioria dos estudos fazem o diagnóstico da cárie através das cavitações existentes e não através das primeiras

manifestações visíveis na superfície do esmalte que é a mancha branca. Em função disto, a literatura odontológica evidencia que o estado gravídico não causa alterações que comprovem a incidência de cárie dentária, entretanto é reconhecido que para a comprovação da mudança na incidência de cárie necessitam de no mínimo 2 a 3 anos; tempo este que não se completa com uma gravidez.

A gestante pode manter a saúde bucal através de dieta apropriada, boa higiene bucal e com o uso apropriado de fluoretos (FITZSIMONS et al, 1998). Resultados encontrados por Scavuzzi et al (1999), em seu estudo, consideram a condição de saúde bucal das gestantes independentemente do número de gestações ou mês de gravidez é precário. Não encontraram evidências do aumento na prevalência da cárie comparada ao número de gestações, bem como também não encontraram incremento da doença cárie durante o período gestacional.

Montandon et al (2001), entrevistou e examinou 108 mães no período pré-natal e pós parto atendidas no setor de obstetria do Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba, em João Pessoa, objetivando verificar se haveria uma alteração dos hábitos dietéticos e de higiene bucal destas mães durante a gravidez. Do total avaliado, 74 (68.5%) delas aumentaram a frequência de consumo de alimentos açucarados durante o período gestacional; 42 mulheres afirmaram comer alimentos açucarados em sua alimentação normal e com alta frequência de consumo, em torno de 5 vezes ou mais ao dia antes mesmo de engravidar, e 37 relataram ter aumentado o consumo de açúcar depois de engravidarem. Quanto aos hábitos de higiene, 62% diminuíram a frequência de escovações diárias, principalmente no período da manhã devido aos enjoos; sendo a escovação a única prática de higiene mencionada. A doença encontrada no grupo de maior prevalência foi a cárie (94,6%) estando em segundo lugar a doença periodontal presente em 82,4% das mulheres. Os autores concluíram que se faz necessário um programa educativo-preventivo com o atendimento periódico de gestantes, aliado ao atendimento pré-natal hospitalar, visando a promoção da saúde bucal em seus bebês.

Segundo Gonzaga et al (2001), o pré-natal odontológico é um tema de relevância no panorama atual, uma vez que a adoção de medidas preventivas na fase intra-uterina pode prevenir várias doenças, dentre elas a cárie dental. A partir do conhecimento de que a OMS preconiza que do 4º. mês de gestação em diante as gestantes devem evitar a ingestão de açúcar, afim de que o bebê não desenvolva uma atração exagerada por estes alimentos e cientes do papel do açúcar no processo da doença cárie, os autores se propuseram a investigar através de entrevista. Junto aos médicos ginecologista-obstetras (**GO**) e os **CD** clínicos gerais, buscaram identificar quais informações que estes tem sobre o tema e como orientam suas pacientes; e junto as gestantes, quanto as orientações recebidas para a prevenção de doenças bucais de seus fetos. Um total de 150 questionários foram distribuídos em igual proporção entre médicos, dentistas e gestantes, 96 questionário foram respondidos correspondendo a 64% do total. O estudo acusou que cerca de 70% do CD e 80% do GO, orientavam na redução do consumo de açúcar, contudo apenas 13% dos CD e nenhum dos GO referiram a redução entre a 12ª. e 18ª. semana de gravidez. Grande parte das mulheres 42,2% confirmaram ter recebido a orientação quanto a redução do consumo de açúcar, entretanto nenhuma referência ao período ideal foi citado. Certos de que medidas simples como orientação de dieta podem induzir resultados satisfatório na prevenção da doença, os autores concluíram que um modelo ideal de atendimento à gestante deve compreender uma atenção integrada e multiprofissional.

Reisine e Psoter (2001), em uma revisão sistemática de 358 revisões de literatura e 272 artigos, buscaram levantar a associação entre a incidência e prevalência da cárie dental com as condições sócio-econômicas, a escovação dental e o uso de mamadeiras. Evidências fortes da relação inversa (quanto maior o nível sócio-econômico menor a incidência da doença) entre as condições sócio-econômicas e a prevalência da cárie em crianças menores de 12 anos de idade foi detectado, não havendo associação entre as crianças mais velhas e os adultos, em função do número relativamente pequeno de estudos. Quanto a escovação dental como método preventivo, encontraram fraca evidência justificada pela dúvida da efetividade se dar devido a

remoção mecânica da placa bacteriana ou pelo fato de a escovação proporcionar o contato com o flúor através do uso de dentifrícios.

Nas últimas três décadas, tem ocorrido um declínio na prevalência da cárie dental sem que tenha ocorrido mudanças significativas no consumo de carboidratos fermentáveis, indicando que a saúde bucal pode se estabelecer mesmo com a presença de alimentos cariogênicos. Uma vez que 80% das cáries estejam presente em 20% da população, outras opções que não a exclusão de açúcar da dieta parecem eficazes, como o uso de fluoretos, o controle da placa, o selamento de fóssulas e fissuras e alimentação saudável. Mudanças de hábitos alimentares são difíceis de implementar. Frequentemente encontramos textos que se referem ao consumo de carboidratos como o fator mais nocivo para saúde bucal, recomendando a diminuição na frequência, entretanto estudos recentes alertam que de fundamental importância é a frequência de escovação dental com dentifrícios. O autor ainda complementa que, as orientações de dieta devem ser realistas e positivas e que tentar proibir uma criança de consumir produtos saborosos e que proporcionam prazer é improdutivo sendo necessário maior ênfase para higiene bucal (DUGGAL; VAN LOVEREN, 2001).

Segundo Mobley (2003), a promoção da prática alimentar saudável juntamente com higiene bucal adequada e exposição aos fluoretos, é essencial para o controle da doença cárie. Os cirurgiões-dentista devem proporcionar aos seus pacientes além da atenção odontológica, a promoção de comportamentos de vida que garantem não só a saúde bucal mais também a saúde geral do indivíduo.

III - PROPOSIÇÕES

3.1 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

“Quem não sabe o que procura, não interpreta o que acha”.

(Anônimo)

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar as alterações de hábitos alimentares e de higiene bucal de gestantes que fizeram o pré-natal no Ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Neste contexto, a investigação procurou especificamente:

- Apontar as alterações de hábitos alimentares e de higiene bucal.
- Buscar associação entre as possíveis relações das alterações de hábitos e o aumento dos fatores de risco a doença cárie e a doença periodontal.
- Investigar a influência do fator sócio-econômico em relação as mudanças comportamentais durante o período gestacional.
- Avaliar a influência sócio-cultural, nas mudanças comportamentais sentidas e vivenciadas pelas gestantes, através das crenças e mitos que envolvem o período gestacional.

IV- METODOLOGIA

4.1 AMOSTRA

“O homem é a realidade que torna possível todas as coisas, e também a si mesmos”.

(Hugh M'Diamid)

4.1.1- A População de Estudo

A população de estudo foi composta por todas as grávidas que procuraram o serviço no período de coleta de dados, totalizando 392 mulheres. A amostra foi constituída por 150 gestantes, com idades compreendidas entre 18 e 43 anos, e que estavam entre o quarto e último mês de gestação, selecionadas a partir de critérios pré-estabelecidos como: maiores de 18 anos, com quatro meses ou mais de gestação e gestação de curso normal.

Este período se justifica devido ao fator psicológico, pois a mulher de quatro meses de gravidez começa vivenciar as mudanças físicas e psicológicas, a barriga e as expectativas. Então considerou-se ser a época mais apropriada para a identificação das alterações vivenciadas.

A seleção se deu a partir da abordagem de todas as gestantes agendadas para as consultas de pré-natal no período estudado.

A análise da amostra foi estratificada de acordo com as variáveis demográficas (faixa etária) e sociais (classificação sócio-econômico adaptado ANEP, 1997).

4.1.2 - Período e Local do Estudo

A coleta de dados foi realizada no período de 24 de março a 16 de maio e de 30 de julho a 26 de agosto de 2003, na cidade de Florianópolis (SC), no ambulatório de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. O intervalo entre os dois períodos de coleta se deu para permitir a renovação do grupo de gestantes que faziam o pré-natal.

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (H.U.), fundado em 1980, localiza-se no Campus Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). É um hospital escola, público e gratuito, que no ano de 2003 atendeu 114.716 emergências, 133.673 atendimentos ambulatoriais, executando 706.276 exames e 2.602 procedimentos cirúrgicos (UFSC, 2003).

A maternidade iniciou suas atividades em 24 de outubro de 1995. Considerada hoje pela UNICEF um Hospital Amigo da criança, tornando-se uma geradora de mudanças na assistência e no ensino de obstetrícia nas diversas áreas profissionais, é referência nacional no programa mamãe-canguru, técnica que humaniza e melhora os resultados na assistência dos recém-natos prematuros. No ano de 2000 recebeu o reconhecimento do Ministério da Saúde através do prêmio Galba de Araújo pela qualidade de assistência prestada ao processo de nascimento.

A assistência à mulher prestada pela Maternidade do HU-UFSC, segue uma filosofia que atende aos princípios básicos de humanização e a interdisciplinariedade. Os serviços são prestados no Ambulatório de Tocoginecologia. Sua estrutura física contempla nove consultórios e um corredor de espera. As consultas médicas são divididas em sub-especialidades: climatério, genética, ginecologia geral, ginecologia operatória, mastologia, oncologia, pré-natal, pré-natal de alto risco, planejamento familiar, atenção à adolescente (UFSC, 2001).

A atenção pré-natal é preferencialmente destinada para as moradoras da área de referência do hospital, ou seja, os bairros da Trindade, Serrinha, Carvoeira, Pantanal, Córrego Grande e Santa Mônica. O pré-natal consiste em consulta de enfermagem, consultas médicas, planejamento familiar, ambulatório de nutrição (alto risco gestacional) e atividades educativas. As consultas médicas de pré-natal são no total de cinco (UFSC, 2001).

4.2 Método

*“As verdadeira viagem de descobrimento
não consiste em buscar novas paisagens,
mas novos olhos”.*

(M. Proust)

4.2.1 - Tipo de estudo

O presente estudo transversal, caracteriza-se como uma pesquisa de caráter descritivo de campo, que tem como objetivo analisar e interpretar a realidade a partir da observação de fenômenos e causas.

4.2.2 - Delineamento do Estudo

As questões do formulário de pesquisa foram agrupadas, categorizadas para posteriormente serem analisadas. Foram criadas um total de 6 categorias divididas nas categorias de diagnóstico e categorias de percepção.

A **categoria de diagnóstico** foi composta de quatro grupos e quatro componentes:

- Estado de saúde: resultante do agrupamento das questões sobre os fatores relacionados ao estado geral de saúde. Já o componente resultou do agrupamento das questões sobre as condições de saúde bucal como a presença de dor e ou amolecimento dental, inchaço e sangramento gengival e a perda de um ou mais elementos dentais;

- Motivo da procura à serviços odontológicos: resultou das questões sobre serviços odontológicos disponíveis a amostra. O componente foi composto do agrupamento das questões relacionadas aos principais motivos que dificultaram ou até mesmo impediram a gestante a ter acesso a atenção odontológica;
- Fatores relacionados aos hábitos de higiene bucal: constituiu-se do agrupamento das questões sobre o hábito de higiene bucal. O componente resultou das questões que levantaram a alteração ou não da frequência de escovação em função da gestação;
- Fatores relacionados ao hábito alimentar: foi composto das questões relacionadas aos hábitos alimentares praticados durante a gestação. O componente resultou das questões que procuraram levantar as alterações dos hábitos alimentares em função da gestação.

A **categoria de percepção** foi composta de 2 grupos:

- Necessidade de tratamento odontológico;
- Auto-percepção da qualidade da própria alimentação: agrupou as questões sobre o que as gestantes pensavam sobre a qualidade da própria alimentação.

4.2.3 - Questões Éticas

Antes do início dos trabalhos, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação da comissão de ética da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido aprovado por unanimidade no dia vinte e quatro de fevereiro do corrente ano (ANEXO A).

Os procedimentos realizados nesta pesquisa não apresentaram nenhum risco físico ou emocional, pois foi realizada a partir de um formulário pré-elaborado, não gerando qualquer tipo de desconforto à gestante.

Cada participante recebeu um número correspondente ao caso clínico, garantindo-lhe desta forma, o absoluto anonimato.

Após a defesa pública dessa dissertação e posteriormente às correções pertinentes, os principais achados referentes a este estudo serão divulgados em eventos científicos e na literatura.

As informações coletadas foram exclusivamente para os propósitos aqui descritos, fazendo parte de uma dissertação do mestrado de Odontologia em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

As gestantes foram esclarecidas dos objetivos do estudo e das implicações de sua participação. Receberam garantia de sigilo, anonimato e possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento. As pacientes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), permanecendo com uma cópia do mesmo.

Somente após a assinatura do termo de consentimento foi realizada a entrevista.

4.2.4 - Protocolo de pesquisa

1. Leitura e assinatura do Consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A): em duas vias, uma cópia foi anexada à ficha de protocolo da pesquisa e a outra ao documento entregue a participante.
2. Aplicação do instrumento de coleta onde consta os seguintes dados (APÊNDICE B):

Anamnese

a. Dados pessoais: data de nascimento, idade, estado civil, número de filhos, mês gestacional, número de consultas de pré-natal, endereço, procedência, telefones para contato.

b. Avaliação sócio-econômica: a amostra foi classificada conforme o critério de classificação econômica do Brasil (adaptado ANEP,1997). Esta classificação salienta o grau de instrução do chefe da família e o poder de

compra. A gestante recebeu um escore para cada item, sendo o escore final o somatório dos escores obtidos, podendo assim a participante ser inserida em uma das cinco categorias conforme o quadro abaixo:

CLASSE	PONTOS
A	25 – 34
B	17 – 24
C	11 – 16
D	6 – 10
E	0 – 5

Classificação sócio-econômica (adaptado ANEP, 1997)

c. Questionário de saúde

- * Fatores relacionados ao estado geral de saúde
- * Fatores relacionados aos hábitos de higiene bucal e aos hábitos alimentares
- * Fatores relacionados à mudança de comportamento: 03 perguntas abertas, colocadas no decorrer do formulário, com o intuito de buscar respostas que possam enriquecer este estudo no que diz respeito a mitos, simbologia e influência sócio - cultural.

4.2.5 - Aplicação do Formulário

A entrevista individual foi realizada no “corredor de espera” do Ambulatório de Tocoginecologia do HU-UFSC, antes das consultas de pré-natal, pela própria pesquisadora. A duração média de cada entrevista foi de 15 minutos. Os dados foram coletados em 22 dias entre os meses de março à agosto, nas segundas e sextas-feiras das 7:30 H às 12:00 H e nas quartas-feiras das 7:30 H às 17:00 H, de acordo com a agenda do ambulatório.

As respostas das questões abertas foram anotadas no próprio protocolo de pesquisa. Pouca resistência foi observada quanto a decisão na participação da pesquisa. À exceção de gestantes que estavam completando 42 semanas de gestação, em função da temperatura elevada da época, e o desconforto proveniente do aumento de peso e das contrações.

4.2.6 - O Processamento de Dados

Os formulários após numerados, revisados e ordenados tiveram seus dados transferidos para um banco de dados no “Access”. Os dados foram tabulados e agrupados sob forma de planilhas no “Excel” de acordo com categorias previamente elaboradas.

As questões foram agrupadas em duas categorias, de diagnóstico e de percepção, onde a categoria diagnóstico foi constituída pelos componentes: estado de saúde, acesso a serviços odontológicos, fatores relacionados aos hábitos de higiene bucal e aos hábitos alimentares, e a categoria percepção contou com os componentes necessidade de tratamento odontológico e qualidade da alimentação.

- O componente estado de saúde classificado em alterações reversíveis, irreversíveis e sem alterações foi constituído a partir das questões relacionadas ao estado de saúde bucal como: a presença de dor e amolecimento de dentes, sangramento e inchaço gengival.
- O componente acesso à serviços odontológicos foi elaborado em função do acesso ou falta dele à atenção odontológica, sendo que os grupos das sem acesso foram subdivididas em função dos motivos que impediram as participantes ao acesso.
- O componente fatores relacionados aos hábitos de higiene bucal, é resultado da classificação das alterações de hábito de higiene como o aumento, diminuição ou a não alteração no hábito de escovação dental, descrita pelas participantes.

- O componente fatores relacionados aos hábitos alimentares constituiu-se do agrupamento das questões que levantaram as alterações dos hábitos alimentares como a inclusão ou exclusão de algum alimento na dieta em função da gestação.

4.2.7 Análise Estatística

Os dados quantitativos processados foram submetidos à análise descritiva, conforme as características dos dados. Para definir as associações entre as variáveis, foi utilizado o teste Qui quadrado, considerando nível de significância de 5%.

Com relação as questões abertas, nenhuma análise estatística foi utilizada. A análise da percepção das gestantes foi feita através de leitura exaustiva, categorização e descrição à luz da literatura.

V- RESULTADOS

5.1 Estudo Estatístico Descritivo

5.1.1 – Variáveis Independentes

A- Idade

A idade média das participantes foi de 26,6 anos com desvio padrão de 6,3 anos, com idade mínima de 18 anos e máxima de 43 anos.

Os valores foram agrupados de cinco em cinco anos.

Tabela 1: Distribuição por idade das pacientes estudadas.

Idade em anos	18 – 23	23 – 28	28 – 33	33 – 38	38 – 43	Total
N ° de Casos	54	48	21	21	6	150
Prevalência	36%	32%	14%	14%	4%	100%

B- Estado Civil

A maioria das participantes era casada (80%). As solteiras corresponderam a 18%, enquanto que 3 participantes (2%), estavam separadas.

C- Tempo de residência em Florianópolis

A maioria das entrevistadas era natural de Florianópolis (49%), residindo neste município até então. As demais eram naturais de outras cidades do Estado de Santa Catarina, bem como do sul do Brasil (*Tabela 2*).

Tabela 2: Distribuição por tempo de residência em Florianópolis.

Tempo de Residência	0 1	1 3	3 6	6 10	+ 10	Nascidas	Total
N ° de Casos	9	15	21	14	17	74	150
Prevalência	6%	10%	14%	9%	11%	49%	100%

D- Número de filhos

Grande parte das participantes (43,%) eram primigesta, 33,%, secundigesta e 17% delas já tinham dois outros filhos. Apenas uma entrevistada (0,66%) havia tido três filhos, outras 4% tinham quatro e 1,33% mulheres estavam esperando a sexta criança.

E- Período gestacional

O número de casos foi distribuído por trimestre de gravidez. O maior número de participantes (24%) era pertencente ao grupo do 8º mês e o menor grupo (2%) estava no 9º. mês. Vinte duas gestantes (15%) estavam no 5º mês, 18% no grupo do 6º. mês, e 23% no 4º. mês de gestação. Então, o segundo trimestre de gravidez foi constituído por 83 mulheres (55%) e o terceiro trimestre por 67 gestantes (45%).

F- Tipo de ocupação profissional

As ocupações de maior prevalência foram: doméstica (29%), do lar (25%) e atendente (17%), que constituíram o grupo de nível básico (70%). O nível técnico constituído por técnicas de enfermagem e professoras, contou com 24 participantes (16%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição por tipo de atividade

Profissão	Nível Básico	Nível Técnico	Nível Superior	ESTUDANTE	Desempregada	Total
N ° de Casos	105	24	2	14	5	150
Prevalência	70%	16%	1,33%	9,33%	3,33%	100%

G - Classe sócio-econômica

As participantes foram categorizadas através da classificação econômica do Brasil (adaptado, ANEP 1997). O menor grupo foi o da classe A com 2 gestantes (1%), e o maior grupo foi constituído pelas 77 mulheres da classe C (51%). Trinta gestantes pertenciam a classe B (20%), 24% a classe D e cinco (3%) eram pertencentes a classe E, (Figura 1).

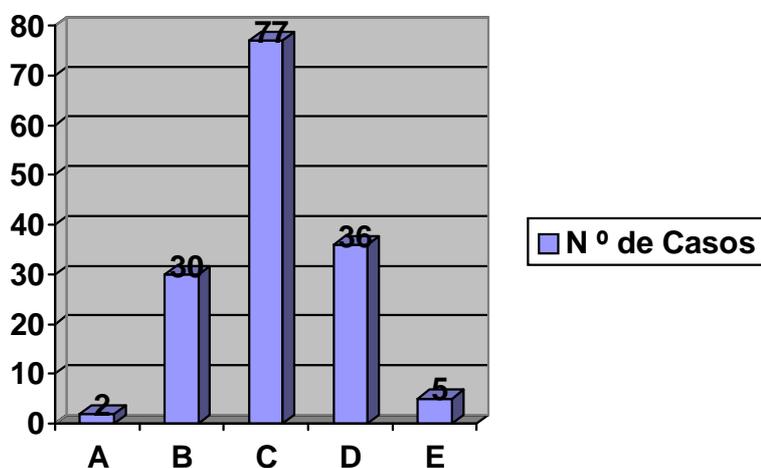


Figura 1: Distribuição por classe econômica.

5.1.2 Variáveis Dependentes

A - De diagnóstico

I - Estado de saúde

O estado de saúde geral das participantes foi avaliado através de algumas questões objetivas. Quanto ao uso de medicamentos, 77% responderam não estarem fazendo uso algum. A maioria (95%) não relatou qualquer tipo de doença. Dentre as enfermidade declaradas; a hipertensão (5%), a anemia (13%) e as alergias (10%) foram as de maior prevalência.

Sessenta e seis por cento (66%), declararam sentir a boca mais seca e 43% alegaram a necessidade de tomar água junto as refeições para facilitar a deglutição. Dor de dente, foi relatada por 17% das participantes. Dez por cento relataram o amolecimento de um ou mais dentes, 96% delas afirmaram não terem perdido elemento dental durante este período.

O sangramento gengival foi observado por 45% das gestantes, sendo que 37% sentiram a mudança na gengiva, e 25% declaram a gengiva inchada e dolorida.

A maioria das mulheres apresentou enjoô (73%), metade delas (50%), revelaram episódios de vômitos. O ganho médio de peso durante o período gestacional foi de no mínimo de 300 gr e no máximo de 2,5Kg ao mês.

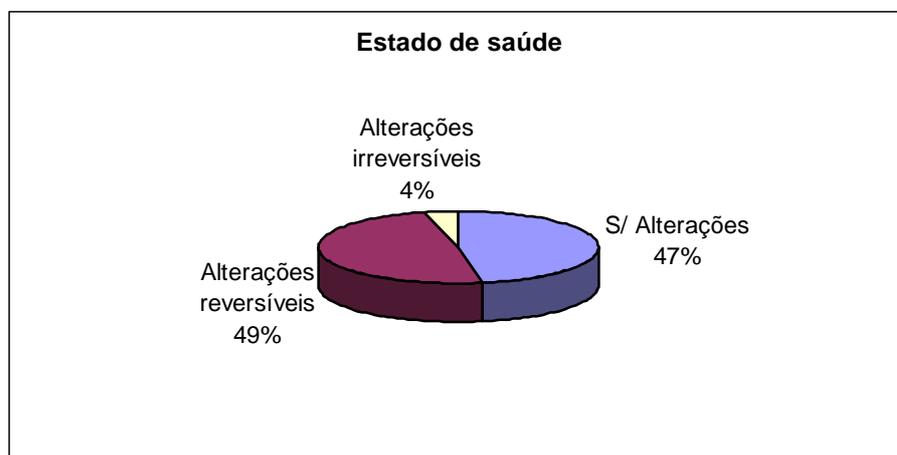


Figura 2: Distribuição das gestantes com e sem alterações do estado de saúde.

II - Motivo de procura à serviços odontológicos

Apenas 11% das gestantes receberam orientação sobre a importância da sua saúde bucal durante a gestação, tendo sido orientadas por médicos (5%) e dentistas (4%) e outros profissionais (2%). A maioria das mulheres não procuraram atendimento odontológico no período gestacional (75%), já 16% fizeram tratamento.

Sete das entrevistadas estavam em tratamento na época da coleta de dados e 24 delas tinham visitado um dentista há 2 anos ou mais.

O componente de acesso a serviços odontológicos foi também classificado em participantes com acesso (40%) e sem acesso (60%). O grupo daquelas que não tiveram nenhum tipo de acesso foi classificado em função das principais razões que impediram as mulheres de terem acesso ao serviço. Dentre os motivos, 20% não acreditava ter necessidade de procurar atenção odontológica, 3% não lembrou de procurar um CD, 15% alegou falta de recursos financeiros e 22% delas por estarem grávidas (em função da gravidez o tratamento odontológico seria contra indicado).

Tabela 4: Distribuição das participantes quanto ao motivo da procura aos serviços odontológicos ou falta dele e razões.

Motivo da procura	Acesso	Sem acesso (acredita não Ter necessidade)	Sem acesso (não lembrou)	Sem acesso (falta de recursos financeiros)	Sem acesso (por estar grávida)	Total
N ° de Casos	60	30	4	23	33	150
Prevalência	40%	20%	3%	15%	22%	100%

III - Hábitos de higiene bucal

Mais da metade das grávidas (69%), afirmou não ter mudado o hábito de higiene bucal durante o período gestacional. Quanto ao número de escovações dentais por dia, 55% escovavam três vezes, 21%, 4 vezes ou mais e 13% sempre após se alimentar. Metade (51%) delas, utilizam escova e fio dental e 17% faziam uso de algum tipo de enxaguatório bucal. Houve um aumento na escovação de 20% das gestantes, em função da gravidez.

Após episódios de vômitos, 50% das participantes relataram fazer escovação dental e 88% sempre faziam a higiene bucal antes de dormir.

As alterações do hábito de higiene bucal foram relatadas por 31% das mulheres, onde 19% disseram terem aumentado a frequência da higiene bucal e 17 (12%) diminuíram a frequência de higiene bucal em função da gravidez.

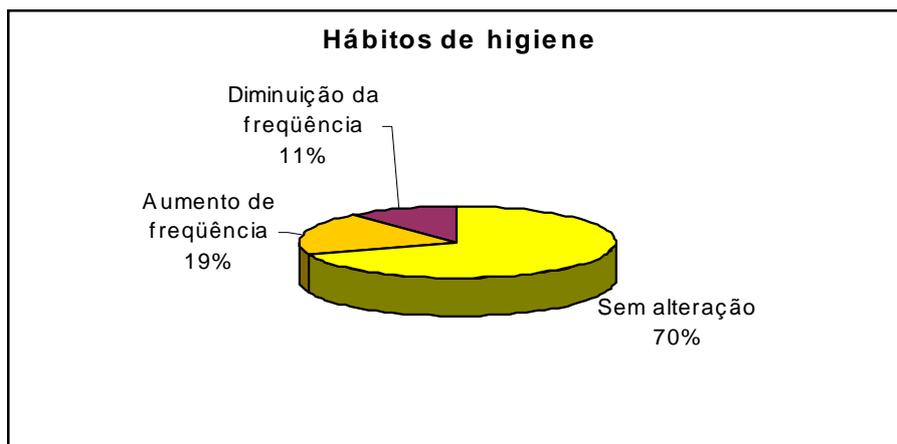


Figura 3: Distribuição quanto as alterações e não alterações do hábito de higiene bucal.

IV – Hábito alimentar

Praticamente metade das entrevistadas (49%), relataram o hábito de fazer o desjejum e um lanche na metade da manhã. O hábito de almoçar, lanche à tarde e jantar foi relatado por 78% das mulheres. O hábito de beliscar no intervalo das refeições foi encontrado de 50% da amostra, sendo que as frutas foram o “petisco” de maior prevalência (29%), e em segundo lugar as bolachas (19%).

Quanto aos alimentos que deixaram de ser ingeridos na gravidez, 18% foram os doces, 7% as verduras e 7% o feijão, sendo o enjôo o principal motivo (34%).

Dentre os alimentos não ingeridos pelas gestantes antes da gravidez e que passaram a ser consumidos, estão as verduras (28%), as frutas (24%) e chocolates (7%). As principais razões relatadas para estas mudanças de hábito foram o desejo (36%), orientações médicas (11%) e conselhos da mãe (5%).

O desjejum de grande parte da amostra continha café e leite (64%), pão (54%) com margarina em 46% e geléia em 15%; o queijo e as frutas eram consumidos por 24% das participantes.

A salada, os legumes e o arroz foram os itens mais citados (79%) no cardápio do almoço, seguidos do feijão, batata e carne (57%) e dos peixes (49%) e frutos do mar (33%). A refeição tradicional é substituída pela pizza em 8% dos casos, e 38% das mulheres incluem algum tipo de fruta.

No jantar a sopa de legumes é hábito de 17% das gestantes, o arroz e feijão (28%), a carne (19%) e legumes e verduras (21%) são os alimentos mais comuns desta refeição. Tal como no almoço, as frutas tornam a ser ingeridas por 31% das mulheres.

Durante os lanches da metade da manhã e da metade da tarde, observou-se um maior consumo de frutas (47%), seguido pelo consumo de café (17%), iogurte (14%), bolachas (13%). Os chocolates são consumidos por 9%.

O café e o suco consumidos são adoçados preferencialmente com açúcar (83%); e 38% delas afirmam não ingerirem refrigerantes. A maioria das entrevistadas (76%) não aumentaram o consumo de açúcar em função da gestação.

As gestantes foram também classificadas quanto às alterações de hábitos alimentares que as fizeram: deixar de ingerir determinados alimentos 21%, a passar a ingerir determinados alimentos 9% ou ambos 56%, e 14% não alterou os padrões alimentares.

Tabela 5: Distribuição por alteração ou não do hábito alimentar.

Hábito Alimentar	Sem alteração	Deixou de ingerir	Passou a ingerir	Deixou e passou a ingerir	Total
N ° de Casos	21	31	14	84	150
Prevalência	14%	21%	9%	56%	100%

B - De percepção

I - Necessidade de tratamento odontológico

Mais da metade das participantes (69%) acreditavam ter a necessidade de algum tipo de tratamento odontológico.

II - Auto - percepção da qualidade da própria alimentação

A maioria das gestantes acreditava tomar cuidado com a própria alimentação (61%) e a consideravam adequada (64%). Das mulheres que afirmaram cuidar da alimentação, 38 (25%) disseram assim fazê-lo em função da saúde do bebê, da própria saúde e do controle de peso.

O componente de percepção da qualidade da própria alimentação foi classificado em quatro grupos. Grupo de gestantes que não tinham cuidado com a alimentação e por isso a consideravam inadequada 21%; o grupo daquelas que não cuidavam da alimentação contudo a consideravam adequada 18%; aquelas que cuidavam da alimentação e a consideravam adequada 46% e em um grupo de gestantes que cuidavam da alimentação mas a consideravam inadequada 15%.

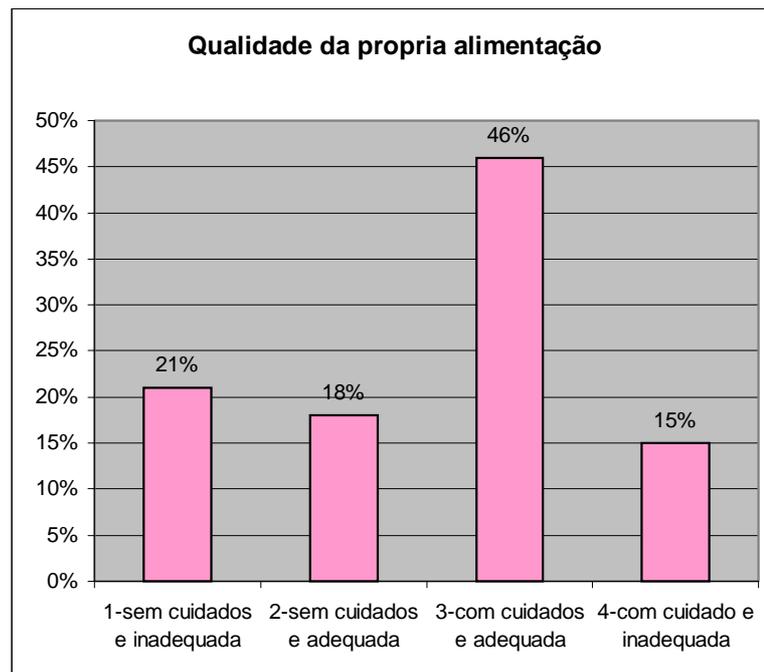


Figura 4: Distribuição em função dos cuidados com a própria alimentação.

As questões abertas foram analisadas e discutidas, simultaneamente, no capítulo IV.

5.2 Estudo Estatístico de Associação

5.2.1 - Teste Qui-Quadrado

O teste estatístico utilizado na busca de associação entre as variáveis independentes e dependentes, foi o Qui-Quadrado.

Não foi observado associação na maioria dos testes realizados. Houve associação estatisticamente significativa entre as classes sócio-econômica e o hábito alimentar, onde as mulheres pertencentes as classe A e B alteraram menos o hábito alimentar em função da gestação. Outra associação se deu entre a classe sócio-econômica e a percepção de necessidade de tratamento, as gestantes das classes A e B sentiram menos necessidade de tratamento odontológico que as demais.

Tabela 6: Resultados do teste associação entre as classes sócio-econômicas (classificação 1) versus os componentes das variáveis dependentes, valor do χ^2 , de p .

Classe sócio-econômica alta (A, B, C) e baixa (D, E) versus Componentes Variáveis dependentes	X	P	Significante
Estado de saúde geral	2,341	0,31	Não
Hábito alimentar	0,850	0,838	Não
Hábito de higiene bucal	4,036	0,133	Não
Acesso a serviços odontológico	0	1	Não
Autopercepção da qualidade da própria alimentação	4,668	0,198	Não
Necessidade de tratamento odontológico.	0,110	0,74	Não

Tabela 7: Resultados do teste associação entre as classes sócio-econômicas (classificação 2) versus os componentes das variáveis dependentes, valor do χ^2 , de p .

Classe sócio-econômica (A, B e C, D, E) versus Componentes Variáveis dependentes			
	X	P	Significante
Estado de saúde geral	1,302	0,522	não
Hábito alimentar	13,358	0,004	sim
Hábito de higiene bucal	0,183	0,913	não
Acesso a serviços odontológico	1,986	0,159	não
Autopercepção da qualidade da própria alimentação	3,124	0,373	não
Necessidade de tratamento odontológico.	9,650	0,002	sim

Tabela 8: Resultados do teste associação entre as período gestacional versus os componentes das variáveis dependentes, valor do χ^2 e de p .

Período gestacional versus Componentes Variáveis dependentes			
	X	P	Significante
Estado de saúde geral	0,418	0,811	não
Hábito alimentar	3,607	0,307	não
Hábito de higiene bucal	4,755	0,093	não
Acesso a serviços odontológico	0,993	0,319	não
Autopercepção da qualidade da própria alimentação	1,725	0,631	não
Necessidade de tratamento odontológico.	3,683	0,055	não

Tabela 9: Resultados do teste associação entre o número de filhos versus os componentes das variáveis dependentes, valor do χ^2 e de p .

Número de filhos versus Componentes Variáveis dependentes			
	X	P	Significante
Estado de saúde geral	0,354	0,838	não
Hábito alimentar	4,715	0,194	não
Hábito de higiene bucal	2,046	0,359	não
Acesso a serviços odontológico	0,264	0,607	não
Autopercepção da qualidade da própria alimentação	0,997	0,802	não
Necessidade de tratamento odontológico.	0,186	0,667	não

Tabela 10: Resultados do teste associação entre a ocupação profissional versus os componentes das variáveis dependentes, valor do χ^2 e de p .

Ocupação profissional versus Componentes Variáveis dependentes			
	X	P	Significante
Estado de saúde geral	1,975	0,373	Não
Hábito alimentar	1,044	0,791	Não
Hábito de higiene bucal	3,434	0,18	Não
Acesso a serviços odontológico	0,571	0,45	Não
Autopercepção da qualidade da própria alimentação	0,726	0,867	Não
Necessidade de tratamento odontológico.	1,529	0,216	Não

Tabela 11: Resultados do teste associação entre o número de consultas pré-natal versus os componentes das variáveis dependentes, valor do χ^2 e de p .

Número de consultas pré-natal versus Componentes Variáveis dependentes			
	X	P	Significante
Estado de saúde geral	1,320	0,517	Não
Hábito alimentar	5,873	0,123	Não
Hábito de higiene bucal	1,7	0,427	Não
Acesso a serviços odontológico	0,062	0,803	não
Autopercepção da qualidade da própria alimentação	1,094	0,779	não
Necessidade de tratamento odontológico.	0,849	0,357	não

VI- DISCUSSÃO

6.1 - A Idade

No que se refere a idade da amostra estudada, e em função do desenho experimental deste estudo, a faixa etária variou entre 18 anos e 43 anos de idade. A *Tabela 1* apresenta a distribuição da amostra por idade, agrupadas de 5 em 5 anos. Observa-se que a faixa etária compreendida entre 18 e 33 anos foi a mais freqüente (82%); enquanto que a de menor freqüência foi aquela compreendida entre 34 e 43 anos de idade (18%).

Segundo Braga Filho (1991), a idade favorável para o desenvolvimento de uma gestação de baixo risco é aquela compreendida entre 20 e 29 anos, período este em que os órgãos genitais internos e externos atingem pleno desenvolvimento anatômico e fisiológico. Gestações que ocorrem antes dos 17 anos de idade, predispõe a gestante ao desenvolvimento de hipertensão e distúrbios de contração uterina em função do desenvolvimento insuficiente da musculatura lisa e esquelética. Uma maior incidência de complicações obstétricas são observadas em gestantes mais velhas. Com isso, fica claro a importância de se fazer o pré-natal, uma vez que as complicações decorrentes da idade da mulher pode ser compensada mediante adequada conduta médica (BRAGA FILHO, 1991).

A idade influencia também a saúde bucal. De acordo com Pinto (1992), existe uma correlação positiva entre idade e prevalência de cárie dentária, onde há períodos de exacerbação aguda alternados com períodos de inatividade ou lenta progressão ao longo da vida. A saúde bucal pode ser comprometida em três picos distintos de idade. A faixa etária de 4 e 8 anos, se caracteriza por um período de alta incidência de cárie nos dentes temporários e dos primeiros molares permanentes. Dos 11 aos 18 anos de idade a cárie compromete a dentição permanente recém erupcionada; e dos 55 à 65 anos surgem as cáries de radiculares, com bolsas periodontais profundas. Entre os períodos anteriormente citados, a velocidade de progressão da doença geralmente diminui.

Com isso, acredita-se que cada uma das gestantes traz consigo o risco inerente a sua condição, e a faixa etária não oferece maior risco ao grupo.

6.2 - O estado civil

A situação conjugal da gestante tem influências marcantes no desenvolvimento da gravidez, seja pelo apoio psicossocial de um companheiro, ou seja pelo suporte financeiro de uma situação estável (ZUGAIB, 1991; DANTAS 1996).

A maioria das gestantes (80%), era casada ou vive uma situação estável. Sendo que 18% delas eram solteiras e 2% estavam separadas. Os dados revelavam que 20% da amostra, vivenciavam a gestação sozinhas; sem o apoio do pai do bebê associado as mudanças fisiológicas e psicológicas provocadas pela gravidez como, a ansiedade, o estresse e a depressão. Dentre os prejuízos que estas situações podem oferecer, encontra-se a diminuição do fluxo salivar (OLEINISKI, 1999).

De acordo com Oleiniski (1999), o fluxo salivar diminuído ou hipossalivação, compromete a saúde bucal, devido a perda da homeostase bucal, predispondo ao aumento na velocidade da progressão da doença, cárie e da doença periodontal.

6.3 - A classe sócio-econômica e ocupação profissional

Segundo Badeia (1991), ao se considerar o perfil epidemiológico de um grupo populacional, é necessário que o mesmo esteja inserido no seu contexto social, econômico e cultural. Sendo a partir dessa inserção que devemos situar os problemas, as necessidades e as demandas dos grupos. Estando de pleno acordo com autor, nossa amostra foi caracterizada do ponto de vista social, econômica e ocupacional, como uma amostra jovem, de baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade. Na *Figura 1*, observa-se maior frequência nas classes C e D (75%), sendo que 70% delas exercem

ocupações de nível básico que compreende as atividades de doméstica, atendente e do lar (*Tabela 3*).

Conhecer a ocupação desenvolvida pela gestante se faz necessário do ponto de vista médico, uma vez que a atividade profissional pode interferir no desenvolvimento da gestação (BIO, 1991). No que diz respeito a saúde bucal, ocupações como domésticas e do lar demonstram a possibilidade de existir o hábito de beliscar durante as refeições uma vez que estas mulheres permanecem durante todo o dia em casa. O hábito de beliscar é freqüente durante a gestação (DELÁSCIO, 1989). O presente estudo reitera esta afirmação uma vez que 50% das participantes alegaram beliscar no decorrer do dia, o que possivelmente aumenta as chances de atividade da doença cárie.

6.4 – Tempo de residência em Florianópolis

Das 150 gestantes entrevistadas, conforme *Tabela 2*, 49% sempre viveram em Florianópolis, 39% residem na cidade por menos de 10 anos e 11% de 10 anos ou mais. A totalidade da amostra residia nos bairros de abrangência do HU-UFSC, localidades estas que contam com a fluoretação da água de abastecimento. A fluoretação da água de consumo público é um método de prevenção da cárie dentária, seguro, efetivo, simples, de baixo custo e de abrangência ampla (PINTO, 1992; NARVAI, 1994; MESTRINER Jr., POLIZELLO e SPADARO, 1996). O efeito do flúor é local, agindo durante o tempo de permanência na boca, com atuação em vários níveis do processo cariogênico (FREITAS, 2001).

Os dados revelam que todas as gestantes encontravam-se no momento do estudo em contato com água de abastecimento fluoretada por no mínimo um ano uma vez que residiam nas proximidades do HU-UFSC.

Segundo Trigo et al (1989), o Brasil, país de amplitude continental apresenta um panorama alimentar complexo e peculiar a cada região. A formação dos hábitos alimentares de cada região foram determinados em função das características geográficas e das etnias presentes na colonização.

Esses fatores associados à religiosidade popular, leva à sensível heterogeneidade de hábitos alimentares locais, tendo cada microrregião, sua dieta básica característica. Tal situação demonstra que qualquer intervenção ligada à alimentação e nutrição, envolvendo aspectos educativos, requer pré-requisitos, um conhecimento detalhado da região e o reconhecimento do significado de determinados alimentos para cada população, afim de compreender seus hábitos e costumes.

6.5 - Número de filhos

A maioria, 43% estava grávida pela primeira vez, isto é primigestas, seguidas de uma gestação (33%), duas gestações (17%) e de três gestações ou mais (6%).

Dantas (1996), levantou a hipótese que gestantes que passaram por várias gestações estariam em condições de maior precariedade de saúde bucal. Fato este, não confirmado por, Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999), que em um estudo, concluíram que na amostra estudada, o maior número de gestações não implicou no aumento da prevalência de cárie dentária ou de doença periodontal na mulher.

O que vem de encontro aos achados do presente estudo, onde não foi encontrado associação estatisticamente significativa, entre o número de gestações concebidas e o estado de saúde, como também não houve associação em relação a busca de serviços odontológicos.

6.6 - Estado de saúde

Embora as modificações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez afetem principalmente os órgãos de reprodução, todo o organismo feminino se altera. Sendo essas modificações essenciais para a manutenção da gravidez, o desenvolvimento do feto, o parto e a lactação subsequente (DELASCIO e GUARIENTO, 1987). Sendo assim, buscamos levantar as condições no estado de saúde, através de alterações na saúde bucal, classificando parte das questões em alterações reversíveis (dor de dente, sangramento gengival amolecimento dental), alterações irreversíveis (perda de um ou mais elementos dental) e sem alterações (*Figura 2*).

Segundo alguns autores, a população de gestantes é caracterizada por um estado de saúde precário com presença de infecção cariogênica e periodontal (SCAVUZZI; ROCHA; VIANNA, 1999; TORRES et al, 1999). Acredita-se que grande parte das alterações fisiológicas durante a gravidez, tem como fundamento variações hormonais (BIO, 1994). Estas mudanças hormonais e vasculares que acompanham a gravidez promovem uma resposta inflamatória exagerada frente a irritantes locais (MANGSKAU & ARRINDELL, 1996; STEINBERG, 2000).

Cunha, Sant'anna, Cunha (1985); Romero, et al, (1988); Sooriyamoorthy e Gower (1989); Lee et al (1999), afirmam que no período de gestação, a inflamação gengival com muita freqüência tende a agravar-se aumentando também a severidade da gengivite, tornando-se muitas vezes perceptível frente a presença de irritantes locais. As modificações nesta fase estão relacionados a fatores como deficiências nutricionais, altos níveis de estrógeno e progesterona, presença de placa bacteriana que são muitas vezes favorecidas por outros fatores locais como o estado transitório de imunodepressão.

Na amostra estudada, 17% relataram sentir dor dente enquanto 10% tiveram um ou mais dentes amolecidos, e 4% delas perderam um ou mais elementos dental no período gestacional.

O sangramento gengival foi observado por 45% das gestantes, sentiram mudança na gengiva 37% e 25% delas alegaram sentir a gengiva inchada e dolorida. Sendo assim, a prevalência de alterações reversíveis foi de 73% (*Figura 2*). Também através da aplicação de um questionário, e levando em consideração apenas os sinais clínicos de inflamação Cunha, Sant'Anna e Cunha (1985), observaram que a prevalência de gengivite chegou a 52,5% sendo maior entre a mulheres da faixa etária entre 24-29 anos de idades com 71%. Já Scavuzzi, Rocha e Vianna (1999), examinaram 204 gestantes, da cidade de Salvador (BA). Através de exame clínico os índices CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) e ICNTP, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (**OMS**). Concluindo que na amostra estudada, não houve evidências de incremento da prevalência de cárie ou doença periodontal no período gestacional para a amostra estudada.

De acordo com Resende e Colsofsky (1991), as modificações no trato digestivo são indicadas por náusea e vômito, mais comum no início da gestação, quando o apetite fica inconstante, sendo comum desejos e aversão por determinados tipos de alimentos. As náuseas e vômitos, são distúrbios que ocorrem em um certo grau em cerca de 50% das gestantes. Os sintomas podem variar de discreta náusea quando a mulher eleva a cabeça sempre ao acordar à vômitos freqüentes e persistentes, que são mais comuns pela manhã ao levantar. Os dados do presente estudo revelaram que, a maioria das participantes apresentaram enjoô (73%), e que os episódios de vômito foi comum à 50% das gestantes.

Os testes de associação realizados entre algumas das variáveis independentes: classe sócio-econômica (*Tabela 6, 7*), período gestacional (*Tabela 8*), número de filhos (*Tabela 9*), atividade ocupacional (*Tabela 10*) e número de consultas pré-natal (*Tabela 11*) e a variável estado de saúde geral, não resultaram em associação estatisticamente significativa.

6.7 – Motivo de procura aos serviços odontológicos

É fato que, apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela significativa da população brasileira não tem acesso à serviços odontológicos (BARROS e BERTOLDI, 2002).

A Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (**ABOPREV**) no ano de 1990, publicou um comunicado com orientações para se obter e manter a saúde bucal nas diferentes faixas etárias, iniciando com orientações para gestantes e enfatizando a necessidade de se criar na família um ambiente propício à prevenção (ZARDETTO et al, 1998).

É da opinião dos autores Reisine e Douglas, (1998); Gonzaga et al, (2001); Gaffield et al, (2001); Nunes e Martins, (2002) como também nossa, de que a mulher enquanto gestante, normalmente está mais susceptível a mudanças de comportamento em função do filho; tornando esta época da vida da mulher excelente para orientações sobre saúde, que irá favorecer a ela e ao bebê.

O presente estudo, buscou levantar se as participantes tiveram acesso à atenções odontológica através de orientações sobre saúde bucal e ou através de atendimento clínico. Apesar da totalidade da amostra estar sob atenção pré-natal, apenas 11% delas receberam algum tipo de orientação sobre a importância da manutenção da saúde bucal durante a gestação. Estas foram orientadas: por médicos (5%) e dentistas (4%). Em contraste a baixa prevalência encontrada, os autores Silva, Lopes e Menezes, (1999), levantaram que 79% da amostra recebeu orientações sobre a prevenção da cárie. Dessas, 66% as obtiveram de dentistas, 2% dos pais, 20% dos professores e 6% através da mídia.

Tratamentos odontológicos foram realizados em apenas 16% das gestantes, sendo que 69% delas acreditavam ter algum tipo de necessidade a ser suprida através de atendimento clínico. A *Tabela 4* mostra, a classificação da prevalência das participantes que tiveram algum tipo de acesso e aquelas que não tiveram acesso e os seus principais motivos.

Assim, 40% receberam orientações e ou tratamento odontológico. Das 90 (60%) mulheres que não procuraram serviços odontológicos, 20% não o fez por acreditar não haver necessidade, 3% não lembrou de procurar um dentista, 15% alegou falta de recursos financeiros e 22% em função da gravidez, acreditando que o tratamento odontológico poderia ser prejudicial a gestação. Nenhuma associação, estatisticamente significativa foi encontrada entre esta variável e a classe sócio-econômica (*Tabela 6 e 7*). A variável de percepção da necessidade de tratamento odontológico, por sua vez, está associada a classe sócio-econômica (classificação 2), onde as mulheres das classe A e B acreditavam ter menos necessidades de tratamento que as demais (*Tabela 7*).

Sabe-se que, os programas odontológicos direcionados para as gestantes, são de fundamental importância para que precocemente as mães sejam esclarecidas da importância da saúde bucal, uma vez que será benéfico para à saúde bucal do seu bebê (Corsetti, Figueiredo e Dutra, 1998). Através da promoção de saúde e motivação, pode-se minimizar a provável transmissibilidade de microrganismo bucais patogênicos para a criança, e obter assim a prevenção primária das principais doenças bucais (Rosell, Montandon-Pompeu e Valsecki Jr., 1999). Contudo, os estudos mais recentes sobre o tema não nos tem mostrado que há uma prática de promoção de saúde para gestantes instituída.

Acreditando que a gravidez deve receber especial atenção Corsetti, Figueiredo e Dutra, (1998), levantaram a existência ou não de programas de atenção de saúde bucal para gestantes em Porto Alegre (RS). Apenas 24,4% dos postos possuem um programa instituído para gestantes, sendo que na maioria, 75,6% dos postos, apenas 64% das gestantes que solicitaram atenção odontológica receberam atendimento.

Os dados revelam que dentre os motivos que levam as gestantes a não procurarem o CD, está a crença de que o atendimento odontológico faz mal para a saúde do bebê, o que vem de encontro a opinião de vários autores (MAEDA et al, 2001; OLIVEIRA Jr. et al, 2002). Bernd et al (1992), constatou que há dois níveis de dificuldades a serem superados para se chegar ao dentista: o interno – medos, traumas e fantasias, e o externo – dificuldades

de marcação de consultas, esperas prolongadas, interferência no cotidiano. No que se refere à relação entre cultura popular e gestação, apareceram duas percepções: a de que o tratamento odontológico pode causar danos ao bebê e os relatos de dentistas, familiares e amigos sobre a impossibilidade de tratamento na gestação. Os referidos autores acreditam ainda ser a partir dos discursos “científicos” dos dentistas, que são decodificados de forma distorcida pelas pacientes, que se conforma a percepção de que o tratamento na gestação não é recomendável

Albuquerque e Rodrigues (2001), em um estudo qualitativo, objetivaram identificar e analisar as barreiras ao atendimento odontológico de gestantes inscritas no programa “Saúde da Família” na cidade de Cabo de Santo Agostinho. Observou-se predominâncias nas barreiras referentes ao indivíduo: crenças populares que desaconselham a busca do atendimento odontológico na gravidez, baixa percepção de necessidade, medo de sentir dor e dificuldade de acesso. Barreiras relacionadas à prática da profissão como: dificuldade de comunicação com o dentista, descrédito no diagnóstico e procedimentos realizados também foram apontadas. E no que se refere à sociedade: desarticulação dos serviços de saúde, educação em saúde inexistente ou com abordagem inadequada. Os autores concluíram que as gestantes apresentavam uma visão crítica, contudo passiva quanto ao modelo de atenção vigente, sendo a dor de dente a razão principal que as levavam a procurar o serviço.

Oliveira Jr. et al (2002), buscaram identificar as possíveis crenças que dificultariam a implantação de programas de saúde bucal para gestantes. Foram entrevistadas 116 gestantes de classe média/alta da cidade de Araraquara (SP). Muito embora as mulheres demonstrassem um alto grau de motivação na adoção de medidas de higiene e promoção de saúde, há uma parcela grande de gestantes de classe média e alta (42%), que demonstraram receio de que o tratamento odontológico realizado durante o período de gestação prejudicasse o desenvolvimento de seu filho. Sendo assim procurariam o dentista somente após o nascimento dos bebês, mesmo apresentando problemas bucais.

Maeda, Toledo e Pandolfi, (2001), frente aos dados que levantaram, onde o principal motivo citado pelas mulheres, para não terem procurado o dentista, ter sido a falta de necessidade. Afirmam, que tal justificativa não se confirmou quando se cruzaram essas informações com os dados relacionados às condições bucais, hábitos de higiene, preocupações, dúvidas e falta de conhecimento quanto ao melhor período da gestação para o tratamento odontológico. As participantes deste estudo, apontam o medo, a própria desinformação, o despreparo e o receio dos dentistas em tratar gestantes, como causas do não atendimento durante a gestação. Das entrevistadas, 22,8% relataram que já tinham medo do tratamento odontológico antes de engravidarem, número que passa para 43,9% durante a gestação. Dessas gestantes, 54,64% relataram receio da anestesia trazer conseqüências para o feto, 29,90% o medo de hemorragias bucais e 11,34% de hemorragias genitais.

Frente aos resultados, fica claro que o conhecimento popular, seus mitos e receios influenciam significativamente no comportamento das pessoas. Caso estes não sejam considerados, e se o programa de saúde não puder ser adaptado a estas realidades, não deve haver a implantação do mesmo sob pena de se mostrar inviável e com poucos resultados (OLIVEIRA JR. et al, 2002).

6.8 – Fatores relacionados aos hábitos de higiene bucal

As práticas de higiene bucal desempenham importante papel na prevenção das doenças bucais (FERREIRA e ORSI, 1995; ABEGG, 1997; MARTINS, TESSLER, CORRÊA, 1998). A escovação dental é a forma mais comum de limpar os dentes e amplamente aceita como um comportamento social desejável pela população dos países industrializados (FRANDSEN, 1986).

Os dados do presente trabalho revelaram que 55% das gestantes escovavam os dentes 3 vezes ao dia, 21% quatro vezes ou mais e 13% relataram escovar sempre após se alimentar. As participantes relatavam

ainda, fazer uso de escova e fio dental (51%). E o total de 20% das mulheres entrevistadas afirmaram terem aumentado a frequência de escovação dental em função da gestação. Nenhuma associação estatisticamente significativa foi encontrada entre o hábito de higiene versus a classe sócio-econômica (*Tabela 6 e 7*) e atividade ocupacional (*Tabela 10*).

Segundo Gift (1986), o uso regular do fio dental e ou palito de dentes não é um hábito comum para a maioria das populações dos países industrializados estando a sua utilização habitual, restrita a uma pequena parcela destas. De acordo com Honkala (1993), é recomendado escovar os dentes duas vezes ao dia, sendo considerado escovadores regulares todos aqueles que praticarem este hábito de higiene bucal ao menos uma vez ao dia.

Estudo sobre hábitos de higiene bucal de adultos da cidade de Porto Alegre (RS), revela uma alta frequência de escovação, segundo o autor Abegg (1997). Onde mais da metade dos indivíduos entrevistados (68,1%), declararam escovar seus dentes três vezes ao dia ou mais. Um terço (25,9%), alegou que escovava seus dentes duas vezes ao dia, enquanto que 5,1%, disseram escova-los apenas uma vez ao uso de fio dental, sendo que 48% escovavam os dentes menos que uma vez ao dia e menos de 1,0% da população estudada menos que uma vez ao dia. Já na cidade de Istambul (Turquia), dos indivíduos estudados maioria (74%), nunca fez uso de fio dental, sendo que 48% escovavam os dentes menos de uma vez ao dia (KULAK-ÖZKAN et al., 2001).

Valores semelhantes aos levantados no presente trabalho, a respeito da frequência de escovação dental praticada pelas gestantes, foram relatados por diversos autores. Segundo Menino e Bijella (1995), 98,7% das gestantes da amostra declararam escovar seus dentes mais de uma vez ao dia e 100% afirmaram usar dentifrício. No estudo de Barbosa e Chelotti (1997), a análise dos resultados mostrou que 98,8% das mães escovavam seus dentes duas ou mais vezes ao dia e que 56,3% delas também usavam o fio-dental diariamente.

A *Figura 3*, revela os dados a partir da classificação do componente: alteração na frequência de hábitos de higiene bucal. Do total 69% revelaram

não terem alterado a frequência de higiene bucal em função da gestação. Enquanto que, 19% declararam ter havido um aumento na frequência e 12% diminuíram a frequência. Em um estudo semelhante, que investigou as gestantes de Franca (SP), as autoras Maeda, Toledo e Pandolfi (2001), observaram que 85% delas escovam os dentes com a mesma frequência que escovavam antes de engravidar, 12,28% com maior frequência e 2,63% com menor frequência.

6.9 – Fatores relacionados aos hábitos alimentares

Canesqui (1988), coloca que os hábitos alimentares devem ser entendidos no conjunto de práticas dos diferentes grupos sociais, com o cuidado de não particularizá-los e isolá-los dos determinantes de ordem sócio-econômico e de natureza ideológica que modulam a própria produção, distribuição e consumo em nossa sociedade.

No Brasil nas últimas décadas, as mudanças nos hábitos alimentares tem sido observadas e traduzidas como momento de transição nutricional. Essas mudanças são determinadas, principalmente, pelo desenvolvimento de sistemas de produção e distribuição de alimentos além do fenômeno da urbanização, influenciando no estilo de vida e na saúde da população. A mudança básica é definida como “alimentação ocidental”, caracterizada pelo aumento no consumo de gordura e carboidratos simples e pela diminuição de fibras e carboidratos complexos (MONDINI e MONTEIRO, 1995; Oliveira, 1997 apud GAMA, 1999). Segundo Mondini, Monteiro e Costa (2000), a OMS, estabeleceu limites populacionais máximos para inibir o consumo de gorduras (30% do consumo calórico total), ácidos graxos saturados (10% do consumo calórico total), açúcar, colesterol (300 mg por dia ou 100mg/1000 Kcal), e sal (6 g por dia) e estimular o consumo de carboidratos complexos (mínimo de 50% do consumo calórico total), e de legumes, verduras e frutas (400g por dia ou cerca de 7% do consumo calórico total).

A gestação e o puerpério, são períodos envolvidos por costumes, crenças e tabus errôneos a respeito da alimentação da mulher, podendo ou não ser nocivo à saúde (TRIGO et al. 1989). Cada cultura determina o que se pode comer ou não, cria tabus, associando os alimentos a certas qualidades, de acordo com os efeitos que teriam sobre o homem. Além disso cria regras de exclusão e de inclusão mútua (RIAL, 2003). A relação entre a dimensão fisiológica e psicossocial da alimentação, acaba por determinar o aparecimento das restrições alimentares que podem ser classificadas de crença, tabus, preconceitos (RIBEIRO, 2001).

Os dados levantados no presente estudo, sobre os hábitos alimentares e suas alterações, revelaram que: metade das entrevistadas (49%) tem o hábito de fazer o desjejum ou café da manhã e que a maioria delas (78%,) almoçam, lancham à tarde e jantam regularmente. O cardápio básico continha carboidratos, proteína, frutas e verduras.

Os lanches entre as refeições, comum para a maioria das gestantes (78%), era constituído de frutas (47%), leite e derivados (14%) e carboidrato simples (13%). O açúcar esteve presente no lanche de 9% das participantes. A *Tabela 5*, apresenta a prevalência das gestantes que não alteraram os próprios hábitos alimentares (14%), e as que deixaram de ingerir (21%) e as que passaram a ingerir (9%) determinados alimentos e aquelas que alteraram o hábito incluindo e excluindo algum tipo de alimento (56%). As verduras (28%), seguido das frutas (24%), foram os alimentos de maior frequência quanto a inclusão, sendo que os principais motivo relatados pelas mulheres foram: o desejo, orientações médicas e conselhos da mãe. Por sua vez, os alimentos excluídos em função da gravidez foram: os doces, as verduras e o feijão, sendo o enjôo o principal motivo. Foi encontrado uma associação estatisticamente significativa entre o hábito alimentar e a classe sócio-econômica, sendo que as mulheres das classes A e B alteraram em menor grau o hábito alimentar em função da gestação quando comparada as mulheres das classe inferiores (*Tabela 7*).

Contrariando alguns estudo (DANTAS, 1996; MONTANDON et al., 2001), segundo os relatos das participantes, o consumo de açúcar não sofreu alteração alguma em função da gestação para 76% dos casos.

Segundo Barretto e Cyrillo (2001), os hábitos alimentares nas sociedades humanas são determinados pela interação de inúmeras variáveis como as biológicas, demográficas e as econômicas que perfazem um processo dinâmico de transformações no tempo.

As crenças e tabus alimentares não foram identificadas através das questões fechadas. Estes dados foram levantados através das questões abertas, descritas a seguir.

6.10- As questões abertas

No intuito de enriquecer o trabalho com as próprias declarações das gestantes participantes e suprir possíveis informações não detectadas nas questões fechadas, foram acrescentados ao protocolo de pesquisa três questões abertas. A primeira questão procurou levantar as principais alterações de rotina após o conhecimento do estado gravídico pelas entrevistadas. Duas categorias foram criadas a partir dos relatos, denominadas: A sensibilidade a flor da pele e o peso da responsabilidade. A segunda questão procurou identificar as crenças que delineam os hábitos alimentares e suas possíveis origens. Outras duas categorias foram criadas denominadas de: a mídia em nossas vidas e crenças populares. A terceira questão serviu para enriquecer as duas anteriores, não havendo necessidade de categorização.

A- A sensibilidade a flor da pele...

As confusas percepções internas e externas da gestação, associadas à aceitação ou rejeição da gravidez, tornam este período um tanto quanto desorganizado (BIO, 1991). As mudanças do corpo, da estrutura familiar, do futuro, fazem da mulher grávida uma tempestade de sensações:

A57- *“Mudou tudo! O psicológico ficou afetado, a preocupação comigo mesma...estou mais cuidadosa, onde andar, onde ir; o sistema nervoso está muito alterado: me sinto **ansiosa e estourada...**”*

A41- *“...tenho muito **medo** de ter perigo de eu ter um aborto, mais estou bem graças a Deus!”*

C14- *“...as vezes fico **agoniada**, me sinto abafada com **vontade de chorar...**”*

C18- *“...mudança de humor, me sinto **deprimida nervosa e ansiosa...**”*

C42- *“...estou muito mais **ansiosa e chorona.**”*

C57- *“**Ansiedade**, que faz ter preocupação de tudo; estou bem **mais intuitiva e sensível...**coisas que não dava tanta importância...dou agora... a vida, por exemplo. Estou muito mais sensível .”*

Os relatos demonstram, o quanto este período é complexo do ponto de vista psicológico. As diversas sensações vivenciadas, geram muito mais do que uma simples satisfação ou frustração, aceitação ou negação em ser mãe. Outros sentimentos permeiam os nove meses que antecedem o nascimento do bebê, que por sua vez irão reger as atitudes e comportamentos, durante esta fase.

Existe tantas maneiras de ser mãe quanto existem mulheres. Cada ser humano é um universo de desejos, aspirações e sentimentos que traduzem em opções, comportamentos e compromissos. A gestação é uma fase “normal” na vida da mulher, mas é também um período excepcional. Cada gravidez em cada mulher é única, marca uma transição onde mudanças corporais expressam, moldam e refletem modificações psíquicas. Experiências emocionais profundamente marcadas pela personalidade e história de vida de cada gestante, associam-se às alterações biológicas do processo gestacional, onde as vivências específicas, os sentimentos e os comportamentos decorrentes podem variar entre as grávidas, como diferem nas sucessivas gestações de uma mesma mulher (Quayle, 1994).

B- O peso da responsabilidade...

Amor; certamente a primeira palavra que vem a cabeça, quando pensamos em gerar um filho. Entretanto, na prática, outros atributos são essenciais aos candidatos a mães e pais do século XXI. Disponibilidade, dedicação, abnegação, coragem e recursos financeiros; são igualmente necessários.

A consciência desta responsabilidade foi observada nos relatos através de duas percepções...

...maturidade,

A8- "... fiquei mais **centrada**, me sinto mais **madura!**."

A15- "...mudou tudo! os meus hábitos, as coisas que fazia... eu saía e tomava uma cervejinha, eu era mais agitada, hoje estou mais tranquila,... **passiva.**"

A21- "... **responsabilidade** é bem maior, tenho vontade de trabalhar, estudar..."

A45- "Acho que o que mudou, é que a agente cria responsabilidade, agente **não se comporta mais como antes...**"

A66- "**Muda bastante, as coisas, as atitudes tudo é em função disto (gravidez)...alimentação, vestimenta estou mais matura.**"

A74- "Mudou tudo : o jeito que eu penso, tenho que ficar mais em casa, não saio mais... **me divertir nem pensar!**"

A78- " a **responsabilidade** que sei que vou ter que ter... chego a ter pesadelos à noite."

...preocupação com o futuro,

A16- "...mudou o **planejamento da minha vida**... não estava esperando... tinha liberdade de sair e fazer o que eu queria..."

A18- "...ai meu Deus, tanta coisa mudou, os planos para o futuro, o planejamento futuro, muda tudo... aumentaram as preocupações com o **financeiro**, ficou tudo mais conturbado."

A40- "Fiquei tão apavorada quando soube..., até hoje não me conformei, eu não durmo, mais não é por causa da gravidez é porque **estou desempregada...**"

C- A mídia em nossas vidas...

A televisão, as revistas, os jornais, o rádio, fazem parte da vida da população brasileira. Os meios de comunicação em particular a TV, podem e devem ser fortes aliados aos programas de promoção de saúde. Um exemplo disso, foi o programa exibido na Rede Globo de comunicações, durante alguns meses deste ano, pelo médico Drauzio Varela, sobre a gravidez. As mulheres, quando questionadas sobre os conhecimentos adquiridos com relação ao seu estado gravídico, relataram que adquiriram conhecimento e esclareceram suas dúvidas a respeito da gravidez, através de leituras e do programa exibido no Fantástico citado anteriormente.

B22- "...eu vi na TV (no Fantástico), como fruta faz bem, eu como principalmente maçã."

B25- "... eu li bastante a respeito de estar grávida, sei o que é bom pra mim e o que não é..."

B29- " Eu leio muito, então confio em mim, sei que tenho que comer muita fruta, e aumentar as verduras, ah...nada de bebidas alcólicas."

B37- "...eu leio tudo que sai a respeito e vou pela minha cabeça!"

B40- "...eu assisto no Fantástico e o médico disse que não tem nada disso, de frescura."

D- Crenças populares

Os tabus e as crenças alimentares, são difíceis de serem eliminados pois estão ligados ao emocional, ao abstrato, à história das pessoas, tornando indispensável o conhecimento por todos aqueles que pretendem desencadear qualquer tipo de intervenção nesta área (TRIGO et al., 1989). As variações culturais podem se expressar através de hábitos alimentares, preferências e aversões a alimentos (SHAFER, 1985). Foi observado que não apenas, alguns tabus alimentares se perpetuam, mas também, que a mãe exerce forte influência nas escolhas alimentares das filhas gestantes. Estes

conhecimentos “passados de mãe pra filha”, observados nos relatos, reafirmam o poder da mulher, da mãe no núcleo familiar.

- restrições alimentares...

B13- “...a **gordura**, eu evito, o resto não... e **carnes mal passada**, ouvi falar que não é bom tem uma bactéria que pode causar aborto.”

B26- “... O que “eles” falam que não tenho que comer é **carne de porco** e que tenho que comer beterraba por causa dos hematócitos...”

B39- “A única coisa que eu não como é **arraia** porque dizem que é **muito carregada...**”

B14- “... **não como abacaxi** que dizem, que **aborta**, pode passar perto que eu não como.”

B65- “As colegas de trabalho falaram para não comer laranja que faz mal para o bebê e uma cunhada também disse, que **laranja não pode comer na gravidez porque causa aborto...**”

- **indicações alimentares...**

B23- “... A sogra diz que **suco de laranja** faz bem para a pele do bebê e que **beterraba** também ela diz: **criei sete filhos e nenhum morreu!**”

B43- “...a sogra faz questão de empurrar comida, os **verdes escuros** e diz que tenho que comer **muita carne** que é bom, ah e **suco de laranja** também...”

B51- “...mandaram eu **tomar leite...** a mãe e todo mundo fala isso sempre. As colegas do trabalho mandaram eu parar de tomar coca cola.”

- **minha mãe sabe!**

B12- “ **a mãe fala** para não comer porcaria – doces, balas...comer colorido.”

B16- “... o fígado e a verdura que é bom... quem diz sempre isso é a **mãe...** ah! e que não é bom tomar refrigerante.”

B45- “Minha mãe fala para comer bastante verdura, fruta, ferro – fígado. A mãe não gosta que eu tome muito refrigerante isso ela suspendeu e diz: “é melhor um suco natural!”

B50- “**A mãe diz** que é bom comer muita verdura, agrião e espinafre.”

B60- “ **A mãe diz** que tenho que comer mais feijão e fruta que não comia antes.”

B66- “...Comer mais verduras e frutas, **a minha mãe** e o meu marido marcam cerrado!”

B67- “... o leite eu tomo, porque **minha mãe diz** que é bom por causa do cálcio.”

B74- “A **minha mãe** diz para comer feijão, salada, beterraba e suco de laranja, diz que é bom.”

Sem dúvida alguma, uma experiência enriquecedora e gratificante. A partir de um questionamento aberto e descontraído, pudemos sentir e participar um pouco dos sentimentos e expectativas vividas no período gestacional. O método utilizado, já descrito anteriormente, não almeja a comparar-se aos métodos qualitativos de pesquisa, já consagrados. Entretanto, nos mostra o quão sensível seria este método na busca das alterações dos hábitos alimentares e de comportamento que ocorrem na gravidez. Este ensejo, deixa como sugestão para próximos trabalhos sobre alterações de comportamento alimentar o não, o uso dos métodos qualitativos.

VII- CONCLUSÕES

7.1 Conclusões e Considerações Finais

- Na amostra estudada, em sua grande maioria (86%), alterou os seus hábitos alimentares em função da gestação,
- A alteração do hábito de higiene bucal não foi um achado freqüente relacionado ao período gestacional (31%), em função do aumento (19%) ou diminuição (12%) da freqüência de escovação dental, apesar de que a metade das gestantes entrevistadas, relatou ter mais cuidado com a escovação dental após os episódios de vômitos.
- As gestantes se encontravam mais susceptíveis a desequilíbrios na cavidade bucal por apresentarem episódios de vômitos (50%), aumento na freqüência de ingestão de alimentos (50%), falta de informação e orientação sobre a importância da manutenção de sua saúde bucal (11%), e por interferências sócio-econômicas-culturais, não procuraram atendimento odontológico durante este período (60%), apesar de acreditarem na necessidade deste (69%).
- O fator sócio-econômico não influenciou, diretamente, na mudança de comportamento relacionada nos hábitos de higiene bucal, no entanto em relação à alimentação, as mulheres consideradas de classe social A e B relataram que não alteraram os hábitos alimentares em função da gestação.

- As crenças de que determinados alimentos podem fazer mal e outros bem para a mulher grávida, ainda estão bastante presentes nesta população.
- A mãe aparece como protagonista, promovendo saúde no lar e determinando comportamentos que passam de geração em geração e que devem ser adotados pelas filhas gestantes.
- O acesso aos meios de comunicação, permite que as próprias gestantes esclareçam algumas dúvidas sobre a gestação e suas alterações físico-emocionais.

Considerações Finais

O presente estudo possibilita recomendar ao HU-UFSC e ao curso de odontologia – UFSC, através de uma parceria, que incluam profissionais e estudantes de Odontologia na equipe interdisciplinar de atenção pré-natal, desenvolvida no ambulatório de Tocoginecologia do HU-UFSC. Minimizando desta forma, o problema de acesso à atenção odontológica e a falta de informação, promovendo saúde as gestantes e seus futuros filhos. Como também, negar a crença de que a gestação predispõe a mulher a condições desfavoráveis de saúde bucal, e que devemos sempre considerar o contexto social em que a gestante está inserida, como parte fundamental no processo de reconhecimento desta população. Uma vez que as influências sócio-culturais parecem ser determinantes quando se trata das alterações de comportamento.

VIII- REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.6, dez, p.586-593. 1997.

ALALUUSUA, A. et al. Oral colonization by more than one clonal type of mutans streptococcus in children with nursing-bottle dental caries. **Archs oral Biol.** v.41, n.2, p.167-173. 1996.

ALBUQUERQUE, O. M. R.; RODRIGUES, C. S. Barreiras ao atendimento odontológico de gestantes: um estudo qualitativo. **Pesqui Odontol Brás**, v.15, Suplemento. 2001.

ASSAF, A V. Fatores de risco para a doença periodontal. **RBO**. V. 56, n. 6. nov/dez. 1999.

BADEIA, M. Sistema de atenção em odontologia. *Rev Paul Odontol.*, v.5, p.2-14, set/out. 1991.

BARBOSA, T. R. C.; CHELOTTI, A. Avaliação do conhecimento de aspectos da prevenção e educação em odontologia, dentição decídua e oclusão em gestantes e mães até os 6 anos pós parto, como fator importante na manutenção da saúde bucal da criança. *Rev Inst Ciênc Saúde n. especial*, 13-17. 1997.

BARRETTO, S. A. J.; CYRILLO, D. C. Análise da composição dos gastos com alimentação no município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. **Revista de Saúde Pública**. v.35, n.1, fev. 2001.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Cienc Saúde Coletiva**. v.7, n.4, p.709-717. 2002.

BERND, B.; et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate* v.34, p.33-39. 1992.

BIO, E. R. A. A grávida e o corpo. In: ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. São Paulo: Atheneu, 1991. cap11.

BRAGA FILHO, J. M. Anamnese. In: ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. São Paulo: Atheneu, 1991, cap4, p.19-26.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal**: manual técnico. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso: em 28 de maio de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 569/GM. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**, jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico de assistência pré-natal**. 2000.

CANESQUI, A. M. Antropologia e alimentação. **Revista Saúde Públ.**, v.22, n.3, p.207-216. 1988.

CASAMASSIMO, P. S. Maternal Oral Health. **Dental Clinics of North América**. V.45, n.3, jul. 2001.

CORSETTI, L. D.; FIGUEIREDO, M. C.; DUTRA, C. A V. Avaliação do atendimento odontológico para gestantes nos serviços públicos de porto Alegre / RS, durante o pré-natal. **Rev da ABOPREV**. n.1, v. 1, p. 9-15, nov. 1998.

COSTA, C. C.; COSTA FILHO, L. C.; SÓRIA, M. L.; MAINARDI, A. P. R. Palque removal by manual and electric toothbrushing among children. **Pesqui. Odontol Bras**, v.15, n.4, p.269-301, out/dez. 2001.

COSTA, I. C. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **R.P.G.**, São Paulo, v.5, n.2, p.87-92, abr./jun. 1998.

CUNHA, M. B. da; SANT'ANNA, D.; CUNHA, J. J. da. Prevalência da gengivite na gestante. **RBO**. n. 1, jan/jun, 1985.

DANTAS, S. S. Relação entre gravidez e a saúde bucal. Dissertação de Mestrado em Odontologia social, Universidade federal do Rio Grande do Norte, 1996.

DEL DUCA, F. F.; et al. Situação da saúde bucal das gestantes atendidas no Projeto de Atenção Odontológica Materno-Infantil da UFPEL. **Pesqui Odontol Bras**, v.16, Suplemento. 2002.

DELÁSCIO, D. et al. Modificações anatômicas e fisiológicas do organismo materno. In: SALES, J. M. et al. **Tratado de Assistência pré-natal**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1989. cap.3.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal Briquet**. São Paulo: Sarvier. 1987.

DEPAOLA, D. P.; FAINE, M. P.; PALMER, C. A. Nutrição em relação à odontologia. Tratado de nutrição. 2003.

DINIZ, L. E. V. Nutrição e gravidez. In: ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. São Paulo: Atheneu, 1991. cap.10.

DOUGLAS, M. **Implicit meanings: selected essays in anthropology**. 2ed. London: Routledge, 1999.

DUGGAL, M. S.; VAN LOVEREN, C. Dental considerations for dietary counselling. **Int Dent J**, v.51, n.6 Suppl 1, p.408-12. 2001.

FARIA, C. F.; OLIVEIRA, C. M. R.; PORDEUS, I. A. Avaliação de conhecimento e atitudes relacionados à prevenção em odontopediatria: um estudo com gestantes, mães e profissionais da área médica. **Arquivo em Odontologia**, v.33, n.2, p.121-132, jul/dez. 1997.

FERREIRA, M. C. M.; ORSI, R. M. **A saúde bucal ao alcance de todos**. São Paulo: Santos, 1995.

FISCHER, R. G. Controle mecânico e químico do biofilme dental. In: TUNES, U. R.; RAPP, G. E. **Atualização em periodontia e implantodontia**. São Paulo: Artes médicas, cap.1. 1999.

FICHLER, C. **L'homnivore**. Paris: Odile Jacob, 1990.

FITZSIMONS, D.; DWYER, J. T.; PALMER, C.; BOYD, L.D. Nutrition and oral health guidelines for pregnant women, infants and children. **J Am Diet Assoc**. v.98, n.2, p.182-6. feb. 1998.

FLORIANÓPOLIS. **Normatização da assistência à saúde da mulher**. Programa de assistência integral a mulher, Prefeitura Municipal de Florianópolis. 3 ed. 1998.

FLORIANÓPOLIS. Hospital Universitário-UFSC. Setor de estatística. **Número de atendimentos realizados**. 2003.

FLORIANÓPOLIS. Hospital Universitário - UFSC. Ambulatório de Tocoginecologia. **Manual de rotinas do HU-UFSC**, 2001.

FRANDSEN, A. Mechanical oral hygiene practices: state-of-the-science-review. In: Løe, H. e Kleinman, D. V. **Dental plaque control measures and oral hygiene practices**. Oxford, IRL, 1986. P.93-116.

FREITAS, S. F. T. de. **História Social da Cárie Dentária**. Bauru: Edusc, 2001.

GAFFIELD, M. L. et al. Oral Health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. **JADA**. v.132, jul. 2001.

GARCIA, R. W. D. **Representações sociais da comida no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo**. 1993. 219f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

GENCO, R. J. Current view of risk factors for periodontal disease. **J of Peryodontology**. n.67, p.1041-1049, 1996.

GIFT, H. C. Current utilization patterns of oral hygiene practices: state-of-the-science-review. In: Løe, H. e Kleinman, D. V. **Dental plaque control measures and oral hygiene practices**. Oxford, IRL, 1986.

GOMES, A C. Z.; PAIVA, E. M. M. de. Alterações inflamatórias gengivais em gestantes – há diferenças para não gestantes? **ROBRAC**. 2002. Disponível em : <http://abo-go.com.br/robrac27/html/alterações.htm>
Acesso em: 19/03/02.

GOMEZ, S. S.; WEBER, A. A. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. **International Journal of Pediatric Dentistry**. v.11, p. 117-122. 2001.

GONZAGA, H. F. S.; BUSO, L.; JORGE, M. A; GONZAGA, L. H. S. Odontologia intrauterina: um modelo integrado de prevenção. **Braz Dent J.** v.12, n.2, p.139-142, 2001.

GUYTON, A. **Tratado de Fisiologia Médica.** 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

HONKALA, E. Oral health promotion with children and adolescents. In: SCHOU, L. e BLINKHORN, A. **Oral health promotion.** Oxford: Oxford University. 1993.

IGLESIAS, J. G. La odontoestomatologia em las grandes civilizaciones antiguas. In: MARTINEZ, A. B. **Tratado de odontologia.** Madrid: Smithkline Beechan, 1998.

KAHHALE, M. Repercussões clínicas das adaptações do organismo materno. . In: ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. O pré-natal. São Paulo: Atheneu, 1991. cap.8.

KULAK-ÖZKAN, Y.; OZKAN, Y.; KAZAZOGLU, E.; ARIKAN, A. Dental caries prevalence, tooth brushing and periodontal status in 150 young people in Istanbul: a pilot study. **Int. Dent. J.** v.51, p.451-456. 2001.

LEE, A; McWILLIAMS, M.; JANCHAR, J. Care of the pregnant patient in the dental office. **Dental Clinics of North America**, v.43, n.3, jul. 1999.

LERMAN, S. **História de la odontologia.** Argentina: Mundi, 1964.

LÉVI-STRAUSS, C. **O cru e o cozido.** São Paulo: Brasiliense, 1991.

MAEDA, F. H. I.; TOLEDO, L. P.; PANDOLFI, M. A visão das gestantes quanto às condutas odontológicas na cidade de Franca (SP). **Revista Odontol Vitória.** v.3, n.2, p.8-14. 2001.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 7 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

MALTS, M. **Cárie Dental: fatores relacionados**. In: Pinto, V. G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 4. ed. 2000.

MANGSKAU, K. A; ARRINDELL, B. Pregnancy and oral health: utilization of oral health care system by pregnant women in North Dakota. **Northwest Dent**. v.75, n.6, p.23-28, nov / dec. 1996.

MARAMATSU, Y.; TAKAESU, Y. Oral health status related to subgingival bacterial flora and sex hormones in saliva during pregnancy. **Bull Tokyo Dent Coll**, v.35, n.3, p.139-151. aug, 1994.

MARTINS, A. L. C. F.; FERNANDES, F. R. C.; CORRÊA, M. S. N. P.; GUERRERA, A. C. A cárie dentária. In: CORRÊA, M. S. N. P. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos, 1 ed. 1998.

MARTINS, A. L. C. F.; TESSLER, A. P. C. V.; CORRÊA, M. S. N. P. Controle mecânico e químico da placa bacteriana. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, cap.22. 1998.

MENINO, R. T. M.; BIJELLA, V. T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com a própria saúde bucal. Revista Fac. Odontol. Bauru v.3, p.5-16. 1995.

MESTRINER Jr., W; POLIZELLO, A. C. M.; SPADARO, A. C. C. Enamel fluoride concentrations in unerupted third molars and the influence of fluoridated water on caries scores. **Caries Res.**, v.30, p. 83-87. 1996.

MOBLEY, C. C. Nutrition and dental care. *Dent Clin North Am*, v.47, n.2, p.319-36. apr. 2003.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A .Mudanças no padrão de alimentação. In: MONTEIRO, C. A **Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e suas doenças**. São Paulo, Hucitec/USP, 1995.

MONTANDON, E, M.; DANTAS, P. M.; MORAES, R. M. de; DUARTE, R. C. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**. v.4, n.18, mar/abr. 2001.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev Saúde Pública**, v.34, n.3, jun. 2000.

MOSCOVICI, S. On social representations. In: FORGAS, J. P. **Social cognition: perspectives on everyday understanding**. Nova York: Academic Press, 1981. p.181-209.

MUÑOZ, C. A.; KIGER, R. D.; STEPHENS, J. A.; KIM, J.; WILSON, A. C. Effects of nutritional supplement on periodontal status. **Compendium**. v. 22, n.5, p.425-438. 2001.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.

NASCIMENTO, C. P.; LOPES, W. C. Gravidez na adolescência: enfoque odonto-preventivo. **ROBRAC**. V.6, n.20p. 27-30. 1996.

NEWBRUN, E.; PIGMAN, W. *Cariologia*. São Paulo: Santos, 1988.

NUNES, M. F.; MARTINS, R. F. de O. Conhecimentos, comportamentos e atitudes em saúde bucal entre gestantes assistidas por instituições públicas de saúde. **Aboprev**. v.4, n.2, jul-dez. 2001.

OLEINISKI, J. C. Estudio de la saliva por sialometria en personas de la tercera idade. Tese de Doutorado. Madrid. 1999.

OLIVA FILHO, A. G. de; OLIVEIRA, L. S. de. Odontologia na gravidez. In: ELIAS, R. **Odontologia de alto risco**. Rio de Janeiro:Revinter, 1995.

OLIVEIRA Jr., O B. de; SAAD, J. R. B.; UEDA, J. K.; ANDRADE, M. F. de.; CAMPANELLI, V. Contribuição para a eficácia de programas de prevenção. Identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. **Medcenter.Com Odontologia**, 2002. Disponível em: < <http://www.odontologia.com.br>> Acesso em 22/09/02.

OLIVEIRA, S. P. Changes in food consumption in Brazil. **Arch Lat Am Nutr.**, v.47, n.2 Suppl 1, p.22-24. 1997.

OLIVER, R. C. et al. Periodontal Disease in the United States Population. **Journal of Periodontology**, n. 69, p.269-278, 1998.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 4. ed. 2000.

PINTO, V. G. **Saúde bucal**: Odontologia social e preventiva. 3 ed. São Paulo: Santos, 1992, cap.12, p. 259-74.

QUAYLE, J. Alterações emocionais da gravidez. In: ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1994.

REECE, E. A.; et al. **Compêndio de medicina fetal e materna**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

REISINE, S.; DOUGLASS, J. A. Psychosocial and bahavioral issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol.** v.26 Suppl 1, p.32-44. 1998.

REISINI, S. T.; PSOTER, W. Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. **J Dent Educ**, v.65, n.10, p.1009-16. Oct, 2001.

RESENDE, J.; COLSOVSKY, S. Repercurssões da gravidez sobre o organismo. In: REZENDE, J. **Obstetrícia.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. cap.8.

RIAL, C. S. M. **Antropologia da alimentação.** Aula ministrada no curso de pós-graduação de Nutrição da UFSC. 2003.

RIBEIRO, T. H. C. **Tabus e supertições alimentares.** Disponível em: <<http://www.Epub.org.br/nutriweb/n0201/tabus.htm>>. Acesso em 12 nov. 2002.

RING, M. E. **História da odontologia.** São Paulo: Nanole, 1998.

RODRIGUES, A. M. **Operário, oprária.** Estudo exploratório industrial da grande São Paulo. 2 ed., São Paulo: Símbolo, 1978. p.141.

ROMERO, R. D.; et al. Granuloma gravídico: reporte de un caso. **Rev ADM.** n. 45, p. 317-320. 1988.

ROSELL, F. L.; MONTANDON-POMPEU, A A B.; VALESKI Jr., A. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Rev Saúde Pública**, n. 33, v.2, p.157-162, 1999.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp, 1994, p.400.

ROZIN, P. Towards a psychology of food choice . **Instituto Danone**, Bruxelas. 1981. p.265-349.

RUGG-GUNN, A J. **Nutrition and Dental Health**. Oxford Medical Publications: Nova York, 1993.

SANCHEZ, A L.; VALENTE, A G. L. R.; PRIMO, L.; SOUZA, I. P. Fatores de risco à doença cárie: estudo comparativo (1991-1998). **RBO**. v.59, n.1, jan/fev. 2002.

SCAVUZZI, A I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Influência da gestação na prevalência de cárie dentária e da doença periodontal. **Rev da Faculdade de Odontologia da UFBA**. v. 18, jan/jun. 15-21.1999.

SHAFER, W. et al. **Tratado de patologia bucal**. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985, cap.7, p. 376-442.

SHEPHERD, R. Social determinants of food choice. Proc Nutr Soc., v. 58, p.807-812. 1999.

SILVA, E. F. da; et al. Sabor/saber: hábitos alimentares tradicionais no Estado de Santa Catarina. In: Simpósio Sul-Brasileiro de alimentação e nutrição: história, ciência e arte, 2000. Florianópolis. Anais... Florianópolis: Departamento de Nutrição/ UFSC, 2000. p.41-45.

SILVA, L. C.; LOPES, M. N.; MENEZES, J. V. N. B. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba-PR em relação à saúde bucal de seus futuros bebês. JBP. v.2, n.8, p.262-266. 1999.

SOORIYAMOORTHY, M.; GOWER, D. B. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease. **J Clin Periodontol**, n.16, p.201-208. 1989.

STEINBERG, B. J. Women's oral health issues. **CDA Journal**, v.28, n.9, set. 2000.

TAANI, D. Q.; HABASHNEH, R.; HAMMAD, M. M.; BATIEHA, A. The periodontal status of pregnant women and its relationship with socio-demographic and clinical variables. **J Oral Rehabil**. v.30, n.4, p.440-5, apr. 2003.

THYLSTRUP, A; FEJERSKOV, O. **Cariologia Clínica**. 2 ed. São Paulo: Santos, 1995.

TORRES, S, A; ROSA, O. P. S.; AKIYOSHI, N.; SILVEIRA, A M. M.; BRENTZ, W. A. Níveis de infecção de estreptococos do grupo mutans em gestantes. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.13, n.3, p.225-231, jul/set. 1999.

TRIGO, M.; RONCADA, M. J.; STEWIEN, G. T. M.; PEREIRA, I. M. T. B. Tabus alimentares em região do norte do Brasil. **Rev. Saúde públ.**, v. 23, n.6, p.455-464, 1989.

WOORTMANN, K. Hábitos e ideologias alimentares em um grupo social de baixa renda. **Fundação Universidade de Brasília**. Série Antropologia 20, 1978.

ZAKRZEWSKA, J. M. Women as dental patients: Are there any gender differences? **Int Dent J** v.46, n. 6, p.548-557. 1996.

ZARDETTO, C. G. C.; RODRIGUES, C. R. M. D.; ANDO, T. Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis sócio-culturais diferentes. **RPG** n.5, v.1, p.69-74. 1998.

ZUGAIB, M. identificação do risco obstétrico. In: ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. São Paulo: Atheneu, cap. 7, p. 45-9. 1991.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nome da participante: _____

As informações contidas neste documento, fornecidas pela Mestranda Dayane Machado Ribeiro sob orientação da Profa. Dra. Denise M. B. Oleiniski, com o objetivo de firmar por escrito, mediante o qual, o voluntário da pesquisa autoriza sua participação, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

1 - Título do trabalho: AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES DE HÁBITOS ALIMENTARES E DE HIGIENE BUCAL DE GESTANTES QUE FIZERAM O PRÉ-NATAL NO HU-UFSC EM FLORIANÓPOLIS.

2 - Objetivo: Correlacionar as alterações de hábitos ao aumento dos fatores de risco a doença cárie e a doença periodontal

3 - Justificativa: Desta forma, o presente estudo espera que possa contribuir com a obtenção de informações relativa aos hábitos das gestantes e conseqüentemente para a formulação de política públicas de saúde apropriadas e um maior desenvolvimento de ações de assistência para a coletividade.

4 - Procedimentos realizados no estudo: O estudo será desenvolvido através de dados obtidos com a aplicação de um protocolo que é constituído de: anamnese, questionário sobre hábitos de higiene e alimentar.

5 - Desconforto ou risco: Nenhum tipo de risco é esperado neste tipo de pesquisa, pois será realizada a partir de questionários. O método que será utilizado é indolor e não gera desconforto a gestante.

6 - Benefícios do estudo: Através do presente estudo será fornecida grande contribuição à comunidade científica que atualmente, dispõe de poucos estudos de coletividade referentes à saúde bucal das gestantes quando relacionadas as alterações de hábitos sofridas por elas. Além de contribuir para a obtenção de novas informações relativa a gestação e a saúde bucal e conseqüentemente para formulação de política públicas de saúde apropriadas e ao desenvolvimento de ações de assistência para a coletividade.

7 - Informações: Os pesquisadores assumem o compromisso de fornecer informações atualizadas obtidas durante o estudo, ainda que estas possam afetar a vontade do indivíduo em continuar participando. Os resultados obtidos na pesquisa serão utilizados somente para fins de publicações científicas e/ ou curso, palestras e aulas.

8 - Aspecto legal: Este projeto foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo às resoluções 196/96 e 251/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde – Brasília – DF.

9 - Garantia de sigilo: A participação do voluntário neste estudo é confidencial e nenhum nome será divulgado em qualquer tipo de publicação. Todas as informações coletadas só serão utilizadas para fins científicos.

10 - Telefone dos pesquisadores para contato: Os pesquisadores encontram-se à disposição para esclarecer ou oferecer maiores informações sobre a pesquisa:

Mestranda: Dayane M. Ribeiro (0xx48)2351325
Profa. Dra. Denise M. B. Oleiniski (0xx48) 3341800

11 - Retirada do consentimento: A participação neste estudo é voluntária, podendo o participante retirar-se a qualquer momento e por qualquer razão, sem alguma penalidade. No entanto, pedimos que caso deseje retirar-se do estudo entre em contato com os pesquisadores pessoalmente ou por telefone.

12 - Consentimento pós-informação:

Eu, _____
_____, certifico que tenho lido as informações acima e estando suficientemente esclarecida de todos os itens propostos pela Mestranda em Odontologia Dayane Machado Ribeiro e pela Profa. Dra. Denise Oleiniski, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados podendo os mesmos serem utilizados para a realização da pesquisa. Assim autorizo e garanto a minha participação no trabalho de pesquisa proposto acima.

Florianópolis, _____ de _____ de 200__

Nome Completo: _____

RG: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B - PROTOCOLO DE PESQUISA

Protocolo clínico sobre avaliação dos hábitos alimentares e de higiene bucal de gestantes que fizeram o pré-natal no HU-UFSC em Florianópolis.

caso clínico no. _____ data do atendimento __/__/__

DADOS PESSOAIS

Idade: _____ Data de nascimento: __/__/__ Mês de gestação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone: _____ Celular: _____

Estado Civil: _____ no. de filhos: _____

Profissão: _____ No. de consultas pré-natal: _____ obs: . _____

Procedência: _____, a quanto tempo em Fpolis _____

AVALIAÇÃO SÓCIO – ECONÔMICO

Classificação econômica do Brasil (adaptado, ANEP 1997).

	Não tem		Tem		
Número de itens	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão a cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Video cassete	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente da geladeira)	0	1	1	1	1

Grau de instrução do chefe da família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / ginásio incompleto	1
Ginasial completo / colegial incompleto	2
Colegial completo / superior incompleto	3
Superior completo	5

- 08- Perdeu algum dente durante a gravidez?
 sim não
- 09- Teve ou tem algum dente mole?
 sim não
- 10- Sua gengiva mudou durante a gravidez?
 sim não
- 11- Ocorre sangramento na gengiva?
 sim não
 ao comer
 ao escovar/usar fio dental
 espontaneamente (sozinha)
- 12- Sente a gengiva inchada e dolorida?
 sim não
- 13- Quantas vezes por dia escova os dentes?
 1 vez 2 vezes
 3 vezes 4 vezes ou mais
 sempre após se alimentar
 outros nenhum
- 14- O que você utiliza para fazer a higiene oral?
 escova dental fio dental
 enxaguatório bucal
 pasta de dente outros
- 15- Durante a gravidez...
 Mudou seu hábito de higiene (a maneira de limpar)
 Não mudou seu hábito de higiene (a maneira de limpar)
- 16- Se mudou, como?
 Aumentou a frequência de escovações (as vezes que escovou)
 Diminuiu a frequência de escovações (as vezes que escovou)

- 17- Teve enjôo (náusea)?
 sim não
 Durante que período? _____
- 18- Teve vômitos?
 sim não
 Durante que período? _____
- 19- Escovava os dentes após vomitar?
 sim não às vezes
- 20- Escova os dentes antes de dormir?
 sempre às vezes nunca

III. Fatores relacionados aos hábitos alimentares

- B- O que você sabe sobre alimentos que fazem bem e/ou mal durante a gravidez(desconsidere as informações que obteve através do médico ou enfermeiro)? Como você adquiriu este conhecimento (quem te falou sobre isso?, a onde ouviu dizer?) Você segue?

- 01- Quantas vezes você se alimenta por dia ?
 desjejum lanche das 10:00
 almoço lanche das 16:00
 jantar ceia
- 02- Tem o hábito de beliscar no intervalo das ‘refeições’?
 sim não
 às vezes

- 03- Qual o seu petisco favorito?
 fruta doces
 salgadinhos bolachas
 refrigerante sucos
 café outro
- 04- Aumentou o consumo de doces?
 sim não
- 05- O que você acha da sua alimentação?
 adequada inadequada
- 06- Qual é o ganho de peso médio
 mensal? _____
- 07- Então, você cuida com a
 alimentação...
 sim não
- 08- Porque?
 não engordar muito
 pela minha saúde
 pela saúde do bebê
- 09- O que você comia antes e não come
 agora? _____
 verduras/frutas/legumes carne
 leite derivados do leite
 feijão ovo
 hambúrguer pizza
 chocolate/doces
 outros _____
 não houve mudanças
 Por que? _____
 enjoa engorda não
 gosta mais
 emagrece passei mal
 alguém disse que não era bom para
 grávidas outro
- 10- O que você não comia antes e come
 agora? _____
 verduras e/ou legumes
 leite derivados de leite
 preparações requintadas Massas
 frutas carnes chocolate
 doces/sobremesa balas
 cereal outros
 Quando mudou? _____ mês

Por que (motivo)?

- desejo orientações médicas
 controle de peso: engordar
 emagrecer
 informações externas
 orientações da mãe
 outros _____
- 11- O que você come no café da manhã?
 café leite suco de fruta
 chá queijo frutas
 presunto pão bolo
 bolacha salgada bolacha doce
 margarina geleia/chimieira
 cereal mel
 outros _____
- 12- O que você come no almoço?
 salada verde legumes
 arroz feijão carne
 macarrão peixe
 farinha de mandioca
 batata frutos do mar
 ovos lanches
 hambúrguer pizza
 frutas doces
 refrigerante outros
- 13- O que você come no jantar?
 pão sopa de legumes
 ovos arroz feijão
 carne peixe batata
 frutos do mar verduras
 legumes macarrão frutas
 hambúrguer pizza café
 refrigerante doces outros

- 12-O que você come nos lanches/ceia?
 frutas doces balas
 chocolates bolacha bolo
 barra de cereal iogurte
 salgadinhos assados sucos
 refrigerante cafezinho
 outros _____

14- O suco e cafezinho são adoçados

com...

açúcar adoçante

nada

15- Ingere refrigerantes?

light diet

normal não ingere

16- Que horas você dorme ? _____

17- Tem o hábito de comer durante a

madrugada?

sim não

O que você come? _____

Escova os dentes depois?

sim não

C - Há alguma coisa que acontece na gravidez, algo que foi orientado: comer/ beber / ingerir (medicamentos) ou não, que não foi perguntado , mas acontece neste período?

ANEXO A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos.

ANEXO B - Declaração de autorização para o desenvolvimento da pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.