

Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

“Educação em saúde bucal para a gestantes: possibilidades de construção e multiplicação
de saberes”

por

Taís Rocha Figueira

Belo Horizonte
Dezembro/2007

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

“Educação em saúde bucal para gestantes: possibilidades de construção e multiplicação de saberes”

por

Taís Rocha Figueira

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de concentração Saúde Coletiva.

Orientação: Prof^a Dr^a Celina Maria Modena

Co-orientação: Prof^a Dr^a Virgínia Torres Schall

Prof^a Dr^a Efigênia Ferreira e
Ferreira

Belo Horizonte

Dezembro/2007

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

F471e Figueira, Taís Rocha.
2007

Educação em saúde bucal para gestantes: possibilidades de construção e multiplicação de saberes / Oral health education for pregnant women: opportunities for construction and multiplication of knowledge / Taís Rocha Figueira. - Belo Horizonte, 2007.

X, 97 f: il.: 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 85 -

Dissertação (mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Educação em Saúde 2. Saúde Bucal 3. Gestante I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). III. Schall, Virgínia Torres (Co-orientação). IV Ferreira, Efigênia (Co-orientação).

CDD – 22. ed. – 617.601

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

“Educação em saúde bucal para gestantes: possibilidades de construção e multiplicação de saberes”

por

Taís Rocha Figueira

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Celina Maria Modena (Presidente)

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho

Prof. Dr. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu

Suplente: Dr. Martin Johannes Enk

Dissertação defendida e aprovada em: 13/12/2007

Agradecimentos

A Deus, pela oportunidade de aprendizado e crescimento.

A meus pais, Paulo e Elizabeth, por estarem ao meu lado em todos os momentos, dando-me coragem e força.

Aos meus irmãos, Gustavo e Maria Elisa, pelo carinho e amizade.

Ao Marcus, por me ajudar a realizar os meus sonhos, através de seu amor, apoio e incentivo.

À minha orientadora, Dr^a Celina Maria Modena, pela orientação na elaboração dessa dissertação, por compartilhar comigo seus conhecimentos, pelo carinho e amizade.

As minhas co-orientadoras, Dr^a Virgínia Torres Schall e Dr^a Efigênia Ferreira e Ferreira, pelas importantes colaborações ao nosso trabalho.

À gerente do Centro de Saúde São Miguel Arcanjo, Liliane Grossi, e a todos os profissionais dessa UBS, pela acolhida e apoio indispensável na realização deste trabalho.

A todos os colegas do LABES, presenças importantes durante esta jornada.

Sumário

Resumo.....	viii
Abstract.....	x
1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	9
2.1. Objetivo geral.....	9
2.2. Objetivos específicos.....	9
3. Metodologia.....	10
3.1. Área e População de estudo.....	10
3.2. Referenciais teórico-metodológicos.....	12
3.2.1. Pesquisa Qualitativa.....	12
3.2.2. Modelo de Crenças em Saúde.....	12
3.2.3. Representação Social.....	13
3.3. Técnicas de Coleta de Dados.....	14
3.3.1. Entrevista semi-estruturada.....	14
3.3.2. Observação.....	15
3.4. Tratamento e Análise de Dados.....	15
3.5. Elaboração do Material Educativo.....	16
3.6. Considerações Éticas.....	17
3.7. Confidencialidade das Informações da Pesquisa.....	17
4. Artigos.....	18
4.1. Primeiro artigo: “ Modelo de Crenças em Saúde e o processo saúde-doença- cuidado bucal”	18
4.2. Segundo artigo: “ O processo do cuidado durante a gestação: o agir através das concepções de responsabilização e culpabilização maternas”	32
4.3. Terceiro artigo: “ Promoção de saúde e prevenção de doenças – o pensar e o agir de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família de Belo Horizonte, Brasil”	42
4.4. Protótipo do material educativo: Revista Feminina.....	52
5. Considerações finais.....	81
6. Referências bibliográficas.....	83
7. Anexos.....	92
Anexo 1: Roteiro da entrevista semi-estruturada.....	92
Anexo 2: Consentimento livre e esclarecido para participação no projeto de pesquisa.....	93
Anexo 3: Autorização de uso de imagem.....	94

Anexo 4: Parecer do Comitê de Ética.....95

Resumo

A atenção odontológica ao binômio mãe-filho durante o pré-natal é entendida como fundamental, pelo momento de motivação em que a gestante se encontra, o que propicia a aquisição de novos conhecimentos e práticas; como prioritária, pela importância que a futura mamãe tem na multiplicação de hábitos saudáveis no núcleo familiar; e como imprescindível, pela oportunidade de promover saúde consigo mesma, com o bebê que espera e com toda a família. Assim, no intuito de estimular a educação em saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), procuramos investigar as percepções e representações de saúde e saúde bucal entre gestantes para construção de um material educativo. Para cumprir esses objetivos, buscou-se diferentes referenciais teórico-metodológicos: pesquisa qualitativa, modelo de crenças em saúde e representação social. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, cujo roteiro englobou questões referentes ao processo saúde-doença-cuidado. O número de entrevistas foi definido a partir do critério de saturação, totalizando 20 informantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas e tiveram duração média de 45 minutos. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo. Observou-se que houve a incorporação do conceito positivo de saúde pela população estudada e que tanto a saúde geral, quanto a bucal, são representadas como bem-estar e como o ato de cuidar. As práticas de prevenção e promoção de saúde apareceram orientadas pelo conceito positivo de saúde, prazer, interferências no cotidiano, força de vontade e valor conferido à vida. Quando a investigação focalizou o período gravídico, verificamos que a conduta das gestantes passa a ser influenciada principalmente pelo discurso biomédico centrado na criança e caracterizado pela responsabilização única da gestante pelo êxito do processo reprodutivo. Essas concepções favorecem o desenvolvimento de sentimentos de culpa e angústia e a adesão às prescrições médicas, mas não às odontológicas, devido à crença de que o tratamento odontológico prejudica o bebê. Contribui ainda para a dificuldade de adesão aos cuidados odontológicos uma série de fatores cognitivos e estruturais como a falta de percepção de suscetibilidade às doenças bucais, dos benefícios das medidas preventivas, de recursos financeiros, medo, falta de confiança no serviço público, dificuldade em conseguir atendimento no serviço público, a sobrecarga proveniente da necessidade de cumprir os vários papéis sociais que lhes são exigidos. Diante dos resultados encontrados, verificamos a necessidade de reformulação das estratégias educativas e assistenciais empregadas, desenvolvendo-se abordagens mais abrangentes, no qual a mulher seja percebida em toda sua integralidade e como um ser que também precisa de cuidados e apoio, propiciando um acolhimento às suas ansiedades, queixas e temores, minimizando os sentimentos de culpa

socialmente construídos. No caso específico da saúde bucal, as práticas educativas deveriam considerar a necessidade de promover a resignificação de algumas crenças, de ampliar o conhecimento sobre saúde bucal e, principalmente, de estimular o debate sobre formas de transpor as barreiras que dificultam ou impedem a ação. Ao final da análise dos dados coletados, elaboramos um protótipo de material educativo que aborda as principais questões identificadas na etapa de diagnóstico.

Abstract

The dental care during prenatal is seen as essential because the pregnant woman is considered more susceptible to the acquisition of new knowledge and practices, that could influence healthy habits in the family nucleus. Thus, in order to stimulate education in oral health within the SUS, we investigate the perceptions and representations of health and oral health among pregnant women to develop an educational material. To achieve these goals, we used different methodologies: qualitative research, health belief models and social representation. The data were collected by 20 semi-structured interviews. The interviews were recorded, transcribed and had a length of 45 minutes on average. Data analysis was conducted by content analysis technique. It was observed that there both general health, as the oral health, are represented as welfare and as the act of care. The practices of prevention and health promotion were influenced by the concept of positive health, pleasure, changes in the routine, good will and the value given to life. When the research focused on pregnancy, practices of pregnant women will be influenced by the biomedical speech focused on the child and characterized by blame woman for the success of child development. These conceptions stimulate feelings of guilt, anxiety and the join to medical prescriptions, but not to the dental care, because they believe that the dental treatment could affect the baby. Other factors contribute to the difficulty of take dental care, such as: lack of perception of susceptibility to oral diseases and of the benefits of preventive measures, insufficient money, fear, mistrust in public service, difficulty in getting attendance in public service, the lack of time. This results showed that is necessary to revise the educational and care strategies employed, developing more comprehensive approaches, in which woman is perceived throughout its completeness. In the specific case of oral health, educational practices should consider the need to promote the modification of some beliefs, to expand knowledge about oral health and, above all, to stimulate discussion on ways to overcome the barriers that hinder or stop the action. After the end of the data analysis, we produce a prototype of educational material which addresses the key issues identified in stage of diagnosis.

1. INTRODUÇÃO

A saúde bucal é um componente importante da saúde geral. Embora as doenças bucais não se apresentem como ameaças à vida, constituem importantes problemas de saúde pública, não somente devido à sua alta prevalência, mas também graças ao seu impacto individual e comunitário em termos de dor, desconforto, limitações sociais, psíquicas e funcionais que afetam a qualidade de vida (Buisch, 1996).

As doenças bucais mais comuns na população brasileira são a cárie e a doença periodontal. Os estudos epidemiológicos realizados no Brasil têm demonstrado uma nova e recente tendência no país, de redução de prevalência de cárie em crianças e adolescentes. Contudo, esta diminuição, exclusiva das faixas etárias mais jovens, não está ocorrendo de forma uniforme, havendo uma polarização da doença no estrato situado na base da pirâmide social e econômica (Pinto, 1999).

Deste modo, o último levantamento epidemiológico, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003, revelou que as patologias bucais continuam sendo um grave problema, com um crescimento contínuo e significativo dos índices de cárie e doença periodontal a partir dos 15 anos de idade (Brasil, 2004).

A situação precária em relação à saúde bucal é decorrente de fatores diversos, incluindo a má distribuição de renda, o desemprego e o abandono da educação e a inadequação do sistema de atenção odontológica (Souza et al., 1999). A desigualdade social determina um quadro epidemiológico no qual, lado a lado, encontra-se um perfil de saúde comparável ao de países desenvolvidos e um alto contingente populacional que carrega expressivos índices de doenças (Pinto, 1999; Narvai et al., 2006).

Diversos estudos comprovaram que a cárie dentária e a doença periodontal são passíveis de prevenção e controle através da modificação de seus fatores etiológicos (Miyazaki et al., 1997; Guedes-Pinto, 1997; Bijella, 1999; Weyne & Harari et al., 2001; Chaves et al., 2002). As medidas preconizadas para sua prevenção envolvem a desorganização periódica da placa dental bacteriana, disciplina no consumo de carboidratos fermentáveis e presença constante de flúor na cavidade bucal (Cury, 2001).

Apesar de existirem medidas capazes de prevenir e controlar as doenças bucais mediadas por placa bacteriana, o acesso a elas é restrito para grande parte da população. Além disso, fatores socioeconômicos-comportamentais/culturais podem influenciar na percepção das pessoas sobre a importância dos cuidados com a saúde bucal, dificultando a adoção dessas medidas (Weyne & Harari, 2001).

Algumas pesquisas foram desenvolvidas com o intuito de avaliar a percepção sobre o processo saúde-doença das classes populares. Foi observado que ela está relacionada com a disposição para o trabalho. Assim, o limiar entre saúde e doença deve ser, precisamente, aquele problema que impede o indivíduo de produzir ou desenvolver suas atividades cotidianas (Bernd et al., 1992; Carneiro, 2001).

A saúde bucal, muitas vezes, não se constitui como prioridade na vida dessas pessoas. A procura por atendimento odontológico é adiada em função de outras necessidades mais urgentes e também pelas dificuldades que devem ser superadas para se chegar ao cirurgião-dentista como, limitações financeiras, dificuldade de transporte, distância dos estabelecimentos de saúde, deficiência do acesso aos serviços públicos de saúde bucal, a histórica exclusão dos adultos nos programas odontológicos, dificuldade em conciliar os afazeres cotidianos com o horário de atendimento dos serviços públicos de saúde. Com isso, o motivo para a procura de atendimento deve ser bastante forte e também inadiável: a dor de dentes que impede os indivíduos de desempenharem funções normais. Parece ocorrer uma valorização da extração em detrimento dos aspectos restauradores. A relação que se estabelece é entre a prática odontológica e a solução de seus problemas imediatos e práticos, que possibilite o retorno a suas atividades diárias (Bernd et al., 1992; Carneiro, 2001).

O valor atribuído à saúde bucal encontra-se respaldado em aspectos relacionados ao convívio social, havendo um enaltecimento da estética. A beleza é um dos requisitos de aceitabilidade social impostas pelos padrões culturais atuais, o que desperta nas pessoas o desejo de serem bonitas (Bernd et al., 1992; Carneiro, 2001; Abreu et al., 2005). O ingresso neste mundo, como no caso da população que sai do meio rural para tentar a vida na cidade grande, faz com que seus valores em relação à saúde bucal sejam modificados e a partir daí a perda dentária e as doenças bucais passam a constituir um problema. Dentes anteriores estragados ou ausentes, dentes escurecidos passam a interferir negativamente nas relações pessoais e a saúde bucal aparece como uma das condições para obtenção de emprego e para inserção na sociedade (Martins, 1999; Carneiro, 2001). Assim, poder-se-ia entender que a constituição da saúde bucal, enquanto necessidade, é uma produção social. Está relacionada com as condições sociais de vida das pessoas, as tradições históricas, o hábito social e as suas representações sobre o corpo e sobre o fenômeno saúde/doença. Nesse sentido, a necessidade ou carência sentida da atenção odontológica não encontra justificativa somente nas dores e privações às quais estão submetidos os indivíduos das camadas populares (Martins, 1999).

Outro aspecto observado por estas pesquisas foi a responsabilização pelas más condições de saúde bucal focalizada no indivíduo. Em nenhum momento, houve correlação entre as doenças bucais e as condições de vida das pessoas e a co-responsabilidade de Estado,

das instituições e dos profissionais no cuidado com a saúde. Dessa forma, muitos se sentem culpados pelos problemas de saúde, o que gera sentimentos que interferem na qualidade de vida dos mesmos (Bernd et al., 1992; Carneiro, 2001; Abreu et al., 2005). Com o surgimento da culpa, as pessoas, sentindo-se desvalorizadas, não conseguem reagir diante de seus problemas e passam a ser passivas, não se percebendo como agentes do processo de transformação de sua própria saúde.

A luta por melhores condições de saúde bucal está ligada à melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos (Pauleto et al., 2004) e também à reorientação dos serviços de saúde, aumentando-se a oferta de cuidados clínicos básicos, adotando-se medidas preventivas gerais e intensificando as ações educativas para a comunidade (Pinto, 1999).

Embora a educação, sozinha, não tenha forças para possibilitar a saúde desejável à população, pode fornecer elementos que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis (Pauleto et al., 2004).

A educação desperta o interesse e responsabilidade pela manutenção da saúde, desenvolve nas pessoas a consciência crítica das reais causas de seus problemas e, ao mesmo tempo cria prontidão para atuar no sentido da mudança (Guedes-Pinto, 1997; Petry & Pretto et al., 1999; Santos et al., 2002).

O processo educativo envolve a aquisição de conhecimentos (informação), o desenvolvimento de habilidades (instrução), a formação de atitudes e a criação de valores que levam o paciente e/ou seus pais a agirem, no seu dia-a-dia, em benefício da própria saúde e da saúde dos outros (Bijella, 1999). Não se limita à informação como transmissão de conhecimentos por canais pedagógicos (Dutra & Paixão, 2002), mas preocupa-se em abordar o processo saúde/doença de forma mais ampla, integrando aspectos preventivos, curativos, biopsicossociais e ambientais (Petry & Pretto, 1999).

Para que o processo educativo seja efetivo, é necessário o conhecimento prévio do paciente ou da população com a qual pretende-se trabalhar (Wanderley et al., 1998). De acordo com Petry & Pretto (1999), a avaliação de seus conhecimentos sobre saúde bucal, da sua realidade, do modo de vida, das crenças, valores, anseios, suas vivências e suas representações acerca dessas experiências de vida, como soluciona problemas individuais e coletivos, como adoece, como trata a doença, como usa o corpo, qual o conceito de qualidade de vida, expectativa de ter doença ou saúde, é fundamental para conhecermos a comunidade, e então ajudá-la nas suas necessidades de saúde (manutenção ou busca). A partir daí, é possível determinar a necessidade de mudanças ou criação de percepções, os conhecimentos e práticas que farão parte do processo educativo, a linguagem mais apropriada de acordo com a faixa

etária e nível socioeconômico e os meios adequados à comunicação, motivação (Bijella, 1999; Wanderley et al., 1998).

O processo educativo deve ser iniciado na infância, preferencialmente, desde a fase intrauterina, por meio da educação dos pais (Wanderley et al., 1998), principalmente da mãe, pelo papel chave que exerce nas questões ligadas à saúde dentro do núcleo familiar (Costa et al., 1998). Quando o acompanhamento da criança é realizado precocemente, a probabilidade de aparecimento de dentes cariados ou de problemas gengivais em idades futuras é drasticamente menor (Wanderley et al., 1998; Walter et al., 1998).

A atenção odontológica ao binômio mãe-filho durante o pré-natal deve ser entendida como ímpar, pelo momento de motivação em que a gestante se encontra, tornando-se susceptível à aquisição de novos conhecimentos e práticas; como prioritária, pela importância que a futura mamãe tem na multiplicação de hábitos saudáveis no núcleo familiar; e como imprescindível, pela oportunidade de promover saúde consigo mesma, com o bebê que espera e com toda a família (Guimarães et al., 2003).

A maternidade é um momento muito importante no ciclo vital feminino, no qual a mulher tem oportunidade de alcançar novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. É durante a gravidez que surge a necessidade de um novo equilíbrio dinâmico na unidade familiar, com um novo tempo e espaço para o indivíduo e o casal, para a vida social e profissional juntamente com a aquisição de novas responsabilidades (Bernat et al., 1998; Costa et al., 2002).

A gestação representa uma fase em que o organismo feminino encontra-se intensamente alterado, tanto física quanto emocionalmente. Ocorre um ajuste a novas condições endócrinas, metabólicas e hemodinâmicas, os quais podem determinar aumento de peso, edema, varizes, dor abdominal difusa, hemorróidas, dispnéias ou taquipnéia, poliúria ou poliacidúria, lipotímia, sonolência, palpitação, diabetes gestacional, modificações no útero, vagina, ovários, tubas e mamas (Duailibi et al., 1985). Essas mudanças no esquema corporal podem trazer preocupações e temores à gestante (Bernat et al., 1998).

Assim, a gestação caracteriza-se como um período de crise, visto a necessidade de uma série de adaptações diante de tantas mudanças, causando receios e ambigüidades na maioria das vezes. Por isso, a gestante deve receber apoio e informações diversas da equipe do pré-natal, para prepará-la, do ponto de vista físico e mental, para receber seu filho. Dentre eles, os relativos à saúde bucal poderão sensibilizá-la a desenvolver hábitos saudáveis consigo mesma e em todo o seu ambiente familiar (Costa et al., 2002).

A necessidade de ações educativas para esta população foi evidenciada por vários estudos que avaliaram os conhecimentos e práticas em saúde bucal de gestantes com relação a

sua própria saúde e a do bebê que espera. Ficou constatada a falta de conhecimentos sobre esse assunto. A grande maioria das gestantes nunca participou de ações educativas em saúde bucal (Scavuzzi et al., 1998; Darelá et al., 1999; Martins et al., 2002; Santos et al., 2005), mas consideram-nas importantes e demonstram desejo em participar de programas educativos (Medeiros et al., 1993; Ferreira et al., 1997; Scavuzzi et al., 1998; Martins et al., 2002).

A atenção odontológica durante a gravidez apresentou-se envolta por crenças, tabus e mitos populares, os quais são transmitidos pela cultura familiar (Bernd, 1992; Scavuzzi et al., 1998; Martins et al., 2002; Santos et al., 2005) e muitas vezes confirmados por profissionais desatualizados (Bernd, 1992; Costa et al., 2002). Fatores culturais arraigados em boa parte da população sugerem que a gestante não possa ser submetida a atenção odontológica e que problemas de saúde bucal são comuns a mulheres no período gestacional. Ambas as afirmações não recebem respaldo científico (Medeiros, 1993) e contribuem para o afastamento das gestantes dos serviços de saúde (Bernd, 1992; Scavuzzi et al., 1998; Martins et al., 2002; Santos et al., 2005) e para a manutenção de condições insatisfatórias de saúde bucal nesta população (Scavuzzi et al., 1999; Oliveira et al., 1999; Montandon et al., 2003).

Embora a gravidez seja uma fase de profundas alterações, não existe uma proibição efetiva para a execução de qualquer tratamento odontológico, seja este curativo, eletivo ou de emergência. Qualquer procedimento odontológico pode ser realizado em qualquer fase da gestação desde que se tomem os devidos cuidados como: realização de anamnese completa, interação com o médico da paciente, uso criterioso de medicamentos, anestésicos e tomadas radiográficas e preparação psicológica da gestante, já que o pior entrave é o medo e a ansiedade existentes durante o período pré-operatório (Duailibi et al., 1985; Yuli et al., 1998; Scavuzzi et al., 1999).

A gravidez, por si só, não propicia uma maior incidência de doenças bucais. O que acontece nesse período é um agravamento das conseqüências da má saúde bucal devido a uma série de mudanças dietéticas, comportamentais e hormonais (Martins et al., 2002). Durante a gestação, é comum a mulher negligenciar os seus cuidados pessoais, incluindo a higiene bucal (Montandon et al., 2003; Costa et al., 2002; Martins et al., 2002). Como conseqüência, haverá um maior acúmulo de placa bacteriana sobre os dentes que associada a uma exacerbada resposta inflamatória devido às alterações hormonais facilita a instalação ou agravamento da doença periodontal. O risco à cárie também pode ser aumentado devido às modificações alimentares que ocorrem neste período associadas à negligência com a higienização bucal; a freqüência ou a qualidade da higiene muitas vezes é diminuída por razões como enjoos e falta de tempo (Duailibi et al., 1985; Nascimento et al., 1996; Oliveira et al., 1999; Martins et al., 2002; Montandon et al., 2003). A gestante passa a ingerir menor quantidade de alimentos,

porém mais freqüente em decorrência de um decréscimo na capacidade fisiológica do estômago durante o terceiro trimestre. Dessa forma, suas refeições tornam-se hábitos constantes, com alimentos que podem ser altamente cariogênicos (Nascimento et al., 1996). Algumas mulheres apresentam a síndrome da perversão do apetite a qual determina um aumento da freqüência alimentar associada a um aumento do apetite por alimentos açucarados (Thyulstrup, 1995).

As condições desfavoráveis de saúde bucal das gestantes têm sido apontadas como propiciadoras de danos à saúde do filho que esperam. Alguns estudos demonstraram associação entre doença periodontal e complicações durante a gravidez como partos prematuros e nascimento de bebês baixo peso. Bactérias gram-negativas oriundas da doença periodontal produzem lipopolissacarídeos que, ao penetrarem no tecido conjuntivo gengival, estimulam os macrófagos a sintetizarem citocinas (interleucina 1 beta, interleucina 6, fator de necrose tumoral alfa, prostaglandinas). É reconhecido o papel destas prostaglandinas como potentes indutoras do trabalho de parto. Assim, infecções periodontais poderiam promover suficiente estímulo para que uma mãe desencadeasse um trabalho de parto (Offenbacher et al., 1996; Offenbacher et al., 1998; American Academy of Periodontology, 1998; Castro et al., 2001). Offenbacher et al. (1996) verificaram em estudo de caso-controle que a presença de doença periodontal severa aumenta para 7,5 vezes a chance de partos prematuros, sendo responsáveis por 18% dos casos de prematuros e de baixo peso. Contudo, estes dados devem ser analisados com cautela, visto que ainda não existe uma conclusão definitiva a respeito dessa associação e novos estudos estão sendo conduzidos para avaliar melhor se há uma relação causal ou incidental.

Segundo alguns estudos, a condição desfavorável de saúde bucal materna também poderia favorecer o desenvolvimento de cárie em seus bebês. A explicação consiste no fato de que a mãe, além de ser a responsável pela determinação dos hábitos higiênicos e dietéticos da criança, é a principal fonte de transmissão dos microrganismos cariogênicos para seus filhos (Berkowitz et al., 1985; Li & Caulfield, 1994; Caulfield, 1997). Contatos salivares freqüentes de mães com altos níveis salivares de *Streptococcus mutans*, após a erupção dos dentes decíduos de seus filhos, favorecem a transmissão e colonização por esses microrganismos cariogênicos (Weyne & Harari, 2001). Quanto mais precocemente ocorrer essa colonização, maiores serão as chances do bebê desenvolver cárie e com uma progressão mais severa da doença (Grindejord, 1995; Straetemans et al., 1997). Contudo, essa lógica pode ser questionada pelo fato de que são necessários outros fatores, além da presença de microrganismos, para que haja o desenvolvimento da doença cárie.

O fato da saúde bucal materna não ter sido definitivamente relacionada com a saúde da criança não diminui a importância do acompanhamento odontológico durante a gestação. A atenção odontológica é oportuna para o desenvolvimento de atividades educativas e para a realização do tratamento das lesões presentes e controle das doenças bucais, evitando-se assim complicações como dor, abscessos, prejuízo da estética, que contribuem para a queda de qualidade de vida.

As ações educativas deveriam focar questões relativas à instalação e desenvolvimento das doenças bucais, aconselhamento dietético, adequada higienização bucal, uso adequado do flúor, incentivo à amamentação natural, cuidados relativos ao uso de mamadeira e chupeta, época ideal para a primeira visita do bebê ao dentista, desmistificação de alguns mitos referentes ao tratamento odontológico durante a gestação, alterações comportamentais e hormonais que podem favorecer o desenvolvimento de doenças bucais no período gravídico, necessidade de acompanhamento odontológico durante a gravidez (Medeiros, 1993; Barbosa et al., 1997; Wanderley et al., 1998).

Os métodos de educação em saúde devem fundamentar-se em uma pedagogia participativa e problematizadora, abandonando-se a visão bancária de educação, a qual se caracteriza pela atitude autoritária do educador como aquele que detém o saber e o poder, e o aluno como simples depositário do conteúdo. Isto implica numa mudança da tradicional prática de educação em saúde bucal, caracterizada como um conjunto de informações, centrada, na maioria das vezes, na ênfase dos seus conteúdos, deixando em segundo plano os receptores destas informações (Tamietti et al., 1998; Petry & Pretto, 1999).

A concepção problematizadora fundamenta-se na prática do diálogo, na problematização do real, na interrogação, na aprendizagem da análise crítica, sistemática e aprofundada, na recusa do fatalismo e na determinação de transformar a realidade em função dos homens (Freire, 1982). Uma aproximação não autoritária desenvolve o potencial do educando e seu desejo de satisfazer suas necessidades. Ele escuta, questiona, reage, esclarece e sintetiza, quando necessário. Esta liberdade de escolha faz com que confie em si mesmo e cresça com a possibilidade de aprender o novo comportamento (Petry & Pretto, 1999).

O educando perde o seu caráter passivo e passa a trabalhar em conjunto com o educador. Sua participação é crescente e cada vez maior à medida que a educação vai se aprimorando, estabelecendo uma cooperação consciente. Conseguir mudança de comportamento não é um objetivo fácil. Para Wanderley et al. (1998) é psicologicamente impossível que um ser humano dê 100% de seus esforços se não lhe é permitido que também dê suas idéias.

Os profissionais de saúde possuem importante papel educador e transformador, despertando o interesse da população nos cuidados com a saúde, favorecendo mudanças de comportamento que resultem numa boa saúde geral e bucal. Mas para que isto aconteça é preciso que substituam modelos ancorados em práticas de comunicação unidirecional, dogmática e autoritária com foco na transmissão de informação, pela discussão e reflexão, desencadeadas pela problematização de temas de saúde (Pauleto et al., 2004). A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença, favorecendo mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (Alves, 2005).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Investigar percepções e representações de saúde e de saúde bucal entre gestantes usuárias de uma Unidade Básica de Saúde do município de Belo Horizonte-MG e propor um material educativo que estimule a educação em saúde no âmbito do SUS.

2.2. Objetivos específicos

- ☐ Analisar as percepções de mulheres gestantes que influenciam na procura por atendimento odontológico e na adoção de cuidados relativos à saúde bucal.
- ☐ Analisar as representações sociais de mulheres gestantes sobre o processo saúde-doença-cuidado geral e bucal e sobre as práticas educativas em saúde.
- ☐ Analisar a percepção e as práticas das gestantes em relação à prevenção e promoção de saúde.
- ☐ Conceber protótipo de material educativo destinado à população gestante usuária do serviço público de saúde, a partir dos dados do estudo.

3. METODOLOGIA

3.1. Área e População de estudo

Belo Horizonte foi planejada e construída para ser a capital do Estado de Minas Gerais, sendo inaugurada em 12 de novembro de 1897. Atualmente, possui uma área territorial de 330,90 Km² e uma população de 2.412.937 habitantes. As principais atividades econômicas são indústria, comércio e prestação de serviços (PBH, 2006).

A rede de serviços de saúde de Belo Horizonte apresenta-se dividida em 9 Distritos Sanitários: Barreiro, Centro-sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito, constituído de unidades básicas (Centros de Saúde) e unidades secundárias como os PAM's (Postos de Assistência Médica), além da rede hospitalar pública e contratada. No total, a rede ambulatorial do município é constituída por 144 centros de saúde, 7 policlínicas, 50 ambulatorios de unidade hospitalar, 2 unidades mistas, 4 prontos socorros, 51 clínicas especializadas, 1 centro de atenção psicossocial, 6 centros de reabilitação, 1 unidade móvel para atendimento médico /odontológico e 25 farmácias para dispensação de medicamentos.

O Programa de Saúde da Família (PSF) do município possui 479 equipes, apresentando uma taxa de cobertura populacional de 67,7%, o que equivale a 1.633.558 habitantes (SES-MG, 2006). Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e quinhentas pessoas ou de 1.000 famílias de uma determinada área (MS, 2006). Com relação às equipes de saúde bucal, o município possui 189 equipes (ESB), havendo uma cobertura populacional de 54,9%, ou seja, 1.324.702 habitantes. A ESB deve atender 6.900 pessoas e só pode ser implantada onde existir equipe de saúde da família funcionando (MS, 2006).

O Distrito Sanitário Centro-Sul abrange uma área de 32,60 Km², onde reside uma população de 266.003 habitantes (IBGE, 2000), resultando numa concentração demográfica de 7.871 hab/Km². Dessa população, 20%, 51.402 habitantes, mora em área de risco. O distrito conta com 11 unidades básicas de saúde, duas policlínicas, sendo a Policlínica Centro-Sul referência nacional para DST/AIDS, um laboratório de bromatologia, um laboratório distrital, além do C.T.R./DIP-Orestes Diniz, referência estadual para AIDS e municipal para doenças infecciosas e parasitárias (PBH, 2006).

Em dezembro de 2004, foi inaugurado, no Distrito Sanitário Centro-sul, o Centro de Saúde São Miguel Arcanjo, na Vila Nossa Senhora de Fátima, Serra. Este centro de saúde faz parte da Rede de Ajuda Vila Fátima, um movimento que uniu poder público e sociedade civil

para discutir ações que podem ser realizadas em benefício da comunidade local. Associações de moradores, lideranças comunitárias e comissão local de saúde reúnem-se periodicamente para avaliar ações sociais e de saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas que moram na região (PBH, 2006).

A Vila Nossa Senhora de Fátima possui uma população de 8.300 habitantes. Destes, 3.546 são do sexo feminino e 3.974 são do sexo masculino. Com relação à faixa etária, 8% da população possui entre 0-2 anos, 17% entre 3-9 anos, 22% entre 10-19 anos, 42% entre 20-49 anos e 50% com idade acima de 50 anos. A escolaridade é baixa, a maior parte da população (53%) possui o ensino fundamental incompleto, 9% são analfabetos, 5% possuem apenas educação infantil, 12% possuem o ensino fundamental completo, 12% possuem ensino médio incompleto e 9% completaram o ensino médio (PBH, 2006).

As doenças bucais são comuns a essa população, 40% dos indivíduos situados na faixa etária entre 15 a 20 anos possuem dentes extraídos ou com indicação de extração, entre 21 e 40 anos essa taxa sobe para 73% e na população entre 41 e 60 anos atinge 100%. Entre as crianças com 6-14 anos, 46% necessitam de intervenção odontológica devido à cárie, na faixa etária entre 15-20 anos o percentual sobe para 60% e entre 21-40 atinge 57% (PBH, 2006).

O Centro de Saúde São Miguel Arcanjo, fruto da divisão da área de abrangência do Centro de Saúde Cafezal, é responsável pelo atendimento de nove mil pessoas em situação de risco social muito elevado. Essa unidade de saúde conta com três equipes de saúde da família, duas equipes de saúde bucal, e no apoio, pediatra, ginecologista e equipe de saúde mental. Diariamente, 300 usuários são atendidos no centro de saúde, que faz um amplo trabalho com os usuários através das visitas domiciliares e dos grupos operativos de hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, desnutrição e planejamento familiar (PBH, 2006).

O Centro de Saúde São Miguel Arcanjo foi escolhido como o local para realização da pesquisa por atender uma população de risco social elevado, por ter implementado a Estratégia de Saúde da Família e pelo grande interesse e necessidade, demonstrados por sua gerente, no desenvolvimento de práticas educativas voltadas à população gestante desta comunidade.

A população total de gestantes cadastradas no PSF do Centro de Saúde São Miguel Arcanjo na época da pesquisa era de 93 gestantes, das quais 25% adolescentes. Elas recebiam acompanhamento pré-natal e algumas participavam de grupos operativos (PBH, 2006).

Do total de gestantes que participaram da pesquisa (20 mulheres), 70% eram multigestas, 45% estavam no terceiro, 40% no segundo e 15% no primeiro trimestre de gestação. A faixa etária predominante variou de 21 a 30 anos, correspondendo a 65% dos casos. Observamos também um percentual expressivo de gestantes adolescentes (30%),

reproduzindo o valor encontrado na população total de gestantes cadastradas no Centro de Saúde São Miguel Arcanjo. Quanto ao grau de escolaridade, 40% haviam concluído o ensino médio e 60% tinham completado ou parado os estudos no ensino fundamental, aquelas que o completaram representam 10% da amostra. A ocupação principal entre as gestantes envolve os afazeres do lar (65%), sem nenhuma remuneração. Aquelas que exercem atividade fora de casa atuam no setor de comércio (15%) e de prestação de serviços (20%).

3.2. Referenciais teórico-metodológicos

3.2.1. Pesquisa qualitativa

A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, um lado não perceptível e captável em equações e estatísticas (Minayo, 1994).

A pesquisa qualitativa se preocupa em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais. Assim, trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana (Minayo, 1994).

De acordo com Turato (2005), a pesquisa qualitativa aplicada ao campo da saúde permite a interpretação dos significados de natureza psicológica e sociocultural acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao processo saúde-doença. Ainda segundo esse autor, a compreensão desses significados descortina elementos essenciais para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição, promover maior adesão de pacientes e da população frente a medidas individuais e coletivas e entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, seus familiares e da equipe profissional de saúde.

3.2.2. Modelo de Crenças em Saúde

O modelo de Crenças em Saúde (MCS) foi desenvolvido em 1950 por um grupo de psicólogos sociais com o intuito de explicar o fracasso generalizado da participação dos indivíduos nos programas de prevenção e detecção de doenças. Posteriormente, o modelo foi estendido para a compreensão das respostas individuais aos sintomas, diagnóstico da doença e adesão ao regime terapêutico. Desde então, o MCS tem sido usado para explicar as mudanças

e a permanência de comportamentos relativos à saúde e também como um guia para o planejamento de intervenções em comportamentos para a saúde (Janz, 2002).

O MCS consiste em uma teoria de valor expectante, ou seja, o comportamento é considerado como uma função do valor subjetivo de um resultado e de sua probabilidade, ou de sua expectativa que uma ação em particular atingirá os resultados (Janz, 2002)..

De acordo com este modelo, o comportamento depende da estimativa individual da suscetibilidade à doença, da severidade da doença e de sua capacidade em reduzir essa ameaça através de uma ação, existindo fatores que podem facilitar ou inibir uma resposta positiva. Assim, o MCS é composto por seis dimensões inter-relacionadas (Janz, 2002):

- ☐ Percepção de suscetibilidade: crença de que poderá ser afetado pela doença.
- ☐ Percepção de severidade: crença de que a ocorrência da doença acarretará conseqüências físicas e/ou sociais sérias.
- ☐ Percepção dos benefícios: crença de que a realização de uma ação é capaz de reduzir tanto a sua suscetibilidade quanto à severidade.
- ☐ Percepção das barreiras: as ações preventivas geram benefícios que suplantam os inconvenientes envolvidos na adoção dessas práticas.
- ☐ Estímulo para ação: existem dispositivos capazes de transformar a intenção para ação em ação.
- ☐ Auto-eficácia: a convicção de que uma pessoa possa executar com sucesso um comportamento requerido para produzir uma resposta desejada.

3.2.3. Representação social

As representações sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal (Jodelet, apud Leme, 1999). O ato de representar coloca o que é estranho numa categoria e contextos conhecidos, torna familiar o não familiar, numa dinâmica em que objetos e eventos são reconhecidos e compreendidos com base em modelos e encontros anteriores (Leme, 1999).

Segundo Moscovici (apud Sá, 1999), as representações sociais devem ser consideradas verdadeiras teorias do senso comum (universo consensual), formadas a partir da contínua apropriação das imagens, das noções e das linguagens produzidas pela ciência (universo reificado). Nas sociedades modernas, o novo é comumente gerado ou trazido à luz por meio dos universos reificados da ciência. A exposição a esse novo introduz a não familiaridade. Quando o novo ou não familiar se incorpora aos universos consensuais, operam-se os

processos pelos quais ele passa a ser familiar, torna-se socialmente conhecido e real, cria-se uma realidade social (Leme, 1999).

A elaboração das representações sociais implica, necessariamente, um intercâmbio entre intersubjetividades e o coletivo na construção de um saber que não se dá apenas como um processo cognitivo, mas que contém aspectos inconscientes, emocionais e afetivos tanto na produção como na reprodução da representação social (Lane, 1999).

Assim, as representações sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet, apud Leme, 1999). Devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre as quais elas vão intervir. Através do seu estudo, pode-se detectar os valores, a ideologia e as contradições, aspectos fundamentais para a compreensão do comportamento social (Lane, 1999).

3.3. Técnicas de coleta de dados

Para a coleta dos dados foram empregadas diversas técnicas, compreendendo a entrevista semi-estruturada, observação naturalística e análise documental.

3.3.1. Entrevista semi-estruturada

A entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, onde algumas questões servem como roteiro, formulado com base nos objetivos da pesquisa. Os assuntos abordados não se restringem apenas ao roteiro, uma vez que durante a investigação outras questões podem aparecer. A ordem dos assuntos não precisa obedecer a uma seqüência rígida, devendo ser determinada pela ênfase dada pelos entrevistados. Dessa forma, o roteiro deve servir de orientação para o entrevistador e não para limitar a fala dos entrevistados, permitindo que discorram sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (Minayo, 1999). Para o registro das entrevistas foi utilizado um gravador.

O roteiro da entrevista semi-estruturada englobou questões relativas ao significado da gestação, às transformações decorrentes da gravidez, à percepção sobre o processo saúde-doença-cuidado, sobre o processo saúde-doença-cuidado bucal, sobre atenção odontológica durante a gravidez e sobre promoção de saúde e prevenção de doenças.

Um estudo piloto foi realizado com o intuito de testar o roteiro da entrevista que seria aplicado às gestantes, assim como treinar a sua condução pela pesquisadora. Este foi conduzido no Centro de Saúde da mulher/ Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, após autorização do Sub-secretário de atenção secundária em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG. Foram realizadas quatro entrevistas com gestantes que aceitaram participar voluntariamente do estudo, após esclarecimento de todas as dúvidas e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e tiveram uma duração média de 20 minutos. Durante a leitura das entrevistas foi avaliado a clareza na comunicação, induções ou interferências sobre o pesquisado e se as questões possibilitavam apreender as percepções da população investigada (Gil, 2002). Essa análise nos mostrou a necessidade de reformulação de alguns tópicos e da inclusão de outros, o que resultou no roteiro apresentado no anexo I deste projeto.

O número de entrevistas realizadas foi determinado pelo critério de saturação, ou seja, o trabalho de campo só foi finalizado quando foi possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, e as recorrências atingem o que se convencionou chamar de "ponto de saturação" (Minayo, 1999; Duarte, 2002). Dessa forma, foram totalizadas 20 entrevistas com as gestantes.

As gestantes foram contatadas na sala de espera da consulta de pré-natal. Nesta oportunidade, foram explicados os objetivos da pesquisa, foi feito o convite para participar da pesquisa, a leitura do termo de consentimento e o esclarecimento de todas as dúvidas. Diante da concordância em participar do estudo, o termo de consentimento foi assinado e a gestante foi conduzida a uma sala reservada para a realização da entrevista. Estas foram gravadas, transcritas na íntegra e tiveram uma duração média de 45 minutos.

3.3.2. Observação

Durante toda a pesquisa foi utilizada a técnica da observação, que foi livre e abrangente o conjunto do espaço e do tempo previsto para o trabalho de campo. Foram coletados dados não explícitos através da linguagem verbal, como gestos, sinais corporais, expressões, e ainda conversas informais, comportamentos e dados outros que auxiliem na caracterização do ambiente e na compreensão do universo investigado. Tudo foi registrado num diário de campo (Minayo, 1999).

3.4. Tratamento e análise de dados

Para trabalhar os dados obtidos na investigação qualitativa, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, que, de acordo com Minayo (1999), “relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articulando a descrição e a análise dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” .

A análise de conteúdo envolve várias fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Num primeiro momento, realizamos a leitura flutuante do material, depois organizamos o material, definindo as unidades de registro e de contexto, trechos significativos e categorias, aplicamos o que foi definido na etapa anterior e, então, seguimos para a interpretação dos dados, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto (Minayo, 1999).

3.5. Elaboração do material educativo

Os materiais educativos se constituem em suportes complementares à prática educativo/pedagógica, facilitando a difusão de informações e a promoção de mudanças comportamentais (Monteiro, Vargas & Rebello, 2003). Para que produzam esse efeito, a sua construção deve obedecer a certos critérios como: adequação da linguagem, estudo do perfil dos educandos e educadores, identificação de temas geradores, escolha dos temas adequados ao nível educacional do grupo e a infra-estrutura existente no local em que se desenvolverão as atividades educativas (Bedworth & Bedworth, 1992). Dessa forma, a metodologia de elaboração e desenvolvimento do material educativo compreendeu as seguintes etapas: levantamento da literatura específica, investigação do conhecimento e das atitudes do público de interesse acerca da questão e criação do material (Monteiro, Rebello & Schall, 1994).

No presente trabalho, o desenvolvimento do material educativo esteve restrito a criação de um protótipo, o qual deverá, posteriormente, ser testado quanto à sua eficiência em provocar mudanças conceituais, esclarecendo sobre atitudes incorretas e apontando alternativas preventivas. Além do conteúdo da mensagem, deverá ser testada a sua adequação quanto à linguagem e imagens, procurando observar se transmitem estímulos necessários à aprendizagem, capazes de reforçar orientações e facilitar o processo ensino-aprendizagem (Schall et al., 1987).

Após a validação do material didático-pedagógico, este poderá ser usado nos grupos de gestantes do PSF, auxiliando os profissionais de saúde a exercerem seu papel de educador.

3.6. Considerações éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. O termo de consentimento livre e esclarecido consta nos anexos deste projeto.

3.7. Confidencialidade das informações da pesquisa

Os nomes dos participantes e quaisquer outros dados que pudessem contribuir para sua identificação foram codificados numericamente e copiados para o arquivo de segurança, que ficou sob a guarda da pesquisadora.

4. ARTIGOS

A dissertação de mestrado será apresentada no formato de três artigos científicos e um protótipo de material educativo. Cada trabalho está formatado de acordo com as exigências dos periódicos.

4.1- Modelo de Crenças em Saúde e o processo saúde-doença-cuidado bucal

Modelo de Crenças em Saúde e o processo saúde-doença-cuidado bucal

The health belief model and the oral health-disease-care process.

Figueira, TR; Ferreira, EF; Schall, VT; Modena, CM

Resumo

O objetivo do presente estudo foi identificar as crenças de mulheres gestantes que influenciam na procura por atendimento odontológico e na adoção de cuidados relativos à saúde bucal. O referencial teórico utilizado foi o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) numa perspectiva qualitativa. Foram entrevistadas 20 gestantes usuárias de um Centro de Saúde do município de Belo Horizonte-MG. Os dados coletados foram trabalhados através da técnica de análise de conteúdo. Observou-se relação entre as dimensões do MCS e o comportamento referente à saúde bucal na população estudada, constituindo-se num instrumento útil para o planejamento de ações educativas.

Palavras-chave: educação em saúde, saúde bucal, modelo de crenças em saúde, gestante.

Abstract

This qualitative study aimed to understand the beliefs that influence pregnant women's behaviors towards prevention methods against oral diseases. It was based on the theoretical Health Belief Model (HBM). Twenty women from Belo Horizonte city, Brasil, were interviewed. Data analysis showed a correlation between HBM and dental care behavior, that suggest it could come in usefull for the development of oral health education programs.

Key-words: health education, oral health, health belief model, pregnant woman.

Introdução

A realidade é, para efeitos de comportamento, como a gente crê que é, a qual não necessariamente coincide com a de outra pessoa ou com a realidade demonstrada cientificamente (Briceño-León, 1996). Assim, o conhecimento das crenças sobre o processo saúde-doença-cuidado e de como estas são capazes de influenciar a conduta humana são fundamentais (Bedworth & Bedworth, 1992; Briceño-León, 1996) para que, através de uma prática educativa dialógica, possamos construir novos saberes e promover transformações (Freire, 1979; Briceño-León, 1996).

Alguns modelos teóricos estabelecem relações entre crenças e condutas relativas à saúde, dos quais destaca-se o Modelo de Crenças em Saúde (MCS) (Janz et al., 2002). A associação entre o MCS e comportamentos referentes à saúde bucal na população adulta foi demonstrada por diversos autores (Kegeles, 1963; Tash et al., 1969; Rayant & Sheiham, 1980; Kühner & Raetzke, 1989; Barker, 1994; Pine et al., 2000), o que ainda não foi verificado para a população brasileira, visto a inexistência de pesquisas odontológicas baseadas nesse referencial teórico em nosso país.

As gestantes constituem um público-alvo importante para pesquisas nessa área, uma vez que a atenção odontológica durante o período gestacional tem se apresentado envolta por crenças que determinam um afastamento dessas mulheres dos serviços odontológicos e uma menor adesão às medidas preventivas (Bernd et al., 1992; Romero et al., 2001). Assim, perde-se a oportunidade da realização do controle das doenças bucais, o que poderia evitar complicações para a gestante (dor, perda de função e estética) e para a própria gestação (parto prematuro e nascimento de bebês baixo peso) (Offenbacher et al., 13).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar as crenças de gestantes que influenciam na procura por atendimento odontológico e na adoção de cuidados relativos à saúde bucal através da aplicação do Modelo de Crenças em Saúde.

Métodos

O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) é composto por seis dimensões, que se inter-relacionam. Assim, para que um indivíduo adote medidas preventivas, ele precisa acreditar que poderá ser afetado pela doença (Percepção de suscetibilidade), que a ocorrência da doença acarretará conseqüências físicas e/ou sociais sérias (Percepção de severidade), que a realização de uma ação é capaz de reduzir tanto a sua suscetibilidade quanto à severidade (Percepção de benefícios) e que as barreiras existentes para realizar a ação (Percepção de barreiras) são superadas pelos benefícios. As percepções de suscetibilidade e severidade da doença podem criar a intenção para a ação, contudo, a simples intenção não é garantia de execução, podendo ser necessária a presença de estímulos desencadeadores da ação (Estímulo para ação). Além disso, é importante que o indivíduo acredite em sua capacidade de realizar com sucesso um comportamento requerido e de superar as barreiras por ele percebidas (Auto-eficácia) (Janz et al., 2002).

O MCS vem sendo incorporado aos estudos de natureza qualitativa (Manhart et al., 2000; Neves & Gir, 2006), o que ainda não ocorreu no campo da odontologia. Esta foi nossa opção metodológica por considerá-la mais adequada à compreensão do universo dos significados, crenças e atitudes (Minayo, 1999).

O presente estudo foi desenvolvido num Centro de Saúde da Família de Belo Horizonte –MG, responsável pelo atendimento de uma população de baixa renda e escolaridade (PBH, 2006).

Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada (Minayo, 1999), cujo roteiro foi construído com base nas dimensões do MCS, envolvendo questões relativas ao processo saúde-doença-cuidado bucal. O número de entrevistas foi definido a partir do critério de saturação (Minayo, 1999), totalizando 20 informantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas e tiveram duração média de 45 minutos.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (Minayo, 1999). Num primeiro momento, realizou-se a leitura flutuante das entrevistas. Em seguida, procurou-se organizar o material a partir da identificação das unidades de registro e de contexto. Terminada esta fase, definiram-se as categorias de análise de modo que permitissem agrupar as unidades de registro e contexto com características em comum ou que se relacionavam entre si. Estas categorias foram, então, articuladas com o MCS e inseridas em suas diferentes dimensões. Na última etapa do processo de análise dos dados, procedeu-se a sua interpretação, buscando-se desvendar o conteúdo subjacente ao que foi manifesto (Minayo, 1999).

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Resultados e discussão

Perfil da população de estudo

Do total de gestantes entrevistadas, 70% eram multigestas, 45% estavam no terceiro, 40% no segundo e 15% no primeiro trimestre de gestação. A faixa etária predominante variou de 21 a 30 anos, correspondendo a 65% dos casos. Observou-se também um percentual expressivo de gestantes adolescentes (30%), reproduzindo o valor encontrado na população total de gestantes cadastradas no Centro de Saúde estudado. Quanto ao grau de escolaridade, 40% haviam concluído o ensino médio e 60% tinham completado ou parado os estudos no ensino fundamental, aquelas que o completaram representam 10% da amostra. A ocupação principal entre as gestantes envolve os afazeres do lar (65%), sem nenhuma remuneração. Aquelas que exercem atividade fora de casa atuam no setor de comércio (15%) e de prestação de serviços (20%).

1ª Dimensão- Percepção de suscetibilidade

Cárie dentária

As gestantes entrevistadas acreditam que a cárie é causada pelos doces, restos de alimentos e sujeira que ficam nos dentes, pela falta de higiene e por um “bichinho ou lagarta” (bactéria) que “come” o dente. A influência de determinantes sócio-econômicos sobre o desenvolvimento da cárie não é percebida por esta população.

Apesar de citarem a bactéria como fator etiológico da cárie, não há um entendimento claro sobre como ocorre a interação entre o microorganismo e os alimentos doces. Existe a crença de que o doce promove uma “atração ou ativação do bichinho”, fazendo com que ele coma ou corra o dente. A bactéria é tida como a personificação da cárie, não existindo a concepção de placa bacteriana. A impotência em promover a sua eliminação está presente nas falas das entrevistadas.

“Cárie é um bichinho insuportável. Ela aproveita a fraqueza que a gente tem pelo doce e fica ali corroendo os dentes, se eu pudesse pegar ele, nossa!” (E1)

É possível perceber nos relatos a reprodução de um discurso infantil, o que sugere falta de continuidade das atividades educativas. Esta falta de continuidade também pode ser evidenciada nos relatos sobre que tipo de alimento seria mais danoso aos dentes, sendo citadas balas, chicletes e chocolates, guloseimas comuns à infância e que tem o seu valor negativo reforçado pelas atividades educativas dirigidas a este público.

A preferência por guloseimas aliada à ausência de higienização demonstrou ser um fator determinante para que as gestantes se sentissem suscetíveis à cárie. Contudo, a única medida realizada periodicamente é a escovação dentária e a negligência com esse cuidado aparece como justificativa para o acometimento pela doença.

O cigarro também foi citado como uma das causas e justificativa para o aparecimento da cárie, provavelmente, pela associação entre o escurecimento dos dentes provocado pela nicotina e a cor da lesão cariosa.

A percepção de suscetibilidade à cárie não se modificou durante a gravidez, devido, provavelmente, à manutenção dos hábitos de escovação dentária e de ingestão de doces e ao conhecimento limitado sobre os alimentos cariogênicos e sobre a influência da frequência de refeições, aumentada naturalmente na gestação, no desenvolvimento da doença. A crença de que a gravidez enfraquece os dentes apareceu associada à perda das restaurações e não como um fator propiciador de cárie.

“...porque muitas das vezes quando você tá grávida cai até as obturações, suga muito o cálcio né, então você fica com as pernas fracas, os dentes principalmente.” (E16)

Doença periodontal

O conhecimento sobre a etiologia das doenças periodontais apareceu em poucos relatos, dentro de um contexto de fatalidade, sendo a suscetibilidade associada ao acaso, à

genética, a deficiências imunológicas e ao período gravídico. A concepção de que o estabelecimento dessas patologias seria uma fatalidade pode interferir de forma negativa sobre a crença nos benefícios das medidas preventivas e, portanto, na adoção das mesmas.

"Eu acho que vai de pessoa para pessoa. Acho que umas pode evitar, outras já tem através do sangue de família né, genético. Acho que aí, com a gengivite varia".(E1)

Halitose

A preocupação com a halitose foi recorrente entre as gestantes e apareceu de forma espontânea em seus relatos. Para elas, a sua etiologia está concentrada na cavidade bucal e relaciona-se à ausência de limpeza. Essa percepção parece estimular a realização de escovação e de bochechos com anti-séptico.

" Escovo os dentes de manhã, à noite, na hora de dormir... pra livrar o mau cheiro que dá na boca se a gente ficar sem escovar os dentes" . (E17)

2ª Dimensão- Percepção de Severidade

Diminuição da auto-estima

Segundo Wolf et al. (1998), a erupção dentária é uma etapa muito importante na organização psíquica dos indivíduos, sendo os dentes percebidos como signos de independência e força. São considerados, ainda, parte fundamental do padrão de beleza em diversas culturas. Assim, a perda dos dentes ou sua deformidade estética poderão implicar em alterações emocionais, gerando sentimentos de inferioridade, vergonha, insegurança e de uma perda irreparável, o que apareceu nos relatos das gestantes e em outros estudos (Wolf, 1998; Abreu et al., 2005; Vargas & Paixão, 2005).

" Igual esse tratamento de canal, porque os meus quatro dentes quebraram. Aí eu tive que procurar (dentista), senão vou ficar banguela né. Eu acho, que é feio gente banguela, nossa! Chegar dar um sorrisinho, até os do canto a gente tem que tampar né" .(E9)

Interferência no convívio social

A boa aparência é critério de aceitação social e um facilitador para o estabelecimento de relações pessoais e de trabalho (Wolf, 1998; Vargas & Paixão, 2005). Assim, a deformação da estética bucal poderá prejudicar o convívio social, determinando uma rejeição ao indivíduo e o seu isolamento (Wolf, 1998; Vargas & Paixão, 2005). Essa questão foi observada em diversas pesquisas (Bernd et al., 1992; Abreu et al., 2005, Vargas et al, 2005; Ferreira et al., 2006) e apareceu em nosso estudo enfocada nas relações de trabalho.

A interferência da deformação da estética bucal no convívio social foi observada em

diversas e apareceu em nosso estudo enfocada nas relações de trabalho.

“O dente feio, vamos supor, se for procurar um emprego, dependendo do que eu for fazer, eu vou ser uma secretária, não tem nem como eu conversar com as pessoas dependendo do estado em que tiver”. (E18)

Outro fator importante para a criação e conservação de vínculos sociais são os odores corporais, valorizando-se a presença de um hálito agradável (Elis & Ferriane, 2006). As gestantes apresentaram essa percepção e vêem a halitose como um obstáculo tanto para as relações pessoais quanto para as de trabalho.

A percepção das gestantes sobre a severidade das doenças bucais mostrou-se relacionada com a adoção de cuidados caseiros e com a busca por atendimento odontológico, o que está de acordo com os resultados de outras pesquisas (Kegeles, 1963; Tash et al., 1969; Rayant & Sheiham, 1980; Kühner & Raetzke, 1989; Barker, 1994).

3ª Dimensão- Percepção dos Benefícios

Segundo as entrevistadas, para se obter saúde bucal, são necessários alguns cuidados como visitas regulares ao dentista, higienização adequada, controle da ingestão de doces, uso de anti-séptico e flúor. É possível perceber a reprodução do discurso oficial sobre as medidas necessárias à boa saúde, que desarticulado do conhecimento sobre as causas e evolução das patologias, já discutidos, determina uma ação mecânica, sem qualquer análise crítica sobre o comportamento adotado ou rejeitado.

Consulta odontológica

As gestantes percebem a consulta odontológica como uma oportunidade para aprender sobre os cuidados com a saúde bucal e para a realização de tratamentos preventivos e curativos. Entre algumas entrevistadas, existe uma valorização da limpeza profissional, a qual é colocada como um recurso essencial para o não adoecimento bucal. Como o acesso à assistência odontológica é insuficiente, esta carência funciona como uma justificativa para o acometimento pela cárie.

“Eu adorava mascar chiclete, aí não visitava um dentista, acabou que as cáries foi juntando e furou. ...porque nem sempre a limpeza em casa fica completa”. (E1)

A concepção de que a consulta odontológica é um fator primordial para a prevenção da cárie foi destituída pela comprovação de que os serviços odontológicos contribuíram muito pouco para o declínio da cárie entre as populações (Nadanovsky & Aubrey, 1995). Dessa forma, as visitas periódicas ao dentista vêm se estabelecendo mais como uma oportunidade para a realização de diagnóstico precoce e limitação de danos. Até mesmo as atividades educativas, antes restritas ao ambiente do consultório odontológico, têm ganhado novos espaços para o seu desenvolvimento, visto que quando realizadas de forma coletiva

apresentam resultados mais satisfatórios (Dutra & Paixão, 2002).

Higienização bucal

A desorganização periódica da placa bacteriana, através do uso da escova e fio dentais, tem sido recomendada com o objetivo de reduzir o número de microrganismos para um nível compatível com a saúde bucal (Weyne & Harari, 2001). Essa concepção não existe entre as gestantes, devido à ausência de conhecimentos sobre os fatores etiológicos das doenças periodontais e à crença de unicidade da “bactéria-bichinho” causadora da cárie. Para elas, o objetivo do emprego de tais recursos consiste em evitar o indesejável mau hálito e em remover os restos alimentares, o que está de acordo com os resultados de outros estudos (Barker, 1994; Bernd et al., 1992).

“(Fio dental) De vez em quando, só quando gruda carne no dente”. (E13)

Uso de medicamentos

Os anti-sépticos têm sido cada vez mais utilizados pelos brasileiros, o que é atribuído às campanhas publicitárias agressivas que destacam a necessidade de um hálito puro, dentes sem cárie e placa (Ripardo, 2007). A propaganda parece ter atingido os integrantes das classes menos favorecidas; o seu uso foi relatado por algumas entrevistadas e é caracterizado pela auto-medicação e busca de um hálito agradável.

“Eu uso sempre (anti-séptico). Eu uso porque fico com medo de mau hálito, não tem coisa pior do que mau hálito”. (E1)

A percepção sobre os benefícios dos anti-sépticos esteve mais presente entre as entrevistadas do que a percepção sobre os benefícios do flúor. Esta situação chama a atenção pelo fato do efeito do flúor sobre a cárie ser reconhecido há anos (Weyne & Harari, 2001) e ser amplamente divulgado tanto pelas campanhas educativas em saúde bucal quanto pelas de marketing de dentifrícios. Uma explicação para este fato pode estar na maior preocupação desta população em prevenir a halitose em relação à cárie.

Controle da dieta

O controle da dieta para a população estudada consiste em diminuir a quantidade de certos alimentos considerados prejudiciais – as balas, os chicletes e o chocolate, o que nem sempre é realizado devido à dificuldade em resisti-los. Não existe a percepção sobre o benefício em se diminuir a frequência da ingestão de sacarose (Weyne & Harari, 2001).

“comer menos bala, chiclete, que eu gosto muito de chiclete, menos chiclete, menos bala, menos doce que isso faz mal pros dentes”. (E5)

4ª Dimensão-Percepção das Barreiras

Medo do tratamento odontológico

O medo apareceu nas falas das entrevistadas tanto em sua forma objetiva, quanto

subjetiva, interferindo na busca por tratamento. Observou-se que o medo decorrente de uma experiência traumatizante se constituiu numa potente barreira.

“...a dentista me aplicou uma anestesia e essa anestesia me causou vômito, tonteira, dormência, sensação de desmaio...eu falei, não vou mais, pra mim ficou uma barreira e eu ainda não consegui superar.” (E14)

O medo mostrou-se acionado principalmente pela possibilidade de sentir dor e incômodo, pela anestesia, pelas canetas de alta rotação e pelos procedimentos cirúrgicos; a figura do cirurgião-dentista não apareceu com destaque.

Durante a gestação, o medo provocado pelo atendimento odontológico aumentou em decorrência da crença de que a hemorragia conseqüente a uma extração dentária e o uso de medicamentos poderiam trazer algum prejuízo ao feto ou à gravidez. Essa percepção poderá bloquear o comportamento de procura por atendimento odontológico ou a interrupção do mesmo quando da descoberta da gravidez, o que foi observado no presente estudo e também por outros autores (Bernd et al., 1992; Romero et al., 2001).

“...porque eu estava tratando, até agora eu parei né, aí eu descobri que estava grávida e parei... Além da anestesia, arrancar os dentes também eu já ouvi falar que não é bom, porque a grávida arranca o dente sai muito sangue e acaba prejudicando né” . (E17)

A contra-indicação do tratamento odontológico durante a gestação não é percebida pelas entrevistadas como total. Procedimentos menos invasivos, como o exame clínico e os relativos à prevenção, são considerados adequados. Contudo, essa percepção não alterou os padrões de busca por atendimento odontológico, a qual se estabeleceu somente na presença de algum problema.

Carência de recursos financeiros

A ausência de recursos financeiros é percebida como um obstáculo em relação à aquisição de informações sobre saúde bucal, à realização de cuidados caseiros e ao acesso ao tratamento. Esse tipo de barreira tem sido identificada por várias pesquisas (Kegeles, 1963; Tash et al., 1969; Bernd et al., 1992; Abreu et al., 2005; Albuquerque et al., 2004).

Apesar da oferta de atendimento odontológico pelo Centro de Saúde, este, nem sempre, é uma referência para a busca por tratamento, devido à dificuldade em conseguir uma consulta, à impossibilidade de conciliar o horário da consulta com o trabalho e à inexistência da realização de procedimentos mais complexos. Poucas entrevistadas relataram utilizar exclusivamente a assistência odontológica pública, as demais, sempre que possível, recorrem ao setor privado por considerá-lo de melhor qualidade ou pela comodidade do pronto-atendimento. Resultados semelhantes foram encontrados por Bernd et al. (1992) e Albuquerque et al. (2004).

Essa concepção pode reforçar o adiamento da busca por atendimento odontológico até a obtenção do recurso necessário ao pagamento do tratamento ou até o momento em que a doença passa à condição de problema e o posto de saúde se torna a opção existente para a resolução da emergência.

“ Ir ao dentista só mesmo se sentir uma dor, é muito caro o tratamento ou então, se for uma emergência, você vem no posto de saúde” .(E16)

Cumprimento dos papéis sociais

Ao longo dos tempos a mulher vem acumulando papéis na sociedade; se antes a sua função se restringia aos cuidados com os filhos, marido e com o lar, agora, assume também a função de provedora (Caixeta & Barbato, 2004). A necessidade de cumprir essa multiplicidade de papéis faz com que, muitas vezes, os cuidados pessoais sejam deixados em segundo plano, o que pôde ser observado nos relatos das gestantes em relação à prática de uma higienização bucal adequada e procura por assistência odontológica.

“ Aí ele (dentista) vai lá e passa a recomendação e eu sigo por uns dois meses e depois paro também e fico só na escova. Ah, sei lá. Tem hora que é tanta correria, tudo é correria na vida sabe, que a gente acaba esquecendo, a gente vai deixando pra lá” . (E9)

5ª Dimensão- Estímulo para a ação

Satisfação do usuário com a assistência odontológica pública

Embora a oferta de assistência odontológica pública seja importante na superação das restrições que a barreira econômica determina, os relatos das gestantes demonstram que é a satisfação com o atendimento que estimula o seu retorno periódico. Quando isso não ocorre, verificamos a procura em casos de emergência e o desejo pelo serviço privado. Este fato reforça a necessidade da aproximação entre serviço e usuários na definição e organização de suas ações e de um atendimento humanizado.

“ agora ,já montou um centro aqui de odontologia muito bom, aí tem vários dentistas, várias enfermeiras que pode te atender, agendar, as consultas tem saído mais rápido, então fiquei por conta mais daqui” . (E15)

Opinião do profissional de saúde

A população do estudo demonstrou possuir bastante confiança no conhecimento e nas recomendações dos profissionais de saúde, sendo estes capazes de influenciar em suas tomadas de decisões. Foi possível perceber que a interação entre médico/dentista e paciente é capaz de promover a resignificação da crença de que o tratamento odontológico é contra-

indicado durante a gravidez, estimulando a sua busca. Essa interação também mostrou ter efeitos sobre a responsabilização individual nos cuidados com a saúde bucal.

“ Foi o dentista que tirou a cisma. Que eu ficava muito, eu falei não, não vou fazer tratamento de canal porque eu to grávida, mas isso foi na segunda gravidez” .(E9)

Romero et al. (2001) observaram que as gestantes pertencentes a sua amostra não confiavam no parecer dado pelo dentista em relação à possibilidade de tratamento odontológico durante a gravidez, recorrendo à opinião médica para se sentirem seguras. Essa falta de confiança pode estar relacionada ao fato de que enquanto alguns dentistas atuam na desmistificação das crenças, outros agem justamente ao contrário, fortalecendo-as e estimulando a não realização ou interrupção do tratamento quando da descoberta da gravidez. Essa situação foi encontrada por Bernd et al. (1992) e está em concordância com os nossos resultados.

“ A dentista mesmo que falou, não, eu falei com ela que eu estava grávida, se tinha algum problema, ela falou que poderia ter, porque a anestesia era muito forte e podia prejudicar a criança, aí eu parei com o tratamento” . (E17)

Medo de procedimentos invasivos

O medo do tratamento odontológico apareceu nos relatos não só como uma barreira, mas também como um estímulo para a busca por atendimento odontológico preventivo, no intuito de impedir a instalação ou evolução da doença bucal e, assim, evitar a necessidade dos tratamentos invasivos e aversivos.

“ Ah, assim né, eu procuro ta sempre vindo, mesmo sem nada, só pra fazer a limpeza pra evitar né...porque eu ficaria com medo daquela máquina na minha boca, todo mundo tem né, aquela agulha sei lá” .(E8)

Sintomatologia estabelecida

A patologia já instalada, gerando dor, incômodo, prejuízo funcional ou estético foi o fator determinante na busca por atendimento odontológico, sendo capaz de superar todas as barreiras existentes. A dor funcionou como o estímulo decisivo para o desenvolvimento da ação e é percebida como um problema a partir do momento em que interfere sobre o bem-estar e alimentação.

“ Se eu te falar que é sempre, eu vou ta mentindo. Porque tinha muito tempo que eu não procurava um dentista, procurei por necessidade. Porque estava me incomodando muito, eu estava com dor” .(E1)

Estudos (Bernd et al., 1992; Abreu et al., 2005; Bedos et al., 2005; Ferreira et al., 2006) têm verificado que a dor é identificada pelas classes populares como o limiar entre a saúde e a doença bucal, seja porque impedem o exercício das atividades laborais ou porque promovem um intenso desconforto e, assim, assinalam a necessidade de busca por tratamento.

O sangramento gengival apareceu nas falas das entrevistadas gerando apenas a intenção para a ação, mas não a sua concretização. Uma possível explicação para este fato pode estar no pequeno conhecimento desta população sobre as doenças periodontais, o que determinou uma baixa percepção de suscetibilidade, severidade e benefícios em relação a essas patologias.

6ª Dimensão- Auto-eficácia

Alguns estudos têm comprovado (Kühner & Rätzke, 1989; Pine et al., 2000; Person et al., 1998; Knecht et al., 1990; Syrjälä et al., 1999; Souza et al., 2002) que a auto-eficácia está diretamente associada com a adoção de cuidados com a saúde bucal e que indivíduos com maior auto-eficácia possuem melhores níveis de placa bacteriana e sangramento gengival, menos superfícies cariadas e buscam assistência odontológica de forma mais freqüente. Apesar das evidências apontadas, é preciso ter cautela ao se trabalhar essa dimensão, principalmente com populações em que o direito à saúde se configura apenas em teoria e as opções saudáveis são inexistentes ou as mais difíceis de serem adotadas. Ao se desconsiderar o contexto socio-econômico-cultural na qual as comunidades estão inseridas, corre-se o risco de culpabilização dos indivíduos pelas suas condições de saúde (Marcondes, 2004; Sicoli & Nascimento, 2003), o que poderá resultar em diminuição da auto-estima e em consequência numa menor auto-eficácia.

Cuidados diários com a saúde bucal

Na população estudada, a auto-eficácia relativa aos cuidados com a saúde bucal apresentou-se baixa. As gestantes possuem a percepção de que a única medida que são capazes de realizar de forma rotineira é a escovação dentária. No caso do fio dental, além da percepção restrita sobre o seu benefício, há a concepção de que seu emprego é difícil e chato e o seu uso incorreto acaba gerando ferimento, sangramento e dor. Em relação ao consumo de sacarose, a preferência por alimentos doces determina uma grande dificuldade em controlar o seu consumo, sendo considerados irresistíveis. Elas se sentem ainda incapazes de romper as barreiras que dificultam a busca por atendimento odontológico, o que, geralmente, se inverte na presença do problema instalado.

“ O doce. Não consegui largar” . (E1)

“ Ah, as últimas vezes que eu procurei dentista foi porque tinha quebrado, ou porque tava doendo e tinha que arrancar. Por esses dois motivos..Pra fazer tratamento preventivo não, porque eu nunca tive condições né, de pagar assim o dentista. (E6)

Considerações finais

As dimensões do MCS mostraram associação com o comportamento relativo à saúde bucal na população estudada. A adesão ao cuidados caseiros foi influenciada pelas percepções de suscetibilidade, severidade, benefícios e pela auto-eficácia, o que resultou na prática da escovação dentária como única medida realizada periodicamente. Para as demais medidas, foram encontradas barreiras, pequena percepção sobre seus benefícios e baixa auto-eficácia, as quais contribuíram para a pequena adesão. Em relação à busca por atendimento odontológico, a percepção das barreiras foi a dimensão que mais influenciou nesse processo, existindo uma baixa auto-eficácia para sua superação. O padrão de busca por tratamento caracterizou-se pela resolução de problemas, como dor e manutenção/reestabelecimento da estética bucal. O período gestacional não modificou a percepção das gestantes sobre o processo saúde-doença-cuidado.

O MCS, apesar de apenas tangenciar alguns determinantes sociais da doença, mostrou-se uma ferramenta útil para a compreensão dos comportamentos em saúde da população estudada, fornecendo informações importantes para o planejamento de práticas educativas, as quais deverão considerar a necessidade de promover a resignificação de algumas crenças, de ampliar o conhecimento sobre saúde bucal e, principalmente, de estimular o debate sobre formas de transpor as barreiras que dificultam ou impedem a ação.

Referências bibliográficas

- 1- ABREU, M.H.N.G.; PORDEUS, I.A.; MODENA, C.M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.
- 2- ALBUQUERQUE, O.M.R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do programa saúde da família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.20, n.3, p.789-796, 2004.
- 3- BARKER, T. Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice. *Commun Dent Oral Epidemiol*, v.22, p.327-330, 1994.
- 4- BEDOS, C.; BRODEUR, J.M.; LEVINE, A.; RICHARD, L.; BOUCHERON, L.; MEREUS, W. Perception of dental illness among persons receiving public assistance in Montreal. *Am J Public Health*, v.95, n.8, p.1340-1344, 2005.

- 5- BEDWORTH, A.E.; BEDWORTH, D.A. The professional and Practice of Health Education. Dubuque: Wm. C. Brown Publishers, 1992. 472p.
- 6- BERND, B et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. Saúde em Debate, v. 34, p. 33-39, 1992.
- 7- BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cad Saúde Pública, v.12, n.1, p.7-30, 1996.
- 8- CAIXETA, J.E.; BARBATO, S. Identidade feminina. Padéia, v.14, n.28, p.211-220, 2004.
- 9- DUTRA, C.M.R.; PAIXÃO, H.H. Educação em saúde bucal individual e grupal: uma análise qualitativa. Arquivos em Odontologia, v. 38, n. 2, p. 83-162, 2002.
- 10- ELIAS, M.S.; FERRIANI, M.G.C. Aspectos históricos e sociais da halitose. Rev Latino-am Enfermagem, v.14, n.5, p. 821-823, 2006.
- 11- FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W.A.; ALVES, M.S.C.F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciênc Saúde Coletiva, v.11, n.1, p.211-218, 2006.
- 12- FREIRE P. Pedagogia do oprimido. 6ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 219p.
- 13- JANZ, N.K.; CHAMPION, V.L.; STRECHER, V.J. The Health Belief Model. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. (Eds). Health behavior and health education. Theory, research and practice. Jossey-Bass, 2002. p.45-66.
- 14- KEGELES, S.S. Some motives for seeking preventive dental care. J Am Dent Assoc, v.67, p.90-98, 1963.
- 15- KNECKT, M.C.; SYRJÄLÄ, A.M.H.; LAUKKANEN, P.; KNUUTTILA, M.L.E. Self-efficacy as a common variable in oral health behavior and diabetes adherence. Eur J Oral Sci 1999;107:89-96.
- 16- KÜHNER, M.K.; RAETZKE, P.B. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. Periodontology, v.60, n.1, p.51-56, 1989.
- 17- MANHART, L.E.; DIALMY, A.; RYAN, C.A.; MAHJOUR, J. Sexually transmitted diseases in Morocco: gender influences on prevention and health care seeking behavior. Soc Sci Méd, v. 50, p.1369-1383, 2000.
- 18- MARCONDES WB. A convergência de referências na promoção de saúde. Saúde e Sociedade, v13,n1, p.5-13,2004.
- 19- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999, 269p.
- 20- NADANOVSKY, P.; AUBREY, S. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. Community Dent Oral Epidemiol, v.23, n.6, p.331-339, 1995.

- 21- NEVES, L.A.S.; GIR, E. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 14, n.5, p.781-788, 2006.
- 22- Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996; 67:1103-1113.
Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996; 67:1103-1113.
- 23- PBH – PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br>>. Acesso em: 02 jul. 2006.
- 24- PERSON, R.E.; PERSON, G.R.; POWELL, L.V.; KIYAKI, H.A. Periodontal effects of a biobehavioral prevention program. *J Clin Periodontol*, v. 25, p.322-329, 1998.
- 25- PINE, C.M.; CURNOW, M.M.; CHESTERS, R.K.; NICHOLSON, J.; HUNTINGTON, E. An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. *Int Dent J*, v.50, n.6, p.312-323, 2000.
- 26-RAYANT, G.A., SHEIHAM, A. An analysis of factors affecting compliance with tooth-cleaning recommendations. *J Clin Periodontol*, v.7, p.289-299, 1980.
- 27- RIPARDO, S. Os Campeões do Varejo. Folha de São Paulo (online). Disponível em: <<http://www.folha.com.br>>. Acesso em 01 de maio de 2007.
- 28- ROMERO, R.M.D.; CÁRDENAS, M.C.; RIOS, J.F.T.; MARTINEZ, C.E.C. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. *Revista ADM*, v. LVIII, n.2, p.68-73, 2001.
- 29- SÍCOLI JL, NASCIMENTO PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface_Comunic, Saúde, Educ*,v7,n12,p:101-22,2003.
- 30- SOUZA, G.A.; SILVA, A.M.M.; GALVÃO, R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. *Pesqui Odontol Bras*, v.16, n.1, p.57-62, 2002.
- 31- SYRJÄLÄ, A.M.H.; KNECKT, M.C.; KNUUTTILA, M.L.E. Dental self-efficacy as a determinant to oral health behavior, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *J Clin Periodontol*, v.26, p.616-621, 1999.
- 32- TASH, R.H.; O'SHEA, R.M.; COHEN, L.K. Testing a preventive-symptomatic theory of dental health behavior. *Am J Public Health*, v.59, n.3, p.514-521, 1969.
- 33- VARGAS, A.M.D.; PAIXÃO, H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.10, n.4, p.1015-1024, 2005.
- 34- WEYNE, S.C.; HARARI, S.G. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: BARATIERI, L.N. *Odontologia Restauradora. Fundamentos e Possibilidades*. Editora Santos, 2001, cap.1, p.03-29.
- 35- WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent*,v. 52, n.4, p.307-316, 1998.

Colaboradores

Taís Rocha Figueira: participou na realização do trabalho de campo, no processamento e análise dos dados e na redação do artigo.

Efigênia Ferreira e Ferreira: participou na organização da pesquisa e na revisão crítica do artigo.

Virgínia Torres Schall: participou na organização da pesquisa e na revisão crítica do artigo.

Celina Maria Modena: participou na organização da pesquisa, na análise dos dados e na revisão crítica do artigo.

4.2. O processo do cuidado durante a gestação: o agir através das concepções de responsabilização e culpabilização maternas.

O processo do cuidado durante a gestação: o agir através das concepções de responsabilização e culpabilização maternas.

Health care during pregnancy: acting by concepts of responsibility and culpability.

Figueira, TR; Ferreira, EF; Schall, VT; Modena, CM

Resumo

O objetivo do presente estudo consistiu em analisar as representações sociais do processo saúde-doença-cuidado geral e bucal entre um grupo de gestantes usuárias do serviço público de saúde de Belo Horizonte-MG, Brasil. Foram entrevistadas 20 gestantes. Os dados coletados foram trabalhados através da técnica de análise de conteúdo. Observou-se que a conduta das gestantes é fortemente influenciada pelo discurso biomédico focalizado na criança e caracterizado pela responsabilização única da gestante pelo êxito da concepção. Dessa forma, há o favorecimento à adesão às prescrições médicas, mas não às odontológicas e o desenvolvimento de sentimentos de culpa e angústias, os quais contribuem para a queda na qualidade de vida da mulher. É necessário que se estabeleçam novas estratégias de abordagem à mulher, de modo que não seja concebida apenas como mãe-nutriz, mas percebida em toda sua integralidade e como um ser que também precisa de cuidados e apoio.

Descritores: processo saúde-doença, cuidado, mulher, mãe.

Abstract

The purpose of the present study was to analyse the social representations of pregnant women related to general and oral health-disease-care process. Twenty women users of the system of public health in Belo Horizonte-MG, Brazil, were interviewed. Data analysis was conducted by content analysis technical. It was observed that the conduct of pregnant is strongly influenced by the medical speech focused on child and characterized by single

accountability of the mother about the success of their child development. Thus, there is the encouragement to join the medical prescriptions, but not to join the dental care, and the development of feelings of guilt and anguish, which contribute to the fall in the quality of women's life. It is necessary to establish new strategies to approach the woman, so that is not consider merely as a incubator for fetal development, but perceived throughout its entirety and as a being who also need care and support.

Descriptor: health-disease process, care, woman, mother.

Introdução

O período gravídico representa uma fase em que o organismo feminino encontra-se intensamente alterado, o que gera preocupações, temores e ambigüidades na maioria das vezes. Assim, a gestante deve receber apoio e informações diversas da equipe do pré-natal de modo a prepará-la física e emocionalmente para o nascimento de seu bebê (Costa et al., 2002; Guimarães et al., 2003).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) estimula a captação precoce das gestantes pelos serviços públicos de saúde para a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Existe a recomendação (Brasil, 1998; Brasil, 2004) de que as gestantes inscritas no pré-natal sejam agendadas para consulta odontológica com o objetivo de realização do exame clínico da cavidade bucal, elaboração de um plano de tratamento a ser desenvolvido durante o pré-natal e a introdução de ações educativas.

Apesar de serem consideradas pelo Ministério da Saúde como um grupo prioritário para as ações de saúde bucal (Brasil, 2004), as gestantes ainda não foram alcançadas pelos serviços públicos odontológicos, havendo uma baixa cobertura no atendimento a essas mulheres (Bernd et al., 1992; Albuquerque et al., 2004). A investigação dos fatores que contribuem para essa situação é essencial para elaborarmos estratégias que permitam a sua reversão.

Assim, o presente estudo objetivou analisar as representações sociais de gestantes usuárias do serviço público de saúde de Belo Horizonte-MG sobre o processo saúde-doença-cuidado e sobre as práticas educativas em saúde.

Metodologia

O referencial teórico que orientou este estudo foi o das representações sociais entendidas como um conteúdo mental estruturado, com componentes cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico, construído no dia-a-dia das relações pessoais, contendo, na sua formação, o aspecto cultural, os valores, as crenças, as opiniões, os mitos, as regras e as ideologias que norteiam o comportamento e as atitudes das pessoas e dos grupos sociais a que pertencem, de

forma compartilhada. As representações sociais originam uma forma de conhecimento específico, o saber do senso comum ou saber popular (Spink, 1993):

A presente pesquisa foi desenvolvida num Centro de Saúde de Belo Horizonte -MG, responsável pelo atendimento de uma população de alto índice de vulnerabilidade social (IVS= 0,76). O IVS foi desenvolvido para Belo Horizonte através de uma parceria entre Prefeitura de Belo Horizonte e PUC Minas. Considera vários componentes como acesso à moradia, à infra-estrutura, à escolaridade, ao trabalho, à renda, à assistência aos serviços de saúde, à garantia de segurança alimentar e à previdência social e totaliza escores de 0 a 1 (PBH, 2006).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada (Minayo, 1999). O roteiro englobou questões relativas à percepção sobre gestação e o processo saúde-doença-cuidado. As entrevistas foram realizadas em um consultório da unidade básica de saúde com 20 gestantes que aceitaram participar do estudo voluntariamente, após esclarecimento de todas as dúvidas e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e tiveram uma duração média de 45 minutos. O trabalho de campo foi finalizado quando a recorrência dos dados atingiu um ponto de saturação, sendo possível identificar padrões simbólicos, práticas e categorias de análise (Minayo, 1999).

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (Minayo, 1999). Num primeiro momento, realizamos a leitura flutuante das entrevistas, depois organizamos o material, definindo as unidades de registro e de contexto. Terminada esta fase, definimos as categorias de análise de modo que permitissem agrupar as unidades de registro e contexto com características em comum ou que se relacionavam entre si. Então, seguimos para a interpretação dos dados, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que foi manifesto (Minayo, 1999).

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Resultados

Processo saúde-doença

Na população pesquisada, a saúde teve seu conceito ampliado para além da ausência de doenças, sendo representada pelo sentimento de bem-estar, concebido como felicidade, força e disposição para a realização das atividades cotidianas. Essa incorporação de dimensões afetiva e social à dimensão biológica da saúde está em concordância com os achados de outros estudos (Delfino et al., 2004; Abreu et al., 2005).

“ Ah! Saúde pra mim é estar bem, assim né, estar disposta a tudo. Assim não estar mal-humorada. Eu acho que começa por aí” .(E3)

O período gestacional parece ter influenciado a representação de saúde das entrevistadas. Saúde foi percebida ainda como o ato de cuidar, um atributo conferido à maternidade e cobrado socialmente. Os cuidados citados envolviam a adoção de alguns hábitos como a prática de exercícios físicos, evitar o consumo de bebidas, drogas ou tabaco, evitar estresse e, em especial, ter uma alimentação equilibrada, questões enfatizadas durante as consultas de pré-natal e que tem os efeitos nocivos da não adesão divulgados exaustivamente pelas equipes de saúde.

“ Acho que saúde pra mim que estou no início de gravidez é se alimentar bem... pra mim a saúde começa através da alimentação mesmo e tendo cuidado também, como caminhada, exercício físico, dormir bem” .(E1)

Em relação à saúde bucal, encontramos novamente as concepções de ausência de doença, bem-estar e do cuidado. Nesse caso, o bem-estar é proveniente da satisfação do indivíduo com sua estética bucal, seja por ter dentes brancos, limpos e saudáveis ou pela presença de um hálito agradável, conceito presente nos slogans das campanhas de marketing de produtos de higiene bucal. A estética é percebida como fundamental à auto-estima e ao convívio social, sendo considerada uma facilitadora para as relações de trabalho e pessoais. Neste ponto, a saúde bucal torna-se um dos elementos necessários à felicidade e à realização das atividades cotidianas, aproximando-se do conceito de bem-estar utilizado na representação da saúde geral.

“ Fora o mau hálito, cárie, sei lá, fica feio, é mais a estética mesmo. A saúde da boca é aquele negócio, tem umas pessoas, até gente, eu já vi lá na padaria uns clientes chega, cada gente, a gente vai conversar e aí eu já fico será que foi eu (testa o hálito) aí não é, muito feio mesmo” .(E9)

“ Acho que é você sempre tá assim com um sorriso bonito, saudável. Acho que é isso. Quando assim, o que aparece mais numa pessoa são os dentes, eles falam isso, acho que é isso” .(E10)

“ É ter mais... ah fica mais feliz né, com a boca mais cuidada. Acho muito importante” .(E4)

Para se alcançar o padrão estético determinado pela sociedade, as entrevistadas recomendam alguns cuidados como a realização de escovação, uso de fio dental, controle do consumo de açúcar e a busca por atendimento odontológico. Com isso, a saúde bucal é entendida por algumas gestantes como o ato de realizar esses cuidados, o que está de acordo com os achado de Abreu et al (2005).

“ Ah, eu acho que é os cuidados né, igual eu acabei de falar, escovar, é usar o fio dental assim, mais certo né. EU acho que é isso, ir no dentista direto” . (E17)

Gestação, maternidade e os cuidados com a saúde

O advento do capitalismo como modo de produção acarretou a valorização da criança, força de trabalho em potencial, e da figura materna, responsabilizada pelos cuidados com os filhos para garantir o seu desenvolvimento (Moura & Araújo, 2005). O discurso higienista do século XIX vem fortalecer esses valores, buscando resgatar, na ordem natural do instinto, a maternidade como fator vital para a sobrevivência dos filhos (Almeida & Novak, 2004). Assim, trabalha-se com a difusão do princípio de que o corpo materno é destinado a atender às necessidades do infante (Nakano, 2003) e procura-se modular o comportamento da mulher em favor da saúde da criança (Almeida & Novak, 2004). Essa lógica está presente nas falas das entrevistadas.

“ Não conseguia tomar café, não almoçava, não jantava, tudo o que eu comia se eu não fizesse força voltava. O enjôo tava direto... Se vem o enjôo e eu chupar alguma coisa azeda, o enjôo passa, assim, passa no momento, mas pelo menos eu não fico toda hora indo no banheiro, colocando tudo o que eu como para fora, porque pelo que eu penso e eu vejo de outras grávidas faz mal para criança. Porque tudo o que a gente come, é através disso que ele se alimenta, aí se eu ficar colocando tudo pra fora o que vai ser da saúde dele” . (E1)

Entre as mulheres entrevistadas, a gestação atuou como um momento de formação ou reafirmação da identidade materna e junto com ela, trouxe o sentimento de responsabilidade pela saúde do feto em desenvolvimento, da criança após o nascimento e de toda a família. Assim, pudemos observar que a gravidez provocou uma mudança de atitude e comportamento dessas mulheres no que se refere aos cuidados com a saúde, havendo uma maior preocupação em adotar uma alimentação saudável, em controlar o estresse, em evitar a auto-medicação, em procurar assistência médica pré-natal e em buscar conhecimentos sobre a gestação e os cuidados com o bebê.

“ Antes eu comia menos verdura, menos legumes, esses negócios assim. Hoje em dia eu como mais isso, depois dele né, eu como mais verdura... beterraba não comia, cenoura também não, hoje eu como tudo esses trem assim, faz bem pro neném, que eles falam né. Hoje em dia eu como, mas antes eu não comia não” . (E5)

“ Ah, eu venho mais agora né, porque todo mês tem que vir pra fazer o pré-natal, mas eu vinha mesmo quando tava passando muito mal mesmo, aí eu vinha.” (E18).

A mudança de hábitos é estimulada pela preocupação com a saúde do bebê, ficando em segundo plano a própria saúde. O valor atribuído à priorização do filho ofusca a atenção das mulheres em relação a si mesmas (Nakano, 2003) e isso pode contribuir para uma

mudança comportamental por tempo determinado, ou seja, durante os nove meses de gestação. Após o parto, estará livre para retornar aos hábitos antigos já que não funciona mais como uma incubadora para o desenvolvimento fetal, que tudo passa e imprime no feto. Agora, sua responsabilidade é com a criança, externa a seu corpo e a tendência é que esta adote os hábitos maternos. Dessa forma, o discurso de que o período gestacional é propício ao desenvolvimento de práticas educativas com objetivo de mudanças comportamentais duradouras e que as gestantes atuam como agentes transformadores de sua própria saúde e de toda sua família pode virar retórica.

“ To tentando fazer uma alimentação mais balanceada pra evitar que eu possa pegar mais peso e pensando mais nele né. Eu acho que assim, o decorrer do tempo que a gente não tem tempo pra nada, hoje em dia costuma mais a comer o mais fácil né, então uma fritura, uma coisa assim é mais rápido. Agora tenho sentado pra alimentar, parado. Depois eu acho que não dá mais pé não, porque duas crianças e ainda trabalhando fora, acaba comendo o que você acha pela frente” . (E15)

A teoria da impressão materna (Calvasina et al., 2007) coloca que o comportamento da mãe (dieta, consumo de bebidas, drogas ou tabaco), estado mental e emocional, exposição ao meio ambiente entre outros podem afetar diretamente a fisiologia da reprodução e causar danos à criança. Assim, o discurso oficial cientificamente instituído responsabiliza e culpabiliza a mãe por ter prejudicado o filho em razão dos comportamentos adotados durante a gestação. A adesão às medidas prescritas pelos profissionais de saúde vem amenizar o sentimento de culpa que porventura pudesse existir caso a criança nascesse com alguma alteração física ou mental. A teoria da impressão materna funciona então como um estímulo para a mudança comportamental e quando vivenciada acarreta em um sentimento de culpa tão forte que é capaz de alterar de forma duradoura o comportamento da mulher.

“ Aí eu fumava, bebia, fazia um monte de coisa que não podia fazer, aí meu menino nasceu prematuro. Aí da minha segunda menina, aí da experiência do primeiro eu não queria passar pelo segundo. Aí já comecei a mudar mais o meu jeito de olhar as coisas, aí já comecei o pré-natal desde o começo. Depois que ele nasceu já não fumei, não bebi, não fiz mais nada” . (E9)

Ao utilizarem a impressão materna para controlar o comportamento das gestantes, as equipes de saúde encobrem os fatores socio-econômicos que incidem sobre a conduta humana, atuando como se a ação dessas mulheres fosse guiada apenas pela racionalidade. Esse tipo de abordagem gera sentimentos de culpa, ambigüidades, angústias e, conseqüentemente, queda da qualidade de vida.

Com relação à saúde bucal, não foi observada mudança no padrão de comportamento, havendo uma baixa procura por assistência odontológica durante o período gestacional e a manutenção de hábitos anteriores. Uma possível explicação para este fato seria que as gestantes não vêem como a sua saúde bucal pode influenciar a saúde do bebê em desenvolvimento e, assim, a adesão às medidas prescritas pelos dentistas não favoreceria seus filhos, nem as livraria da culpa. No caso específico do tratamento odontológico a situação é mais crítica, pois a relação feita pelas gestantes entre atenção odontológica e gravidez é de prejuízo ao bebê, o que perpetua seu afastamento dos serviços de saúde bucal.

“A gente fica com medo é disso da anestesia....nos três primeiros meses tem que ter mais cuidado com a formação do bebê né, que ele tá implantando ainda no seu útero, aí se tem, se o medicamento pode atrapalhar alguma coisa, a formação”. (E16)

Entre as entrevistadas que possuíam a percepção de que o estado de saúde bucal materna poderia causar a transmissão de cárie para o bebê, houve a busca por tratamento odontológico. A influência do conhecimento relativo à transmissibilidade da cárie sobre o comportamento preventivo também foi observada em outras pesquisas (Fritscher et al., 1998; Casaretto et al., 2003). Contudo, essa analogia é questionável, visto que a doença não é transmitida e sim os microorganismos cariogênicos, e estes, sem que outros fatores estejam atuando ao mesmo tempo, não são capazes de produzir sozinhos a cárie. Assim, a utilização desse tipo de argumento pelos profissionais de saúde não nos parece adequada, pois além de encobrir os determinantes sócio-ecocômico-culturais da doença cárie, promovem a culpabilização materna, resultando em queda de sua qualidade de vida.

“Ah, já ouvi falar, to te falando que eu fiz o tratamento antes por causa disso. Então, eu tento remediar bem antes pra depois você não ter que sair correndo com a criança, já vi muita criança sofrendo com dor de dente, é terrível. Aí eu tento fazer antes pra não complicar, esse negócio de você falar ah vou engravidar, mas sem saber as conseqüências, sem saber os riscos, você tem que olhar muito né, pensar que é outra vida, então se é outra vida, ela tem que vir com saúde, então, a mãe é que tem que fazer a parte dela, a gente tem que correr atrás.” (E15)

Educação durante a gestação

O aprendizado sobre as questões que envolvem a gestação na população estudada ocorre através da vivência, de familiares, amigos, cursos de gestantes, posto de saúde, livros, revistas e televisão. As fontes mais valorizadas e de maior confiança são representadas pelos médicos e pelas mulheres mais idosas e experientes. O conteúdo de maior interesse se refere principalmente a informações sobre tudo que possa influenciar a saúde geral do bebê e também sobre as alterações fisiológicas e emocionais pelas quais estão passando. Contudo, o

esclarecimento sobre essas alterações nem sempre ocorre, visto que as atividades educativas realizadas por profissionais de saúde enfatizam mais os cuidados com o bebê, a rede social não é considerada capacitada para discorrer sobre essas questões e a consulta de pré-natal é rápida, focalizada nos exames clínico e laboratorial, não restando tempo para que possam elucidar todas as dúvidas e conversar sobre as angústias e ambigüidades características desta fase.

“ Eu acho bom, mas assim, eu acho que tem muito pouco assunto, a gente tem hora que a consulta tem que ser muito rápida, num piscar de olhos, porque mesmo sendo o segundo, toda gravidez é diferente uma da outra, então você fica com muita dúvida, uma coisa que aconteceu com você na primeira não acontece na segunda. Aí depois quando você vai da consulta que você chega na sua casa, você fala assim, nó esqueci de perguntar isso. Aí você tem que juntar e lembrar e acaba que você nem pergunta de novo” . (E15)

As gestantes mostraram-se receptivas às atividades educativas, mas não àquelas realizadas nos grupos operativos do Centro de Saúde, preferindo-se as leituras. A justificativa para essa preferência consistiu na dificuldade em conciliar as atividades cotidianas com o horário em que acontecia o grupo, o que não ocorria em relação a livros e revistas, os quais podiam ser lidos no horário que melhor lhes conviessem e em variados lugares. Já a consulta de pré-natal foi vista como um momento propício para a construção de conhecimentos sobre a gestação, sendo freqüente a reivindicação por consultas mais prolongadas que permitissem o intercâmbio de conhecimentos, além de um atendimento mais humanizado.

“ Ah, eu acho que com o médico seria melhor que dava pra tirar as dúvidas, o livro também porque, às vezes, quando eu não pudesse vir, tava dando pra mim ler” . (E2)

“ Eu acho que um livro né. O livro você sai carregando ele pra onde você for, dentro do ônibus assim né” . (E3)

Não houve relatos de busca por informações referentes à saúde bucal durante a gestação, sendo encontrado desconhecimento por parte das entrevistadas sobre a possibilidade de aumento da suscetibilidade a doenças bucais durante esse período. A exceção consistiu na dúvida sobre a intervenção odontológica durante a gravidez, motivada pela necessidade de resolução de algum problema bucal.

Com relação aos cuidados com a saúde bucal do bebê, foi observado que algumas gestantes possuíam algum tipo de informação a esse respeito. Esse conhecimento se estabeleceu, usualmente, após a visita ao dentista de um de seus filhos ou de outra criança de sua rede social.

“ Em parte. Porque eu to sempre trazendo o meu afilhado aqui no posto, aí passei pelo dentista. Porque o cuidado começa não é só quando os dentinhos nascem, tem que ser antes,

sempre que mamar passar uma gazinha, uma fralda bem limpa com água e quando começar os dentinhos a nascer ta escovando sempre, não com o creme dental, acho que o creme dental é só depois de 5-6 anos, mas sempre ta passando um paninho limpo na boquinha dele”. (E1)

As entrevistadas não tinham a percepção de que a visita ao dentista durante a gravidez poderia ser um momento oportuno para aprendizagem sobre os cuidados com a saúde bucal do bebê. Segundo Walter et al. (1998), o ideal seria que a construção desses conhecimentos ocorresse o quanto antes, para que as medidas fossem iniciadas ainda nos seis primeiros meses de vida da criança para aumentar a probabilidade de prevenção da cárie na dentição primária. É importante salientar que esses momentos de educação não devem ser caracterizados pela transmissão de conhecimentos e prescrição de medidas e sim conduzidos através de uma troca, permitindo negociações, sendo necessário ainda que se avalie o contexto no qual a população está inserida para que se estabeleçam mecanismos de suporte para a concretização das práticas.

Considerações finais

Durante a gestação se estabelece um momento propício para a mudança de comportamento materno, havendo maior adesão às prescrições médicas para a saúde. A transformação é motivada pelo dever de cumprir o papel social de mãe e pela amenização do sentimento de culpa em decorrência de algum problema na criança. O mesmo não ocorre para os cuidados com a saúde bucal, e isto não é uma questão de necessidade de valorização da saúde bucal pelas entrevistadas, visto que é considerada necessária à obtenção de bem-estar e realização das atividades cotidianas, dois aspectos concebidos como essenciais. O que favorece essa falta de adesão é a percepção de que a atenção odontológica durante a gravidez causa prejuízo ao bebê, o que refuta os dois estímulos descritos acima para a mudança de comportamento. Além disso, não vêem como sua saúde bucal poderia influenciar a saúde do bebê em desenvolvimento. Como focalizam os cuidados de saúde que possam favorecer o bebê, os relativos a saúde bucal ficam em segundo plano, ratificando a concepção de renúncia e sacrifício - corpo materno destinado a atender as necessidades do infante. Esta posição pode ser exemplificada ao observarmos que o argumento de que a saúde bucal materna pode causar cárie no bebê motiva até a busca por tratamento odontológico, a conduta mais rejeitada entre as medidas recomendadas pelos dentistas.

O discurso científico focalizado nos aspectos que envolvem a criança e caracterizado pela responsabilização e culpabilização maternas é reducionista, castiga e deprime a mulher. Focaliza o indivíduo e não suas circunstâncias, mascarando os inúmeros determinantes que envolvem o ato de cuidar. A responsabilização única é mais fácil de ser trabalhada do que a

modificação dos graves problemas estruturais que existem no país, ainda mais quando a vontade política para resolver essas questões é incipiente.

Já é tempo de se estabelecer novas estratégias de abordagem à mulher de modo que não seja concebida apenas como mãe nutriz - um corpo para o desenvolvimento da criança - responsável pelo êxito da concepção e culpada pelos agravos que possam surgir durante esse percurso. É necessário um olhar mais abrangente, no qual a mulher seja percebida em toda sua integralidade e como um ser que também precisa de cuidados e apoio, propiciando um acolhimento as suas ansiedades, queixas e temores.

Referências bibliográficas

- 1- ABREU, M.H.N.G.; PORDEUS, I.A.; MODENA, C.M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.
- 2- ALBUQUERQUE, O.M.R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do programa saúde da família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.20, n.3, p.789-796, 2004.
- 3- ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, v.8, n.5, p.119-124,2004.
- 4- BERND, B et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate*, v. 34, p. 33-39, 1992.
- 5- . Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Brasília, 1998.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população brasileira. Brasília, 2004.
- 8- CALVASINA, P.G.; NATIONS, M.K.; JORGE, M.S.B.; SAMPAIO, H.A.C. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v.3, n.2, p.371-380, 2007.
- 9- CASARETTO, H.C.; DRICAS, D.; MAYOCCHI, K. Circuitos de infectividad bucal entre madre-hijo. Estudio sobre información materna Y disposición al cambio. *RAOA*, v.91, n.4, p.305-310, 2003.
- 10- COSTA, I.C.C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A.S.P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. *RPG*, v. 9, n. 3, p. 232-243, 2002.
- 11- DELFINO, M.R.; PATRÍCIO, Z.M.; MARTINS, A.S.; SILVÉRIO, M.R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Cienc Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.1057-1066, 2004.

12- FRITSCHER, A.M.G.; ARAÚJO, D.F.; FIGUEIREDO, M.C. Avaliação comparativa dos índices de cárie, placa visível e sangramento gengival de 50 pares mãe-filho. JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v.1, n.4, p.34-42, 1998.

13- GUIMARÃES, A.O.; COSTA, I.C.C.; OLIVEIRA, A.L.S. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v. 6, n. 29, p. 83-86, 2003.

14- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999, 269p.

15- MOURA SMSR, ARAÚJO MF. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no programa mãe canguru. Psicologia em Estudo, v10, n1, p37-46, 2005.

16- NAKANO MAS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. Cad Saúde Pública, v19(sup.2), ps355-s363, 2003.

17- PBH – PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br>>. Acesso em: 02 jul. 2006.

18- SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad. Saúde Pública, v. 9, n. 3, p 300-308, jul/set, 1993.

19- WALTER, L.R.F., NAKAMA, R. Prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês – Parte I. JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v. 1, n. 3, p. 91-100, 1998.

4.3. : “Prevenção e Promoção de saúde: o pensar e agir de usuárias da Estratégia de Saúde da Família”

Prevenção e Promoção de saúde: o pensar e agir de usuárias da Estratégia de Saúde da Família

Health Promotion and disease prevention: perceptions of health family unit users.

Figueira, TR; Ferreira, EF; Schall, VT; Modena, CM

Resumo

Objetivo: analisar a percepção e a participação de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família do município de Belo Horizonte-MG em relação à prevenção e promoção de saúde. Métodos: estudo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Foram entrevistadas 20 usuárias de uma Unidade de Saúde da Família de Belo Horizonte, Brasil. Os dados coletados foram trabalhados através da técnica de análise de conteúdo. Resultados: foram encontrados conceito de prevenção ancorado na teoria de Leavell & Clarck; promoção de saúde como um nível de prevenção, associada à responsabilização individual e ao conceito

positivo de saúde; prática orientada pelo conceito positivo de saúde, prazer, interferências no cotidiano, força de vontade e valor conferido à vida. Conclusão: necessidade de desenvolvimento de novas estratégias que permitam abordagens mais amplas sobre o processo saúde-doença, traduzindo os princípios contemporâneos da promoção de saúde.

Descritores: promoção de saúde, prevenção de doenças, pesquisa qualitativa

Abstract

Objective: analyze the perception of health family unit users related to health promotion and disease prevention. Methods: it is an exploratory, descriptive and qualitative study. Twenty women from Belo Horizonte city, Brazil, were interviewed. Data analysis was conducted by content analysis technical. Results: the concept of prevention was influenced by the Leavel & Clark theory; health promotion was understood as a preventive level and was associated with individual responsibility and the concept of positive health; practice was influenced by the concept of positive health, pleasure, changes in the routine, strength of will and the value given to life. Conclusions: it is necessary the development of new strategies for broader approaches on the health-disease process, reflecting the modern principles of health promotion.

Descriptor: health promotion, disease prevention, qualitative research.

Introdução

A prevenção de doenças foi definida por Leavell & Clark (1976) como uma “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”. As intervenções preventivas teriam, então, o objetivo de evitar agravos específicos (prevenção primária), de promover a cura, limitando-se os danos (prevenção secundária), e de reabilitar o indivíduo (prevenção terciária).

O conceito de promoção da saúde aparece como um dos componentes da prevenção primária, significando um conjunto de medidas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar geral, com enfoque no indivíduo, seu ambiente físico e estilo de vida (Buss, 2000). Os programas de promoção de saúde baseados nessa concepção utilizam a lógica da racionalidade individual, a qual considera que o indivíduo devidamente informado será capaz de escolher, entre muitas opções de ações, aquela que não lhe trará danos ou que contribuirá para obtenção de um estado ótimo de saúde (Deslandes et al., 2002).

Embora a promoção de saúde tenha sido inicialmente usada para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, seu significado tem mudado ao longo do tempo, tornando-se mais amplo e abrangente, sendo identificada como um conjunto de estratégias que envolvem um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de atenção (Marcondes, 2004), acarretando uma intervenção multi e intersetorial (Buss, 2000).

Não se constituiu em um nível específico de atenção, não se situa em ações anteriores à prevenção, nem responsabiliza exclusivamente o indivíduo por seu estado e comportamentos para a saúde (Marcomdes, 2004).

O Ministério da Saúde tem procurado ampliar e qualificar as ações de prevenção e promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde ao estabelecer diretrizes e estratégias de organização através da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006b) e da Política Nacional de Promoção de Saúde Brasil, 2006c). A primeira propõe a organização da atenção básica a partir da Estratégia da Saúde da Família, permitindo a reorientação do modelo biomédico, centrado na doença e no profissional para um modelo com enfoque na proteção e promoção de saúde, na valorização dos diferentes saberes e criação de co-responsabilidades entre usuários, profissionais e gestores (Brasil, 2006b).

A Política Nacional de Promoção de Saúde estabelece como operacionalizar a promoção de saúde, propondo a articulação entre sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, para compor redes de compromisso quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Recomenda que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, envolvendo as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o espaço para além das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham (Brasil, 2006c).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar a percepção e a prática de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família do município de Belo Horizonte-MG em relação à prevenção e promoção de saúde.

Métodos

O presente estudo é do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido num Centro de Saúde de Belo Horizonte -MG, responsável pelo atendimento de uma população de alto índice de vulnerabilidade social (IVS). O IVS considera vários componentes como acesso à moradia, à infra-estrutura, à escolaridade, ao trabalho, à renda, à assistência aos serviços de saúde, à garantia de segurança alimentar e à previdência social (PBH, 2006).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada (Minayo, 1999). O roteiro englobou questões relativas à percepção sobre o processo saúde-doença e sobre a prevenção e promoção de saúde. As entrevistas foram realizadas em um

consultório da unidade básica de saúde com 20 mulheres que aceitaram participar do estudo voluntariamente. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e tiveram uma duração média de 45 minutos. O trabalho de campo foi finalizado quando a recorrência dos dados atingiu um ponto de saturação, sendo possível identificar padrões simbólicos, práticas e categorias de análise (Minayo, 1999).

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (Minayo, 1999). Num primeiro momento, realizamos a leitura flutuante das entrevistas, depois organizamos o material, definindo as unidades de registro e de contexto. Terminada esta fase, definimos as categorias de análise de modo que permitissem agrupar as unidades de registro e contexto com características em comum ou que se relacionavam entre si. Então, seguimos para a interpretação dos dados, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que foi manifesto (Minayo, 1999).

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Resultados

As categorias de análise identificadas foram: conceitos e medidas de prevenção; promoção de saúde: encontro do antigo com o contemporâneo; fatores motivadores e inibidores das práticas de promoção e prevenção e centro de saúde como referência para prevenção.

Conceitos e medidas de prevenção

Prevenção significa para as entrevistadas a realização de cuidados que evitem o aparecimento, progressão ou agravamento de alguma doença ou a ocorrência de gravidez. Esta concepção de prevenção mostra traços do modelo da história natural da doença desenvolvido por Leavell & Clark (1976), em que a ação preventiva é situada em duas fases: uma, pré-patogênica (promoção de saúde e proteção específica), na qual hospedeiro, agente patogênico e o meio encontram-se em equilíbrio e, outra, patogênica (diagnóstico e tratamento precoce, limitação dos danos e reabilitação), quando a doença já se encontra instalada. Contudo, neste primeiro momento, os relatos trazem somente o enfoque da proteção específica, diagnóstico e tratamento precoces e limitação dos danos.

“Prevenção é você ter consciência das coisas que você pode evitar antes que elas aconteçam, como lidar com isso antes e depois entendeu, saber lidar com a situação...lá em casa a gente faz tudo pra prevenir dengue, por exemplo, mas caso aconteça, a gente já sabe os sintomas, o que é, os remédios que você não pode tomar, que pode complicar mais o quadro”. (E16)

Em alguns relatos é possível perceber a compreensão do termo prevenção como sinônimo de exame ginecológico preventivo. Esta interpretação pode ser devida à similaridade morfológica entre as palavras prevenção e preventivo e também por algumas usuárias articularem prevenção à utilização de tecnologia médica e o exame ginecológico representar para elas a principal referência de exame diagnóstico realizado na Unidade Básica de Saúde.

“Ah, eu queria saber o que que é isso, porque minhas amigas falam, vou fazer prevenção, vou fazer prevenção, eu queria saber o que que é isso, a gente só ouve falar, mas saber o que é, eu não sei. A minha amiga falou só que é aquele negócio do útero, sei lá, acho que eles olham o útero lá, limpam o útero, só isso.” (E11)

A doença mais freqüentemente relatada como alvo de prevenção foi o câncer de colo de útero e a medida preventiva recomendada e adotada pela maior parte das usuárias consistiu na realização do exame ginecológico para diagnóstico precoce do agravo. A recorrência de citações sobre o câncer uterino pode ser decorrente do medo, perceptível nas falas, de desenvolver uma patologia representada por suas conseqüências trágicas como a iminência da morte, discriminação e rejeição social e perda de produtividade (Oliveira & Pinto, 2007). Além disso, a realização do exame Papanicolaou (popularmente chamado de exame preventivo) consiste numa das principais metas das políticas de saúde direcionadas à mulher, estando presente nas diretrizes do Pacto pela saúde-Consolidação do SUS (Brasil, 2006a) e da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006b). Essa priorização estimula a realização de campanhas educativas e a captação ativa das mulheres pelos centros de saúde para a consulta ginecológica, propiciando a vivência da prevenção e a incorporação do discurso médico.

Apesar da evidente preocupação dessas mulheres em relação ao câncer uterino, parece que o seu conhecimento está restrito ao exame diagnóstico, não havendo relatos sobre cuidados para se evitar a infecção pelos papilomavírus humanos (HPV), seu principal agente etiológico.

“Ah! Eu acho assim, (prevenção) é doença no colo do útero, é como, é, aquela outra, como é que fala, é, câncer né, também, é, eu me preocupo mais com isso mesmo. Prevenir ah..., daí tem que ta sempre olhando né, sempre vindo no médico.” (E3)

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) foram citadas de forma genérica, sem especificação de cada uma delas, com exceção para a AIDS. Este fato sugere uma lacuna de conhecimento dessas mulheres em relação às DSTs, as quais utilizam a presente sigla para se referirem a um conjunto de doenças que elas não sabem nem nomear. Assim, as DSTs tornam-se algo abstrato e enquanto abstração pertencem ao campo das idéias, do imaginário e

não das ações e da realidade. As próprias campanhas educativas reforçam esta generalização ao serem intituladas DST/AIDS e enfatizarem questões relativas à segunda. Deslandes et al. (2002) também verificaram uma dificuldade por parte de seus entrevistados de nomearem outra doença além da AIDS, só que em relação às doenças transmitidas por via sanguínea.

As medidas recomendadas para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis foram o uso de preservativo durante as relações sexuais e possuir um parceiro fixo. No estudo de Deslandes et al. (2002) apareceu, além desses cuidados, o não compartilhamento de agulhas entre usuários de drogas, os quais constituíam seu objeto de investigação. Isto indica que as vivências cotidianas e a percepção do risco à doença ajudam a direcionar aquilo que será incorporado do discurso científico. A camisinha também foi apontada pelas entrevistadas como método anti-concepcional, assim como a pílula e o dispositivo intra-uterino (DIU).

“ Ah, porque eu acho que tem que cuidar, porque todo mundo tem que se prevenir, assim né, nessa espécie da AIDS tem que prevenir, porque senão... usar camisinha, que doença ta solto né, ainda mais essas meninas novinhas que engravidam, não quer o filho, vão tirar.” (E5)

Outra questão que apareceu nos relatos como uma fonte de preocupação para algumas entrevistadas foi a dengue, sendo recomendada a limpeza ambiental para se evitar a doença.

“ ...esse negócio da dengue aí, eu morro de medo, lá no meu serviço duas pessoas já tiveram, às vezes, como eles falam, a dengue é na sua casa né, é no seu vizinho, que às vezes pode colocar os ovos nas águas, aí a gente ajuda, nós limpamos o quintal, tiramos as garrafas, não tem essas coisas esparramadas, lixo essas coisas...” (E16)

A comunidade na época da coleta dos dados estava participando de uma campanha educativa sobre dengue em que houve distribuição de panfletos explicativos, sacos de lixo e a recomendação para as equipes de saúde da família enfatizarem seus mecanismos de prevenção em qualquer contato com os usuários. Apesar disso, a dengue e seus meios preventivos foram menos citados do que patologias como o câncer de colo de útero, as DSTs e as medidas relacionadas à promoção de saúde. Chiaravalloti et al. (2002) e Lefèvre et al. (2004) verificaram em seus estudos uma saturação da população em relação às campanhas educativas centradas no repasse do conhecimento e ressaltaram que esse tipo de prática banaliza as medidas de prevenção, dificulta a receptividade dos usuários frente às mensagens educativas e reduz a rede de colaboradores na comunidade.

Promoção de saúde: encontro do antigo com o contemporâneo

A promoção de saúde surgiu nos relatos quando as entrevistadas foram questionadas sobre as medidas preventivas das quais possuíam conhecimento. Aquelas mais freqüentemente apontadas, com exceção do exame Papanicolau, eram relacionadas ao

fortalecimento da saúde e não ao combate de determinada doença. A adoção de uma alimentação equilibrada, a realização de exercícios físicos, evitar tabaco e álcool, ter higiene e lazer foram recomendadas pelas entrevistadas, principalmente, como medidas importantes para promover a saúde e o bem-estar.

A concepção de promoção de saúde apresentada pelas usuárias possuía características do conceito desenvolvido por Leavell & Clark (1976), mas incluía também características daquele divulgado pela Carta de Ottawa (Buss, 2000). Assim, da perspectiva mais conservadora, trouxe a noção de que representa um nível da prevenção e de que o estado e comportamento para saúde são de responsabilidade individual. Da abordagem contemporânea, defendida na Carta de Ottawa, aparece a visão positiva da saúde, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não, simplesmente, com ausência de doença. Nesse contexto, o foco das ações não se concentra em diminuir o risco de doenças, mas em alcançar, cada vez mais, melhores níveis de saúde (Buss, 2000; Marcondes, 2004).

“ Então eu vou procurar fazer mais caminhada, não vou vir mais pro posto de ônibus, venho a pé, volto a pé, pra tá melhorando a saúde...Pra mim a saúde começa através da alimentação mesmo e tendo cuidado também, como caminhada, exercício físico, dormir bem.” (E1)

A dificuldade de operacionalização de intervenções que abarquem a perspectiva mais ampliada de promoção de saúde, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais, pode ter contribuído para a mesclagem de conceitos antigos e modernos encontrados nos relatos das entrevistadas. As experiências existentes são dispersas, desarticuladas e, portanto, pouco visíveis (Sicoli & Nascimento, 2003), sendo escassas as metodologias avaliativas, as quais poderiam facilitar a sua divulgação e incorporação pelos serviços (Souza & Grundy, 2004). Como consequência, há o uso inadequado do termo promoção de saúde para designar programas com enfoque preventivo e individualista. Este uso inadequado faz com que prevenção e promoção de saúde se aproximem e o limite entre uma e outra se torne impreciso.

É importante ressaltar que o conceito positivo de saúde e a empatia em relação às práticas destinadas à saúde, demonstrados pelas usuárias, nos apontam para o desenvolvimento de novas estratégias de ação, cujo foco é a saúde e não a doença. Isto significa a necessidade de rever, por exemplo, a realização de grupos operativos, dentro da política de saúde da família, a partir da doença; significa uma mudança no discurso, enfatizando-se o que pode ser feito para melhorar, para aumentar o bem-estar e não para se evitar algo que tem, apenas, a possibilidade de ocorrer. Enquanto para a saúde há um movimento de busca, para a doença, muitas vezes, há fuga e a ação se caracteriza como um

movimento de reação, quando o agravo já está instalado e é reconhecido como um problema. Essa forma reativa de lidar com a doença gera dificuldades para a adesão à comportamentos ditos preventivos (Lefèvre et al., 2004).

Entrevistador: “ O que faz com que você siga uma recomendação do médico, uma medida dessas?” Entrevistada: “ Ah, eu acho que é a vontade de ficar com saú, que, de continuar com saúde.” (E13)

“ Eu não gosto nem de pensar em doença, deus me livre.” (E10)

Fatores motivadores e inibidores das práticas de promoção e prevenção

Dentre as medidas mencionadas, é possível perceber uma preocupação em tentar incluí-las no seu cotidiano, embora isso nem sempre seja possível, devido à carência financeira, falta de tempo, dificuldade em se obter atendimento, falta de estrutura de saneamento básico no aglomerado, falta de colaboração dos vizinhos na realização de medidas coletivas, desprazer que a adoção de algumas medidas acarreta.

“ É difícil, porque nem sempre a gente tem tudo, o que eles mandam a gente comer tem em casa, aí eu como, qualquer coisa que ta lá eu como. O que aparece lá eu to comendo.” (E13)

Apesar de reconhecerem vários obstáculos à adoção de medidas de promoção e prevenção, estes são minimizados pela compreensão de que o determinante para a realização do cuidado consiste na força de vontade e no valor que conferem à vida.

“ Se tiver força de vontade ué. Então, se colocar na cabeça, não, eu vou evitar gordura, evitar sal, evitar doce, se colocar na cabeça que tem que prevenir pra saúde não só do corpo, mas também pra da mente, da boca, é fácil prevenir sim.” (E1)

“ Eu acho que tem gente que é, acha ah, porque se eu não fazer isso eu vou morrer do mesmo jeito, então eu acho que é mais ignorância da pessoa né...” (E10)

Segundo Oliveira & Valla (2001), os governos delegam à população a responsabilidade pela promoção e prevenção ao trabalharem com medidas restritas ao comportamento individual. Como consequência deste tipo de abordagem há a culpabilização dos indivíduos em relação aos seus estados de saúde, além do mascaramento dos determinantes socio-político-econômicos e da desresponsabilização dos governos, dos formuladores de políticas e dos profissionais de saúde (Cerqueira, apud, Sicoli & Nascimento, 1997).

Diante de ambientes não favoráveis à saúde, como é o caso do aglomerado próximo ao centro de saúde, a responsabilização individual e a culpa decorrente de não conseguir adotar o estilo de vida prescrito originam um sentimento de fraqueza, de incapacidade, com consequente diminuição da auto-estima. Sentindo-se desvalorizadas, as pessoas não

conseguem reagir frente aos seus problemas e passam à passividade, determinando um ciclo no qual eu sou responsável, mas eu não sou capaz, dificultando o processo de transformação.

“ Se a gente tiver força de vontade, a gente pára também né de fumar, porque tem umas pessoas que, eu sou fraca nesse ponto, qualquer dificuldade que eu passo eu fico estressada dentro de casa com os meninos, se eu tenho meu vício de cigarro, primeira coisa que eu, me relaxa, eu pego o cigarro, fumo e relaxo.” (E6)

Algumas medidas foram consideradas mais fáceis de serem seguidas do que outras, dependendo do tempo em que a pessoa possui determinado hábito e das perdas que o novo comportamento poderia acarretar em sua vida, como interferências na rotina e perda de prazer. O prazer adquiriu posição central durante a avaliação da possibilidade de adesão de determinada conduta. É importante ressaltar que, geralmente, para estas em populações o prazer e o lazer são usualmente representados pelo consumo de comidas gordurosas ou doces, de cigarro e de álcool, comportamentos proibidos pelas instituições de saúde. Este fato nos remete à necessidade de trocarmos a imposição pela negociação e apoio aos indivíduos, de demonstrar que a realização de determinadas ações também pode gerar prazer e bem-estar e, principalmente, de ofertar novas formas de lazer e prazer como a criação de espaços de convivência, esporte e cultura.

“ Ah, pra que tem o hábito de fazer sempre, eu acho que é difícil, agora pra quem não tem, eu acho que é fácil aprender e fazer as coisas.” (E3)

“ Ah, o doce você tenta, mas não consegue, porque é muito gostoso.” (E18)

Posto de saúde como referência para a prevenção

O posto de saúde é concebido como um ambiente destinado à resolução de algum problema já instalado, as exceções consistem no acompanhamento ginecológico, como uma forma de obter diagnóstico precoce, na vacinação e na oportunidade de aprendizado, seja através de palestras, de cartazes ou das recomendações médicas para se ter uma saúde melhor.

“ Minha filha às vezes adocece, às vezes qualquer coisa assim, eu levo ela no posto. Mesmo eu, quando to sentindo alguma dor, com essa gravidez agora, sinto muita dor perto da barriga assim, enfim essas dores, então eu venho sempre ao posto. Venho trazer minhas filhas pra vacinar, agora eu não to trazendo porque a vacinação agora é só com 5 anos” (E17)

A partir das falas das usuárias é possível perceber que a reorientação do modelo assistencial ocorre de maneira lenta, de forma que as ações de promoção e prevenção ficam restritas às campanhas educativas, influenciadas pela abordagem tradicional da educação em saúde, e a procedimentos considerados prioritários pelo ministério da saúde, como vacinação

e exame Papanicolau, os quais têm sua realização vinculada ao repasse do piso de atenção básica para o município.

Considerações finais

O discurso das entrevistadas sobre prevenção de doenças e promoção de saúde mostrou-se marcado por concepções tradicionais, as quais se mantêm presentes na prática médica até os dias atuais. Contudo, houve a incorporação do conceito positivo de saúde que aliado ao fator prazer e à força de vontade atuaram como principais influenciadores do comportamento. A ação, na maioria das vezes, teve como foco a saúde e o bem-estar e não a doença, a qual constitui o alvo do discurso oficial. Esta lógica aponta a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias que permitam abordagens mais amplas sobre o processo saúde-doença, traduzindo os princípios modernos da promoção de saúde.

A reorientação das práticas tradicionais é premente e para isso são necessários investimentos em infra-estrutura, recursos humanos e em pesquisas direcionadas à promoção, as quais identifiquem intervenções e criem metodologias avaliativas para verificação de seus limites e potencialidades.

Referências bibliográficas

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde 2006-Consolidação do SUS. Brasília, 2006a.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, 2006b.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, 2006c.
- 4- BUSS, P.M. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.163-177, 2000.
- 5- CERQUEIRA M T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48 apud Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.91-112,2003.
- 6- CHIARAVALLLOTI, V.B. et al. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.18, n.5, p.1321-1329, 2002.
- 7- DESLANDES, S.F.; MENDONÇA, E.A.; CAIAFFA, W.T.; DONED, A. D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad Saúde Pública*, v.18, n.1, p.141-151, 2002.
- 8- LEAVELL, S.; CLARCK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill;1976.

9- LEFÈVRE F, LEFÈVRE AMC, SCANDAR SAS, YASSUMARO S. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. Rev. Saúde Pública, v38,n3,p 405-414,2004.

10- MARCONDES WB. A convergência de referências na promoção de saúde. Saúde e Sociedade, v13,n1, p.5-13,2004.

11- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999, 269p.

12- OLIVEIRA MM, PINTO IC. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na Estratégia saúde da Família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Mater n Infant, v7, n1,p31-38,2007.

13- OLIVEIRA RM, VALLA VV. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. Cad. Saúde Pública v17(suplemento),p77-88,2001.

14- PBH – PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br>>. Acesso em: 02 jul. 2006.

15- SÍCOLI JL, NASCIMENTO PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface_Comunic, Saúde, Educ,v7,n12,p:101-22,2003.

16- SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção de saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad Saúde Pública, v.20,n5,p1354-1360,2004.

4.4- Protótipo de material educativo.

Protótipo a ser avaliado junto à população do estudo.

Taís Rocha Figueira
Virgínia Torres Schall
Celina Maria Modena

Gestante

Questões sobre Saúde, Maternidade e Cidadania

Belo Horizonte
2008



Copyright © 2008 by Taís Rocha Figueira e outras
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação para
qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos autores.

PROJETO GRÁFICO
Carlos Jorge

ILUSTRAÇÕES
Carlos Jorge

FOTOGRAFIAS
Érika Portugal
Breno Pataro
Taís Rocha Figueira

REVISÃO DAS PROVAS
Taís Rocha Figueira

2008

Distribuição e informações:
Centro de Pesquisas René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde
Av. Augusto de Lima, 1715, Barro Preto
CEP: 30190-002, Belo Horizonte - MG
Telefone: (0xx31)3349-7741

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães/CRB6 1975

F475g 2008	<p>Figueira, Taís Rocha.</p> <p>Gestante: questões sobre saúde, maternidade e cidadania / Taís Rocha Figueira (Autora), Virgínia Torres Schall e Celina Maria Modena (Co-autoras). - Belo Horizonte, 2008.</p> <p>iii, 28 p.: il.; 260 x 200 mm. Bibliografia: p. 26</p> <p>ISBN: 978-85-99016-06-0 1. Gestantes 2. Saúde 3. Saúde Bucal 4. Direitos da Mulher I. Título. II. Schall, Virgínia Torres (Co-autora). III. Modena, Celina Maria (Co-autora)</p> <p>CDD – 22. ed. – 617.601</p>
---------------	---

Este livro foi produzido para vocês, mulheres gestantes, que vivem uma experiência nova a cada dia e, por isso, apresentam várias dúvidas e receios. Procuramos falar sobre algumas questões que envolvem a saúde, a maternidade e a cidadania. Assim, fizemos um capítulo que fala tudo sobre como algumas comunidades de Belo Horizonte estão se organizando e junto com governo e outras instituições estão conseguindo melhorar o local em que vivem e também a saúde. Você vai entender que história é essa de placa bacteriana e como ela age para produzir a cárie, as doenças da gengiva e o mau hálito. Duas mulheres relatam o que acham sobre o ditado popular “Ser mãe é padecer no paraíso”, _ você concorda ou discorda dessa afirmação? Tem ainda as dúvidas que mais inquietam as gestantes, os alimentos que a gente nem imagina que possuem açúcar, os cuidados com a boquinha do bebê, os direitos das gestantes e receitas deliciosas feitas com beterraba.

FIQUE POR DENTRO

- 04 COISAS DE MULHER
- 06 PERGUNTE AO DOUTOR
- 08 FÓRUM
- 09 TESTE
- 11 QUESTÃO DE DIREITO
- 13 GESTÃO COMPARTILHADA
- 16 PLANEJAMENTO FAMILIAR
- 20 O INIMIGO OCULTO
- 21 O QUE DÁ NA BOCA ?
- 22 CUIDANDO DO BEBÊ
- 25 CULINÁRIA

LINDÍSSIMA

sabe como continuar bonita e atraente durante a gravidez? Cuidando-se! Dê uma olhada nessas dicas e arrase!

Cabelos

Se você tem o costume de tingir seus cabelos e está grávida, isto não significa que terá de passar os nove meses com cabelos brancos ou manchados. É bem verdade que as tinturas contendo benzeno e amônia devem ser evitadas, pois estas substâncias são absorvidas pelo couro cabeludo.

Assim, as alternativas existentes são a hena, um tipo de tintura natural, ou então, o uso de tintura através de uma técnica em que não haja contato com o couro cabeludo tais como as luzes, reflexos e balaiages.



Estrias

A distensão da pele, causada pelo crescimento do bebê, pode gerar o aparecimento de estrias. Para amenizar seu surgimento alguns cuidados podem ser realizados: hidratar a pele com uso de cremes ou óleo de amêndoas, tomar banhos rápidos e mornos com sabonete neutro, tomar bastante água, fazer exercícios físicos, usar sutiã firme e faixas de sustentação para a barriga.





Peso

A grávida deve comer para dois e não por dois. Uma alimentação equilibrada além de evitar o excesso de peso, diminui o cansaço, as náuseas e a prisão de ventre. Assim, alimentos como arroz, feijão, leite, verduras, legumes, frutas, carnes, ovos devem fazer parte do cardápio. Procure trocar guloseimas como biscoitos e refrigerantes por frutas e sucos. Os exercícios físicos também podem ajudar, sendo recomendadas as caminhadas, dança, alongamento, natação.

Manchas

A placenta produz um hormônio que estimula o escurecimento da pele quando há contato com o sol, produzindo as manchas da gravidez. Assim antes de sair de casa, lembre-se de usar filtro solar com fator de proteção 30 ou maior. Mas, se mesmo com este cuidado as manchas aparecerem, é possível clareá-las depois do parto com a ajuda de um médico.



Varizes

A circulação do sangue é afetada durante a gestação, favorecendo o aparecimento das varizes. Por isso, procure tomar alguns cuidados que vão melhorar a sua circulação, como não ficar muito tempo em pé; descansar quando sentir as pernas pesadas, levantando elas um pouco em relação ao resto do corpo; usar sapatos de salto baixo, caminhar a um passo moderado; e usar meias de compressão de acordo com a recomendação médica.





Estou grávida e uma amiga me falou que a **cárie** passa da **mãe** para o **filho**. como acontece isso? é dentro da barriga?

A cárie é uma doença infecciosa, ou seja, ela é causada por bactérias. Essas bactérias estão presentes na boca de quase todo mundo e pegamos elas logo depois que nossos dentes de leite nascem, através do contato com a saliva de nossas mães. Esses contatos ocorrem através do uso do mesmo talher, do beijo na boca ou nas mãos, quando se prova ou assopra os alimentos.

É importante saber que ter a bactéria na boca não significa que seu bebê terá cárie, outros fatores têm que estar presentes para que a cárie apareça, como a falta de higiene e comer várias vezes ao dia alimentos que tenham açúcar.

O açúcar e a falta de higiene permitem que as bactérias causadoras da cárie se multipliquem, atingindo uma quantidade suficiente para provocar a doença. Mas não desanime só porque é difícil impedir

que o seu bebê se contamine com essas bactérias! A boa notícia é que temos como reduzir a sua quantidade a um número bem pequenininho, de modo que elas não causem problema. Como fazer isso? Tendo uma alimentação equilibrada, evitando as guloseimas, e realizando a higiene dos dentes assim que aparecerem na boca. O flúor também é um grande aliado. Converse com seu dentista, ele poderá te dar ótimas dicas. Enfim, podemos dizer que as bactérias são transmitidas de mãe para filho, e não a cárie.

Tomei um **analgésico** (paracetamol) para dor de cabeça por conta própria, só que estou **grávida**. Existe algum risco do meu **bebê** nascer com problema por causa do remédio que eu tomei?

A auto-medicação deve ser evitada, principalmente durante a gestação, quando alguns medicamentos são proibidos ou usados com cautela pela possibilidade de causar má formação do feto e complicações à gravidez. Você fez uso de Paracetamol, o analgésico recomendado para as gestantes por ser considerado um medicamento seguro, não acarretando problemas para a gestação e para o bebê. O uso de antiinflamatórios, tais como aspirina e diclofenaco de sódio ou potássio, não é recomendado. Quando sentir qualquer mal-estar procure o seu médico ou um serviço de urgência, assim terá a segurança do uso correto de um medicamento, reduzindo riscos para você e para o bebê.

Posso ir ao **dentista** estando **grávida**? Uns dizem que sim outros dizem que não. O que devo fazer?

O tratamento odontológico pode ser realizado durante a gestação.

Apesar de não existir meses proibidos para consultar o dentista, o ideal seria procurá-lo no segundo trimestre da gravidez (4º, 5º e 6º meses), por ser um período de maior estabilidade. Nesse momento, será avaliada a sua saúde bucal e se necessário será indicado algum tratamento. Você também receberá informações importantes sobre como cuidar da sua saúde bucal e do seu bebê. Em caso de urgência, qualquer época é oportuna. Você não deverá ficar adiando a consulta, pois complicações poderão surgir. Alguns cuidados devem ser observados durante o tratamento como: a escolha do anestésico adequado, uso de equipamentos de proteção para realização do raio x, uso criterioso de medicamentos e o contato entre o dentista e o seu médico.

Estou grávida de cinco meses. Às vezes durmo de lado, mas me sinto melhor com a barriga para baixo. Existem posições que podem não fazer bem ao bebê?

Com o aumento da barriga e da sensibilidade dos seios, dormir com a barriga para baixo logo te causará incômodos e você irá procurar um novo jeito para dormir.

A posição ideal é dormir de lado, para a esquerda, com um travesseiro entre as pernas.

Esta posição facilita o fluxo de sangue e de nutrientes para o bebê e estimula a função dos rins. Deitar do lado direito faz com que o útero pressione a veia cava inferior, responsável pelo retorno do sangue da parte inferior do corpo para o coração, prejudicando a circulação. Dormir de barriga para cima poderá ser confortável, contudo você estará colocando todo o peso do útero grávido sobre as costas, intestinos e a veia cava inferior. Com isso, po-

derá ocorrer o surgimento de dores nas costas e hemorróidas, dificuldades na digestão, na respiração e na circulação e até queda da pressão arterial.

É difícil permanecer durante toda a noite dormindo numa mesma posição, e não se preocupe se acordar deitada de barriga para baixo ou de costas, apenas volte a deitar-se de lado.

Durante a gravidez, minha irmã teve sangramento na gengiva. A gravidez pode causar problemas na boca, enfraquecimento dos dentes?

R. Durante a gravidez, a mulher passa por alterações hormonais que podem facilitar o aparecimento ou agravamento de inflamações na gengiva. Assim, podem surgir sangramento, inchaço, vermelhidão, mobilidade dos dentes e até perda do osso que prende o dente. O aparecimento de qualquer uma dessas alterações indica que se deve consultar o dentista. Em relação aos dentes, é importante esclarecer que a gravidez não causa seu enfraquecimento, não há nenhum mecanismo que faça com que o cálcio dos dentes da mãe seja retirado e enviado ao feto. O que pode acontecer é um aumento do risco à cárie pelo fato da mulher grávida modificar seus hábitos alimentares, passa a comer várias vezes ao dia e a apresentar maior preferência por alimentos doces. Alimentos que contêm açúcar não estão proibidos, mas devem ser consumidos com moderação. Procure trocar as guloseimas por frutas, legumes, verduras. Além de ajudar a prevenir a cárie, uma alimentação saudável contribuirá para seu bem-estar e para o desenvolvimento do seu bebê. Uma adequada higiene bucal também é importante para prevenir as doenças bucais.

FÓRUM

Pra você, “Ser mãe é padecer no paraíso?”

Wanda, 28 anos

Ser mãe é uma experiência incrível, muito boa. Muda tudo né, até a forma de pensar da gente muda. Antes eu tinha uma atitude muito moleca, depois passei a pensar com mais firmeza. Pensei “eu já sou mãe”. É uma sensação mais gostosa, de mais responsabilidade também. Coisas que eu fazia antes, deixei de fazer, que nem sair, beber com os amigos, ir pra festas, agora fico mais em casa. O tempo é curto e quando tenho uma folga do trabalho me divido entre os serviços de casa e estar com os meninos. Mas tem dia que eu largo tudo, largo minhas roupas, largo a faxina. O meu marido endoida, ele fala “não vai cuidar da casa não?”, “vou nada! To brincando com meus meninos agora”. É muita coisa pra fazer, então sempre alguma coisa fica de lado e isso me causa uma sensação ruim, como se não desse conta do recado. Às vezes tento ser mais tolerante comigo mesma, porque a gente enquanto mulher se cobra muito, ta sempre achando que não está fazendo alguma coisa certa, que a gente não alcançou a perfeição como mãe e aí a gente se cobra o tempo todo e permite que os outros cobrem da gente também. Porque querendo ou não, quem é responsável pela saúde do filho é a mãe, se acontecer alguma coisa, a culpa cairá na mãe. Com isso, eu evito muito sair da linha, porque não posso ter mais uma vida, assim, de preocupar só mais comigo do que com os outros. Mas,

apesar de tudo, uma coisa eu tenho que dizer: “ser mãe é a melhor coisa do mundo”.

Clara, 32 anos

Ser mãe foi uma opção que escolhi e fiquei muito feliz quando finalmente me tornei uma. Mas eu não encaro a maternidade como sacrificio e renúncia, prefiro ficar só com a parte boa, só com o paraíso. Não concordo com essa idéia de que diversão, cerveja com amigos, acesso à cultura é tempo roubado do filho. São coisas importantes para mim, me fazem feliz e eu acho que quanto mais eu estiver bem comigo mesma, melhor vai ser a minha relação com meu filho. Assim, tento criar estratégias para conciliar todas as minhas 1001 utilidades. Por exemplo, quando estou com uma resaca pós-balada procuro acolher meus filhos na cama e ficar o máximo de tempo possível lá. É melhor do que ficar brincando de pega-pega com a cabeça rodando. E as crianças também gostam. O meu marido também me ajuda, assim eu tenho umas horas do dia liberadas para mim. Não me acho irresponsável, porque se assumo que vou fazer uma coisa, eu faço, como levar os meninos na escola, dar banho, levar no médico, mesmo que isso implique em desmarcar algum outro compromisso meu. Então, para que não haja prejuízo nas minhas funções de mãe e mulher, eu tento organizar a minha rotina e assim não me sinto sufocada, nem culpada.

Bebê no alvo da cárie



Faça o teste e verifique se você está bem informada sobre os cuidados com a saúde bucal dos pequeninos!

1- Como você pretende preparar o leite, suco ou chás que dará ao seu bebê?

- A) Vou dar puro, ao natural.
- B) Vou adoçar com mel ou açúcar mascavo.
- C) Vou adoçar com açúcar, achocolatado ou farinhas.

2 - Depois dos 6 meses de vida o número das mamadas devem ser reduzidos e outros alimentos introduzidos na dieta do bebê. Com relação ao risco de cárie, é importante que esta redução seja feita quando?

- A) No período do dia (manhã/tarde)
- B) No período da noite (noite/madrugada)

3 - Quando a criança deve consultar o dentista pela primeira vez?

- A) Quando surgir algum problema.
- B) Só depois dos 3 ou 4 anos de idade.
- C) Assim que os dentes nascerem.

4 - Quando devemos limpar os dentes do bebê?

- A) Quando estiverem sujos
- B) 1 vez ao dia
- C) Quando mamar ou comer

RESULTADO

Confira

quantos pontos

voce fez

usando a tabela abaixo!



Questão 1	Questão 2	Questão 3	Questão 4
A- 0 ponto	A- 2 pontos	A- 3 ponto	A- 4 pontos
B- 1 ponto	B- 0 ponto	B- 3 pontos	B- 4 pontos
C-1 ponto	-	C- 0 pontos	C- o ponto

Agora some os pontos que
você fez em cada questão.

Total de pontos:

0 Ponto:

Parabéns! Você possui um bom conhecimento sobre os cuidados que deverá ter com a saúde bucal do seu bebê. Aplicando esses conhecimentos, seu filho dificilmente terá cárie. Mas não se esqueça! Sempre podemos aprender mais. Não deixe de conversar com o dentista ou

pediatra sobre esse assunto.

1- 4 Pontos:

Você possui algum conhecimento sobre os cuidados com a saúde bucal de seu bebê, mas pode melhorar ainda mais! Procure o posto de saúde e aprenda tudo sobre como proteger o seu bebê das cáries. De-

pois é só colocar tudo em prática e dar muitas risadas!

5-10 Pontos:

Você está precisando aprender mais! Procure o posto de saúde! Lá você poderá obter informações e dicas importantes sobre como proteger o seu bebê das cáries. Não perca tempo!



Conheça os seus direitos! Só assim poderá fazer com que sejam respeitados!

A gestante tem direito....

- A caixas especiais ou atendimento prioritário em estabelecimentos.
- A fazer pelo menos seis consultas de pré-natal durante toda a gravidez, podendo solicitar ao serviço de saúde a presença de uma pessoa de sua confiança nas consultas.
- Ao Cartão da Gestante, o qual deverá conter todas as anotações sobre o estado de saúde, sobre o desenvolvimento da gestação e os resultados dos exames realizados.
- A uma Declaração de Comparecimento para justificar sua falta no trabalho sempre que for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame necessário ao acompanhamento de sua gravidez.
- A mudar de função no seu trabalho, caso o mesmo possa provocar problemas para a sua saúde ou do bebê, devendo apresentar no serviço um atestado médico comprovando que necessita da mudança de função.
- A estabilidade no emprego durante a gestação e até cinco meses após o parto, podendo ser demitida somente nos casos de justa causa.
- A licença-maternidade de 120 dias, com remuneração integral e benefícios legais, a partir do oitavo mês de gestação. O pedido do benefício pode ser feito faltando 28 dias para a data previsto do parto, porém, é aconselhável começar a tomar as providências necessárias, a partir do sétimo mês. Após a entrega dos documentos, o INSS tem 45 dias para pagar a primeira das quatro parcelas do salário maternidade.
- Ao parto. O parto é considerado uma urgência e o seu atendimento não pode ser recusado em nenhum hospital, maternidade ou casa de parto. Se a unidade de saúde não puder atendê-la naquele momento, os profissionais de saúde devem examinar você

antes de encaminhá-la para outro local. Você só poderá ser transferida se houver tempo suficiente para isso e depois de terem sido confirmadas a existência de vaga e a garantia de atendimento no outro estabelecimento de saúde.

- A ter um acompanhante, escolhido por você, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

bebê, até que este complete seis meses de vida.

- A realizar ligadura de trompas caso tenha mais de 25 anos ou mais de dois filhos. Mas a ligadura não poderá ser feita logo após o parto ou a cesárea, a não ser que você tenha algum problema grave de saúde ou tenha feito várias cesarianas. Antes de decidir pela ligadura de trompas, você tem o direito de ser informada sobre todos os



- A ter a criança ao seu lado, em alojamento conjunto, e amamentar. Vocês só precisam ficar separados se algum dos dois tiver algum problema.

- A receber orientações sobre a amamentação e suas vantagens, para você e para a criança e sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e do controle do bebê.

- A ser dispensada do trabalho por dois períodos de trinta minutos para amamentar o

outros métodos para evitar uma gravidez. Pense bem antes de decidir, pois a ligadura é para sempre. Se você decidir ligar as trompas, saiba que a ligadura pode ser feita gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao SUS. Não aceite nenhum tipo de cobrança para a realização da ligadura de trompas. Assim como o planejamento familiar, o pré-natal e o parto, este é um direito seu.

- Ao aborto, em casos de estupro ou de risco de vida.

Você já ouviu falar em gestão compartilhada?

Fique esperta! Isso pode melhorar, e muito, a sua vida!

Conheça duas histórias de sucesso em que comunidade, sociedade civil organizada e governo se uniram para construir melhores condições de vida dentro de aglomerados de Belo Horizonte.



Aglomerado da Serra - Programa Vila Viva

As idéias do Programa Vila Viva nasceram de discussões entre a sociedade e especialistas. Antes de se tornar uma realidade, as equipes da prefeitura de Belo Horizonte promoveram reuniões nas comunidades do aglomerado para apresentar o projeto e discutir suas ações.

Assim, além de parques com quadras de esporte e de instalação de redes de esgoto, foi incluída a construção de três escolas, uma reivindicação local. Este é um exemplo de gestão compartilhada, ou seja, as ações são elaboradas junto com a população, os moradores são ouvidos e participam na construção de uma vida melhor.

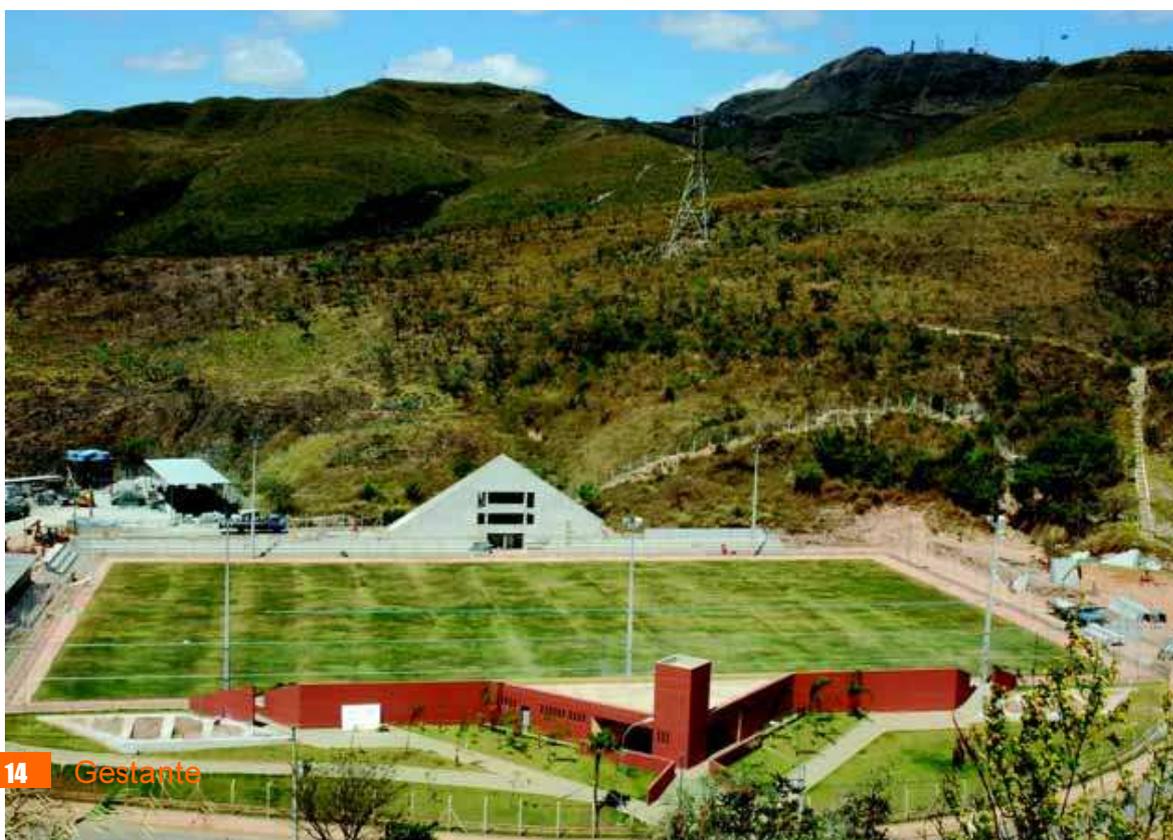
Dentro do programa Vila Viva, estão previstas:

- a realização de barragens que permitam o controle da vazão das águas da chuva, evitando enchentes na região,
- a abertura de uma avenida que permitirá a integração do aglomerado com outros bairros vizinhos;
- a implantação de conjuntos habitacionais para instalar as famílias que vivem em área de risco ou que tiveram suas casas desapropriadas em função das obras;
- urbanização de becos;
- criação de espaços para esporte e lazer;
- educação em ambiente e saúde, em que moradores serão preparados para orientar o restante da comunidade a desenvolver uma conduta ambiental e sanitária adequada, como o acondicionamento e destinação corretos do lixo, limpeza e manutenção de áreas públicas, utilização racional da água, entre outros;
- e a qualificação e capacitação profissional através de parcerias com universi-



dades e entidades privadas, o que já resultou na criação de uma cooperativa de costureiras e a capacitação de mão-de-obra para a construção civil. A população já começou a sentir as mudanças:

“Está tudo muito calmo. Não ouvimos mais tiroteio. É uma bênção” diz Maria das Graças, 60 anos, moradora da Vila Cafezal, a maior das seis que compõem o aglomerado.





Conjunto Mariano de Abreu - Espaço BH Cidadania João Amazonas

A construção do espaço BH Cidadania foi a opção escolhida pelos moradores do Conjunto Mariano de Abreu dentro das obras sugeridas pelo orçamento participativo realizado pela prefeitura de Belo Horizonte. O espaço funciona das 7hs às 22hs, com o período noturno organizado conforme a demanda apresentada pela comunidade ou pela Comissão Local. Nos finais de semana e feriados as atividades são livres para a prática de esporte e lazer da comunidade. As atividades oferecidas envolvem oficinas de cultura, grupo de convivência do idoso, Unidade de Apoio à Família e Cidadania (NAF), Centro Poliesportivo e de Lazer, Posto de Internet Municipal, Socialização Infante Juvenil e academia de ginástica.

Segundo a médica de saúde da família do Centro de Saúde Mariano de Abreu, Doutora Rita, depois do início das atividades no espaço, o número de pacientes que procuram o posto de saúde reduziu, houve ainda um aumento do número de pacientes hipertensos e diabéticos que se mantêm controlados.

Dona Joaquina, 56 anos, é um exemplo do impacto que programas dessa natureza podem trazer:



“Antes do NAF, antes de ter essa academia, eu sentia muitas dores. Dor na coluna, dor na perna, mal conseguia caminhar. Agora, eu faço ginástica. Lá não tem aqueles aparelhos das academias da cidade. É tudo improvisado, com pesos de garrafa pet. Você não vai ficar forte fazendo essa ginástica. Mas é uma ginástica que faz bem para a saúde. Desde que comecei a participar, minhas dores vêm diminuindo e agora caminho quase que normal. Lá também é bom porque tem muita gente, a gente faz amizade, conversa, distrai. E isso também faz bem pra saúde, né?”

Estas iniciativas nos mostram como é importante a cooperação entre comunidade e governo para o enfrentamento dos problemas e como resultados positivos podem ser alcançados. Não se esqueça, a construção de uma vida melhor é de responsabilidade de todos!

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Sua família do tamanho que você deseja!

O planejamento familiar é o ato de planejar o nascimento dos filhos, tanto em relação ao número desejado, quanto à época mais adequada para tê-los. É um direito de todo cidadão, sendo garantido por lei. A sua realização ou não deve ser decidida pelo casal, cabendo ao governo ofertar os recursos necessários para sua prática.

Marta, 26 anos, percebeu a necessidade de planejar o tamanho de sua família com a chegada do segundo filho:



Métodos de planejamento familiar

Métodos naturais

São aqueles que procuram identificar os dias em que a mulher está potencialmente fértil (período fértil). Durante esses dias, o casal deverá evitar relações sexuais, caso não queiram ter filhos. Dentre estes métodos, o mais utilizado é o da tabelinha.

Tabelinha: ajuda a mulher a descobrir a época do mês em que ela pode ficar grávida (período fértil). Para construir a tabela, a mulher deverá durante 8 meses marcar o primeiro dia da menstruação em um calendário e contar quantos dias cada menstruação demorou para vir. Assim, descobrirá quanto tempo durou o ciclo menstrual mais curto e o mais longo. Para calcular o período

“Na minha segunda gravidez, comecei a me cobrar e a me sentir culpada. - Por que eu engravidava se eu não tinha condições de dar um bem-estar melhor, um conforto pros meus filhos? Foi nessa época que vi que a família não podia mais crescer. Então, procurei o posto de saúde e lá recebi todo o apoio para fazer o planejamento familiar e desde então está tudo sob controle.”

do fértil basta subtrair do ciclo mais curto 18 e do ciclo mais longo 11.

Exemplo:

Ciclo curto: 26 dias
Ciclo longo: 30 dias
 $26-18 = 8$
 $30-11 = 19$

Os dois números obtidos, 8 e 19, indicam, respectivamente, o início e o fim do período fértil, nesse exemplo. Ou seja, para não engravidar, esta mulher não deve ter relações sexuais do 8º ao 19º dia do ciclo menstrual (o 1º dia do ciclo é o primeiro dia da menstruação). O posto de saúde poderá te ajudar a construir a sua tabelinha.

Não devem utilizar o método da tabela:

adolescentes, que ainda não menstruam com regularidade; **mulheres que acabaram de parir ou abortar**; que pararam recentemente de tomar a pílula; **que acabaram de tirar o DIU**; no período do climatério; **que estão amamentando**; que têm uma diferença de 10 ou mais dias entre o ciclo menor e o maior; **que não menstruam**; e que têm alterações psíquicas que impeçam o uso correto do método.

Métodos de barreiras

São aqueles que evitam a gravidez impedindo que os espermatozóides cheguem até o útero.

Camisinha: a camisinha é um método para ser usado no momento da relação sexual.

A camisinha masculina deve ser colocada no pênis imediatamente antes da penetração (mas depois da ereção) e retirada imediatamente após a ejaculação (depois da retirada do pênis de dentro da vagina).



Para a colocação da camisinha feminina, procure uma posição confortável, pode ser em pé, sentada, agachada ou deitada. Aperte o anel menor e introduza na vagina. Com o dedo indicador, empurre a camisinha o mais fundo possível.

O anel maior deve ficar uns 3 cm para fora da vagina. Até que você e o seu parceiro tenham segurança, guie o pênis dele com a sua mão para dentro da sua vagina.

Uma vez terminada a relação, retire a camisinha apertando o anel que ficou para fora, torcendo o anel para garantir que o esperma fique no interior da camisinha, então puxe-a para fora delicadamente.

Além de evitar a gravidez, a camisinha é fundamental para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis.

Além de evitar a gravidez, a camisinha é fundamental para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis.

Diafragma: o diafragma é uma capa de borracha ou silicone, que a mulher coloca, ela mesma, na vagina, antes da relação sexual, tapando assim o colo do útero. Deve ser usado com um espermicida, para garantir maior segurança. Para começar a usar o diafragma é necessário a ajuda de um profissional de saúde para medir o tamanho do fundo da vagina, pois existe um tamanho específico de diafragma para cada mulher, e para orientar como colocar e retirar o diafragma.

Para que o diafragma produza o efeito desejado, deve ser retirado somente seis horas após a relação sexual.



Não devem utilizar o diafragma as mulheres que:

nunca tiveram relações sexuais; **têm queda de bexiga ou rutura de períneo**; têm posição anormal do útero; **têm infecções urinárias de repetição**; têm alterações psíquicas graves que impeçam o uso correto; **têm infecções vaginais**.

Espermicida: A mulher deve colocar o espermicida na vagina antes da relação sexual, estando deitada e não se levantando mais, para evitar que ele escorra.



A lavagem vaginal só poderá ser feita 8 horas após a relação sexual. Cada espermicida vem com suas instruções de uso, as quais devem ser lidas. Os espermicidas podem ser

usados sozinhos, porém são mais seguros quando usados junto com outros métodos (camisinha, diafragma, tabela).

Métodos hormonais

Os anticoncepcionais são substâncias semelhantes aos hormônios encontrados no corpo da mulher. Eles impedem a ovulação, evitando, assim, a gravidez. Podem ser encontrados na forma de comprimidos (pílulas), adesivos ou injetáveis.

Pílulas: a pílula só faz efeito se tomada corretamente: o primeiro comprimido deve ser tomado no 1º dia da menstruação, continuar tomando 1 comprimido por dia, de preferência na mesma hora até terminar a cartela. Começar nova cartela 7 dias após a tomada da última pílula, independente do dia da menstruação.



Caso haja algum esquecimento, a mulher deverá tomá-la assim que se lembrar, além de tomar o comprimido do dia na hora de sempre. E continuar a cartela. Se a mulher esquecer de tomar 2 ou mais comprimidos seguidos, deverá parar de tomar esta cartela, só iniciando outra cartela no primeiro dia da menstruação, se não menstruar, procurar o serviço médico. Em qualquer caso de esquecimento, o casal deve usar outro método para garantir maior segurança neste mês (camisinha, diafragma, espermicida). Em caso de diarreia ou vômito por mais de 2 dias, interromper o uso da pílula, devendo utilizar outro método e voltar a tomar outra cartela no primeiro dia da menstruação. Se não menstruar, procurar o serviço de saúde.

Não devem utilizar a pílula as mulheres que:

estão amamentando até 90 dias de pós parto; **estão grávidas ou com suspeita de gravidez**; **fumam muito e há muito tempo**; têm pressão alta e outras doenças coração; **estão com sangramento fora do período menstrual**; têm varizes; **têm enxaqueca (dor de cabeça forte)**; têm convulsões; **têm diabetes**; têm glaucoma (doença que aumenta a pressão do olho); **vão se operar ou acabaram de ser operadas**.

Pílula do dia seguinte: só deve ser usada em caso de emergência e não como método anticoncepcional de rotina, pois pode causar efeitos colaterais intensos como alteração no ciclo menstrual e do tempo de ovulação, dor de cabeça, sensibilidade nos seios, náuseas e vômitos. Depois da relação sexual desprotegida você tem, no máximo, três dias para checar se estava no período fértil ou não, buscar orientação médica e adquirir a pílula. São dois comprimidos: um a ser tomado de preferência nas primeiras 24 horas, quando sua eficácia é maior, seguido de outra dose após 12 horas.

Esta pílula não funciona como abortivo. Se a fecundação ainda não aconteceu, o medicamento vai dificultar o encontro do espermatozóide com o óvulo. Agora, se a fecundação já tiver ocorrido, irá provocar uma descamação do útero, impedindo a implantação do ovo fecundado. Caso

o ovo já esteja implantado, ou seja, já tenha iniciado a gravidez, a pílula não tem efeito algum.

Não devem utilizar a pílula as mulheres que:

sufrem de alguma doença do sangue, alguma doença vascular, é hipertensa ou obesa mórbida. **Isso porque a grande quantidade de hormônio pode provocar pequenos coágulos no sangue, obstruindo os vasos.**

Importante: o contraceptivo de emergência não a protege das doenças sexualmente transmissíveis. Contra elas, só mesmo a boa e conhecida camisinha.

Adesivo anticoncepcional: contém os mesmos hormônios que a maioria das pílulas, a vantagem é que você não precisará tomar a pílula todo dia e nem esquecerá. Além disso, os hormônios serão absorvidos diretamente pela circulação evitando alguns efeitos adversos causados pela pílula oral. O adesivo deverá ser colado na pele no primeiro dia da menstruação e deverá ser trocado semanalmente. A cada três semanas deve-se fazer uma pausa de uma semana na sua utilização.

Anticoncepcional injetável: são indicados para as mulheres que esquecem a pílula, que não podem tomar a pílula via oral, e para aquelas que tem de esconder o início da vida sexual. Existe anticoncepcional mensal e o trimestral. Estes anticoncepcionais podem causar retenção de líquido e o trimestral poderá causar ausência de menstruação e demora maior ao retorno da fertilidade quando da suspensão de seu uso.

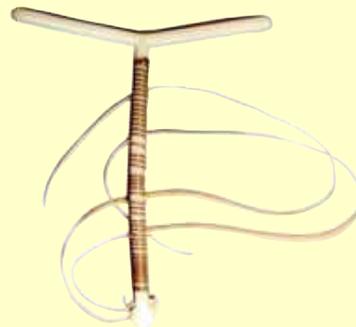


Método mecânico:

Dispositivo Intra Uterino (DIU): é um aparelho feito de um plástico especial, que vem enrolado por um fio de cobre bem fino.

Este aparelho é colocado através da vagina dentro do útero da mulher. Apenas o médico pode colocar o DIU. A época ideal para a sua colocação é durante ou logo após a menstruação, devendo-se

evitar relações sexuais durante a primeira semana após a colocação. O DIU tem um tempo de validade de 6 a 10 anos, dependendo do tipo. Depois desse tempo, ele deve ser retirado ou trocado.



Não devem utilizar o DIU as mulheres que:

estão grávidas ou com suspeita de gravidez; **com corrimento ou DST;** que têm sangramento fora do período menstrual; **que apresentam sangramento abundante e dores fortes durante a menstruação;** que nunca tiveram filho; **que já tiveram gravidez nas trompas;** **que tenham anemia;** que tenham outras doenças.

Métodos cirúrgicos

Promovem a esterilização do homem ou da mulher, evitando-se definitivamente a gravidez.

Laqueadura: é uma operação feita nas mulheres, nas trompas, para impedir o encontro do óvulo com o espermatozóide, evitando assim, a gravidez.

Vasectomia: é uma operação feita no órgão genital do homem (canal deferente), que impede a passagem de espermatozoides (células reprodutoras do homem). O homem continua expelindo um líquido, o sêmem, que não contém os espermatozoides e, portanto, não fecunda a mulher. Após a vasectomia, o homem continua normalmente, a ter desejo sexual, ereção e ejaculação.

Agora que você já conhece os métodos de planejamento familiar, basta escolher o que combina mais com você.

Procure o Posto de saúde e exija seus direitos!

PLACA BACTERIANA

O que é isso?

Dentro da nossa boca existem milhões de bactérias. Algumas delas gostam de ficar grudadas nos dentes, formando uma massa mole. Esse aglomerado de bactérias nós chamamos de **Placa Bacteriana**. Quando ficamos sem escovar os dentes por algumas horas, podemos sentir com a própria língua uma camada diferente sobre os dentes e se raspamos a superfície dental com um palito, por exemplo, veremos uma massa esbranquiçada. Isso é a placa bacteriana!



Doenças que a placa bacteriana pode causar

Cárie

As bactérias que causam a cárie (placa bacteriana cariogênica) produzem substâncias ácidas a partir do açúcar que comemos. Esses ácidos atacam os dentes, formando as cavidades de cárie, e também eliminam outras bactérias que não fazem mal aos dentes.

Gengivite

As bactérias que causam a gengivite ficam localizadas bem no encontro do dente com a gengiva. Elas produzem substâncias que irritam a gengiva, gerando inflamação. Quando isso acontece, as gengivas ficam vermelhas, incham e sangram. A gengivite pode ser tratada através da realização de cuidados caseiros, como escovação e uso do fio dental, aliado à limpeza profissional. Se nenhum tratamento for realizado, a gengivite piora e então aparece a doença periodontal.

Doença periodontal

As bactérias que causam a doença periodontal ficam localizadas num espaço que existe entre o dente e a gengiva, este espaço recebe o nome de sulco gengival. Além de provocarem a inflamação da gengiva, essas bactérias fazem com que o osso que segura o dente na boca se perca e sem sustentação o dente fica bambo. Neste caso, além da higienização realizada em casa, é necessário um tratamento mais complexo, que poderá envolver raspagens radiculares até cirurgias

O que posso fazer para prevenir?

Todos nós temos placa bacteriana porque as bactérias estão sempre presentes em nossa boca. Mas, para que possa causar doenças, ela precisa ter um certo número de bactérias. É aí que entra a higiene bucal! Com a escova e o fio dental, você conseguirá bagunçar por algumas horas a placa bacteriana, ou seja, você vai deixá-la fraca, pois ficará com poucas bactérias para atacar seus dentes ou gengiva.



HALITOSE OU MAU HÁLITO

A halitose não é uma doença e sim, um sinal de que alguma coisa no nosso corpo não vai bem, devendo ser identificada e tratada. Existem mais de 50 causas, mas na maioria das vezes o problema está na boca, principalmente na língua. Na superfície da língua, ocorre a deposição de bactérias, restos de alimentos, células, muco da saliva, que juntas formam a saburra lingual, aquela massa esbranquiçada ou amarelada que cobre a língua. Essas bactérias produzem substâncias com cheiro desagradável, com odor de enxofre. A falta de higienização da língua, ficar muito tempo sem comer, ter pouca saliva, tudo isso favorece a formação dessa saburra lingual e, portanto, do mau hálito.

Causas mais comuns do mau hálito

Saburra lingual, Gengivite, Doença Periodontal, Cáries extensas, Xerostomia (ter pouca saliva), Amigdalite, Sinusite, Diabetes, Deficiência renal, Deficiência hepática, Obstrução intestinal

Como saber se tenho mau hálito

- Faça um auto-exame na língua, diante de um espelho, para verificar se há saburra lingual.
- Pergunte a uma criança (ou alguém de sua confiança, ex: pai, mãe) se ela sente em você algum mau odor bucal (as crianças e os pais geralmente são muito sinceros e não têm vergonha de dizer o que pensam)
- Se você conhece uma pessoa que tem halitose, mas não tem coragem de lhe dizer, entre em contato com a equipe de saúde responsável pela região onde mora. Ela poderá dar a notícia sem constrangimentos, além de orientação quanto à causa e ao tratamento.

Dicas para acabar com a halitose

- Consulte um dentista para descobrir a causa de sua halitose. Se o problema não estiver na boca, ele te encaminhará para a especialidade médica adequada.

- Realize uma boa higiene bucal. Utilize escova, fio dental e **limpador de língua**. Não se esqueça! limpar a língua é fundamental!



- Inclua alimentos fibrosos na sua dieta, eles ajudam a limpar a língua e aumentam a quantidade de saliva na boca.
- Tome bastante líquido
- Balas e chicletes não resolvem o problema, apenas disfarçam o cheiro por pouco tempo. Além disso, podem contribuir para o desenvolvimento de cárie.

Saúde bucal

SAIBA TUDO PARA DEIXAR
SEU BEBÊ RINDO À TOA!



Cuidados básicos antes do surgimento dos dentes

Consulta odontológica

O exame clínico da boca do bebê pode ser realizado antes mesmo do nascimento dos dentes para verificar a presença de alguma anomalia e o desenvolvimento facial. Nesta ocasião, você também receberá orientações importantes sobre como cuidar da saúde bucal do seu bebê.

Limpeza da boca

Deve ser realizada pelo menos uma vez ao dia, com uma gaze ou dedeira. Procure remover os restos de leite que ficam aderidos sobre a língua, próximo às bochechas e no canto da boca. A estimulação da cavidade bucal vai facilitar que seu filho se acostume com o futuro hábito de escovação.

Alimentação

Até os primeiros seis meses de vida o leite materno é o alimento indispensável e suficiente para o bebê, contendo todos os nutrientes necessários ao seu crescimento. A amamentação natural também é importante para a saúde bucal, a sucção do seio é fundamental para estimular o desenvolvimento adequado da cavidade bucal e para o estabelecimento do hábito de deglutir. Caso haja necessidade de substituir a amamentação natural, é importante que você não aumente o tamanho do bico da mamadeira, pois o bebê precisa fazer força para estimular o crescimento da maxila e mandíbula. E lembre-se: leite de vaca já contém açúcar, não sendo necessário acrescentar açúcar refinado.

O açúcar também não deve ser acrescentado à água, chás e sucos de frutas.

Chupeta

Se a chupeta for usada frequentemente e/ou por um período prolongado poderá causar uma série de problemas ao seu bebê como o mau posicionamento dentário, deformação dos maxilares e alterações na deglutição, fala e respiração. Assim, ela não deve ser oferecida a qualquer sinal de desconforto, para acalmar o choro provocado por outros fatores, e também não deve ser abandonada com a criança, prendendo-a em sua roupa. A chupeta pode ser usada quando a amamentação não for suficiente para acabar com a necessidade de sugar do bebê, ou seja, quando se retira o peito, ele continua fazendo o movimento de sucção. Nestes casos, a mãe deverá estimular a sucção colocando a chupeta lentamente em contato com o contorno dos lábios do bebê e com toques leves, para que o bico seja umedecido e haja estímulo para o reflexo. O bebê, então, começará a sugar e a mãe deverá segurar a chupeta e puxá-la com movimentos leves para trás, como se fosse para retirá-la da boca, estimulando a sucção. Ao realizar esses exercícios várias vezes, o desejo do bebê de sugar irá sumir e ele largará a chupeta.

Importante: a chupeta nunca deve ser mergulhada em substâncias doces, para evitar a instalação da doença cárie.

Cuidados básicos após o surgimento dos dentes

**Consulta odontológica**

Assim que surgir o primeiro dentinho, deve-se retornar ao dentista para que se faça uma nova avaliação e para aplicação de flúor. Se o seu bebê ainda não tiver consultado com o dentista, não espere mais tempo, procure um serviço de saúde bucal. Quanto antes a prevenção se iniciar, maiores serão as chances de se evitar a cárie.

Limpeza da boca

Deve ser realizada após as refeições e antes da criança dormir, com uma escova de cabeça pequena e cerdas macias. Pasta de dentes com flúor só deve ser usada depois que a criança aprender a cuspir, para que não haja o risco de ingerir o produto. O fio dental deverá ser usado quando não houver espaço entre um dente e outro, ou seja, quando estiverem juntinhos.

Alimentação

Época de introduzir novos alimentos na dieta do seu filho como legumes, verduras, carne, ovos. As mamadas devem começar a ser

reduzidas e a amamentação noturna eliminada. O leite materno e o leite de vaca contêm açúcar, podendo causar cárie se ficar em contato prolongado com os dentes, como no caso da amamentação noturna sem limpeza da cavidade bucal. Poderá ocorrer então a cárie de mamadeira, uma doença de evolução rápida, dolorosa e que pode levar à perda precoce dos dentes. Caso use mamadeira, esta deverá ser substituída por copos.



Culinária

Beterraba

A beterraba é uma raiz que aparece em duas colorações: branca, de onde se extrai o açúcar; e vermelha, que é utilizada na alimentação. É rica em vitaminas e minerais, contendo folato (importante para o adequado desenvolvimento fetal), potássio, manganês, fibras, anti-oxidantes e vitamina C. As folhas de beterraba também são muito nutritivas e não devem ser postas de lado quando se prepara a raiz. Elas contêm cálcio, betacaroteno, ferro e vitamina A.

É Bom Para:

Esta hortaliza é recomendada para anêmicos por sua riqueza em Ferro; para gestantes por conter ácido fólico, potás-

sio e ferro e para quem tem constipação intestinal devido ao seu efeito laxante.

Como escolher e preparar:

Ao comprar, escolha beterrabas de cor bem concentrada, tamanho médio e com as folhas ainda presas. A casca deve ser lisa, sem rachaduras e as folhas brilhantes, sinal de que o legume está fresco. A raiz pode ser servida crua e ralada ou pode ser cozida. Ao cozinhar deve-se ter alguns cuidados como deixar 3cm de talo e não cortar sua parte terminal para que não haja perda de líquido e não remover a casca para que a maior parte dos nutrientes e a cor permaneçam. As folhas podem ser cozidas e servidas como espinafre.



Almôndega de beterraba

Ingredientes

300 g de carne moída
1 beterraba média ralada (100g)
1 clara (40g)
4 colheres (sopa) de aveia (60g)

Modo de fazer:

Misture a carne moída com a beterraba, a clara e a aveia. Faça as bolas e vá colocando numa panela com molho de tomate. Tampe e deixe cozinhar, adicionando água se necessário.



Suco de beterraba, cenoura, laranja

Ingredientes

04 laranjas
01 beterraba
01 cenoura
Açúcar e gelo a gosto

Modo de fazer

Descasque a cenoura e a beterraba e pique em cubinhos. Esprema as laranjas. Junte o suco, a cenoura e a beterraba e o açúcar e bata tudo no liquidificador. Coe e sirva gelado

Referências Bibliográficas

BEZERRA, A.C.B.; TOLEDO, O.A. Nutrição, dieta e cárie. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal- ABOPREV**. 2^a. ed. São Paulo: ARTES MÉDICAS, 1999. cap. 3, p. 45-63.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002**

BUISCH, Y.P; AXELSSON, P. Controle Macânico da Placa Dental Realizado pelo Paciente. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal- ABOPREV**. 2^a. ed. São Paulo: ARTES MÉDICAS, 1999. cap. 6, p. 115-126.

<http://www.uai.com.br/bebe2000/>

<http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html>

<http://www.saudelar.com>

LIMA, K.C.; NEVES, A.A.; SANCHEZ, A.L.S.F.; VALENTE, A.G.L.; MARSIAJ, G.; CASTRO, R.A.L. et al. Relevância clínica do conceito de transmissibilidade da cárie dental. **JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, v.5, n.24, p.113-118, 2002.

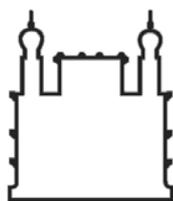
MEDEIROS, U.V. Atenção odontológica para bebês. **Revista Paulista de Odontologia**, n. 6, p. 18-27, nov/dez, 1993.

MODESTO, A. Determinação do risco à doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção em crianças de 0 a 36 meses. **JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, v.1, n.3, p.41-42, 1998.

SALVADOR, E.; cicco A. Clasificación de la halitosis. **Acta Odontológica Venezolana**, v. 40, N.2, p.181-184, 2002.

SCAVUZZI, A.I.F.; ROCHA, M.C.B.S. Atenção odontológica na gravidez. **Revista da faculdade de odontologia da UFBA**, v. 18, p. 46-52, jan/jun, 1999.

Apoio:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas René Rachou



CPqRR / FIOCRUZ

FAPEMIG

Fundação de Amparo à Pesquisa do
Estado de Minas Gerais

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde há muito tem sido usada como uma forma de informar para responsabilizar e, assim, obter o comportamento para a saúde preconizado pelo discurso biomédico. Utilizada dessa forma, promove o mascaramento dos determinantes sócio-político-econômicos que influenciam a conduta humana e o mascaramento da responsabilização múltipla pelas condições de saúde da população. Ao ignorarem os determinantes estruturais e que não existe, necessariamente, uma relação de causalidade entre a informação e a ação, estes programas educativos tem falhado em sua proposição e mesmo nos casos em que conseguem promover alguma alteração comportamental, esta não apresenta um efeito duradouro, havendo o retorno ao comportamento inicial, anterior à intervenção. O que se consegue é criar no imaginário popular a concepção de responsabilização individual e a culpa decorrente do insucesso em adotar o estilo de vida prescrito. Através da análise das percepções das entrevistadas sobre promoção de saúde e prevenção de doenças, foi possível observar que até existe uma percepção sobre as barreiras existentes para a adesão às medidas recomendadas, mas a concepção de responsabilização individual está tão impregnada nesta população que estas são minimizadas pela noção de que o fator determinante para a realização do cuidado é a força de vontade.

Com relação às práticas em saúde destinadas às gestantes, a questão da culpabilização se torna mais forte, pois a responsabilidade agora aumenta, não é mais com a saúde dela própria, mas com a de um outro ser que vem ao mundo devido ao seu desejo ou descuido. A mulher é fortemente cobrada pela sociedade no cumprimento de seu papel de mãe, sendo colocado para ela o sacrifício, a renúncia em favor da criança. A identidade materna assim delineada favorece a adesão das mulheres grávidas aos cuidados recomendados pelos profissionais de saúde, produzindo uma ilusão de que as atividades educativas durante o período gravídico são mais efetivas. Ilusão porque geralmente o que ocorre é o estabelecimento de uma espécie de contrato provisório de nove meses, após o parto a mulher se liberta e pode voltar aos seus hábitos anteriores. Uma mudança de comportamento duradoura é mais difícil de ser observada, a não ser nos casos em que se vivencia o ápice da culpa pela concretização da associação entre comportamento materno e problemas à saúde do bebê.

Contudo, em relação aos cuidados com a saúde bucal a lógica é diferente, não se percebe favorecimento à saúde do bebê, só a possibilidade da culpa que o temido tratamento odontológico pode trazer. O medo da anestesia causar má-formação fetal, a exodontia que pode causar muita perda de sangue, o tratamento de canal que mexe muito nos nervos. A atenção odontológica durante a gravidez é representada como uma situação aterrorizante, o

que, muitas vezes, é reforçado pelo próprio cirurgião-dentista. Mas não é só a crença de que o tratamento odontológico pode causar prejuízo ao bebê que afasta as gestantes da visita ao dentista. Antes de serem gestantes, as entrevistadas são mulheres e já possuem uma vivência de afastamento dos serviços de saúde bucal, a gravidez funciona apenas como um complicador e, porque não, um pretexto socialmente aceito. Vários fatores, desde os estruturais, até os cognitivos, favorecem o comportamento de procura por atendimento odontológico apenas para a resolução de algum problema. Há falta de percepção de suscetibilidade às doenças bucais, dos benefícios das medidas preventivas, de recursos financeiros, medo, falta de confiança no serviço público, dificuldade em conseguir atendimento no serviço público, a sobrecarga proveniente da necessidade de cumprir os vários papéis sociais que lhes são exigidos.

Dessa forma, o que verificamos foi a necessidade de reformulação das estratégias de ação empregadas, desenvolvendo-se abordagens mais amplas e integrais, em que haja a articulação entre sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores para a criação de ambientes saudáveis. O comportamento para a saúde não é obtido apenas através de ganhos cognitivos e a educação em saúde não pode mais ser vista como a solução para a melhoria das condições de saúde da população através da responsabilização individual. É preciso mudar as circunstâncias para que as opções consideradas saudáveis sejam as mais fáceis de serem escolhidas.

No caso específico das políticas de saúde destinadas às gestantes é preciso que se estabeleçam novas abordagens de modo que a mulher não seja concebida apenas como mãe nutriz - um corpo para o desenvolvimento da criança - responsável pelo êxito da concepção e culpada pelos agravos que possam surgir durante esse percurso. É necessário um olhar mais abrangente, no qual a mulher seja percebida em toda sua integralidade e como um ser que também precisa de cuidados e apoio, propiciando um acolhimento as suas ansiedades, queixas e temores, minimizando os sentimentos de culpa socialmente construídos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M.H.N.G.; PORDEUS, I.A.; MODENA, C.M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.

ALBUQUERQUE, O.M.R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do programa saúde da família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.20, n.3, p.789-796, 2004.

ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, v.8, n.5, p.119-124,2004.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Periodontal disease as a potential risk factor for systemic diseases. *J Periodontol*, v. 69, p. 841-850, 1998.

BARBOSA, T.R.C.L.; CHELOTTI, A. Avaliação do conhecimento de aspectos da prevenção e educação em odontologia, dentição decídua e oclusão, em gestantes e mães até 6 anos pós-parto, como fator importante na manutenção da saúde bucal da criança. *Rev. Inst. Cienc. Saúde*, nº especial, p. 13-17, 1997.

BARKER, T. Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice. *Commun Dent Oral Epidemiol*, v.22, p.327-330, 1994.

BEDOS, C.; BRODEUR, J.M.; LEVINE, A.; RICHARD, L.; BOUCHERON, L.; MEREUS, W. Perception of dental illness among persons receiving public assistance in Montreal. *Am J Public Health*, v.95, n.8, p.1340-1344, 2005.

BEDWORTH, A.E.; BEDWORTH, D.A. *The professional and Practice of Health Education*. Dubuque: Wm. C. Brown Publishers, 1992. 472p.

BERKOWITZ, R.J.; JONES, P. Mouth-to-mouth transmission of the bacterium *Streptococcus mutans* between mother and child. *Archs oral biol*, v. 30, n. 4, p. 377-379, 1985.

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

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

BEZERRA, A.C.B.; TOLEDO, O.A. Nutrição, dieta e cárie. In: KRIGER, L. *Promoção de Saúde Bucal- ABOPREV*. 2ª. ed. São Paulo: ARTES MÉDICAS, 1999. cap. 3, p. 45-63.

BIJELLA, M.F.T.B. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. *JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, v.2,n.6, p.127-131,1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população brasileira. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico. Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde 2006-Consolidação do SUS. Brasília, 2006.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. Cad Saúde Pública, v.12, n.1, p.7-30, 1996.

BUISCH, Y.P. Aspectos básicos da promoção de saúde bucal. In: Atualização na Clínica Odontológica: a prática da clínica geral. São Paulo: Artes Médicas, 1996, p. 613-625.

BUISCH, Y.P.; AXELSSON, P. Controle Macânico da Placa Dental Realizado pelo Paciente. In: KRIGER, L. Promoção de Saúde Bucal- ABOPREV. 2ª. ed. São Paulo: ARTES MÉDICAS, 1999. cap. 6, p. 115-126.

BUSS, P.M. Promoção de saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAIXETA, J.E.; BARBATO, S. Identidade feminina. Padéia, v.14, n.28, p.211-220, 2004.

CALVASINA, P.G.; NATIONS, M.K.; JORGE, M.S.B.; SAMPAIO, H.A.C. “Fraqueza de nasença”: sentidos e significados de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. Cad. Saúde Pública, v.3, n.2, p.371-380, 2007.

CASARETTO, H.C.; DRICAS, D.; MAYOCCHI, K. Circuitos de infectividad bucal entre madre-hijo. Estudio sobre información materna Y disposición al cambio. RAOA, v.91, n.4, p.305-310, 2003.

CARNEIRO, A.M.O.; WERNECK, M.A.F. Percepção em saúde bucal: o caso das famílias incluídas no programa saúde da família de Brázília, região administrativa do Distrito Federal, 2001. 123 fls. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CASTRO, M.V.M.; PEREIRA, A.L.; DUARTE, C.A.; CAVALCANTI, A.G.; QUEIROZ, I.K.R. Atendimento clínico conjunto entre o periodontista e o médico. Parte II: osteoporose e gravidez. ROBRAC, v. 10, n. 29, p. 20-23, 2001.

CAUFIELD, P.W. Dental caries- a transmissible and infectious disease revisited: a position paper. *Pediatric Dentistry*, v. 19, n. 8, p. 491-498, 1997.

CERQUEIRA M T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial. Genebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48 apud Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.91-112,2003.

CHAVES, S.C.L.; SILVA, L.M.V. As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 129-139, 2002.

CHIARAVALLLOTI, V.B. et al. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.18, n.5, p.1321-1329, 2002.

COSTA, I.C.C.; MARCELINO, G.; BERTI-GUIMARÃES, M.; SALIBA N.A. A gestante como agente multiplicador de saúde. *RPG*, v. 5, n. 2, p. 87-92, 1998.

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

CURY, J.A. Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: BARATIERI, L.C. *Odontologia Restauradora. Fundamentos e Possibilidades*. 1ª ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2001, cap.2, p.33-65.

DARELA, A.C.; LONGHINOTI, L.B.L.; PERES, A.S.; FORTES, L.C.; GUIMARÃES, L.M.R.; ROMANO, A.R.; NOVAES, L.H.V.S. Hábitos e comportamentos familiares e a promoção da saúde bucal. *Rev Paul Pediatría*, v. 17, n. 2, p. 68-73, 1999.

DELFINO, M.R.; PATRÍCIO, Z.M.; MARTINS, A.S.; SILVÉRIO, M.R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Cienc Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.1057-1066, 2004.

DESLANDES, S.F.; MENDONÇA, E.A.; CAIAFFA, W.T.; DONED, A. D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad Saúde Pública*, v.18, n.1, p.141-151, 2002.

DUAILIBI, S.E.; DUAILIBI, M.T. A odontologia para a gestante. *Revista Paulista de Odontologia*, v. 7, n. 5, p. 12-36, 1985.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, n. 115, p. 139-154, 002.

DUTRA, C.M.R.; PAIXÃO, H.H. Educação em saúde bucal individual e grupal: uma análise qualitativa. *Arquivos em Odontologia*, v. 38, n. 2, p. 83-162, 2002.

ELIAS, M.S.; FERRIANI, M.G.C. Aspectos históricos e sociais da halitose. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.14, n.5, p. 821-823, 2006.

FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W.A.; ALVES, M.S.C.F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.11, n.1, p.211-218, 2006.

FERREIRA, S.L.M.; GUEDES-PINTO, A.C. Educação do paciente em odontopediatria In: GUEDES-PINTO, A. C. *Odontopediatria*. 6ª ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1997. p.367-380.

FREIRE P. *Pedagogia do oprimido*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 219p.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 150p.

FRITSCHER, A.M.G.; ARAÚJO, D.F.; FIGUEIREDO, M.C. Avaliação comparativa dos índices de cárie, placa visível e sangramento gengival de 50 pares mãe-filho. *JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, v.1, n.4, p.34-42, 1998.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002, 175p.

GRINDEFJORD, M.; DAHLLÖF, G.; MODÉER, T. Caries development in children from 2.5 to 3.5 years of age: a longitudinal study. *Caries Res*, v. 29, p. 449-454, 1995.

GUEDES-PINTO, A.C. *Odontopediatria*. 6ª ed. São Paulo; Santos livraria editora, 1997. p.943.

GUIMARÃES, A.O.; COSTA, I.C.C.; OLIVEIRA, A.L.S. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. *JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, v. 6, n. 29, p. 83-86, 2003.

<http://www.uai.com.br/bebe2000/>. Acessado em: 10 agosto 2007.

<http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html>. Acessado em : 10 agosto 2007.

<http://www.saude.ar.com>. Acessado em: 10 agosto 2007.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 02 de julho de 2006.

JANZ, N.K.; CHAMPION, V.L.; STRECHER, V.J. The Health Belief Model. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; LEWIS, F.M. (Eds). *Health behavior and health education. Theory, research and practice*. Jossey-Bass, 2002. p.45-66.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (org). *Psicologia Social*, Barcelona: Paídos, 1985, p. 469-494.

KEGELES, S.S. Some motives for seeking preventive dental care. *J Am Dent Assoc*, v.67, p.90-98, 1963.

KNECKT, M.C.; SYRJÄLÄ, A.M.H.; LAUKKANEN, P.; KNUUTTILA, M.L.E. Self-efficacy as a common variable in oral health behavior and diabetes adherence. *Eur J Oral Sci* 1999;107:89-96.

- KÜHNER, M.K.; RAETZKE, P.B. The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *Periodontology*, v.60, n.1, p.51-56, 1989.
- LANE, S.T.M. Uso e abusos do conceito de Representação Social. In: SPINK, M.J. O Conhecimento no Cotidiano. 1ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1999. cap. 2, p. 46-57.
- LEAVELL, S.; CLARCK, E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
- LEFÈVRE F, LEFÈVRE AMC, SCANDAR SAS, YASSUMARO S. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. *Rev Saúde Pública*, v38,n3,p 405-414,2004.
- LEME, M.A.V.S. O impacto da teoria das Representações Sociais. In: SPINK, M.J. O Conhecimento no Cotidiano. 1ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1999. cap. 2, p. 46-57.
- LIMA, K.C.; NEVES, A.A.; SANCHEZ, A.L.S.F.; VALENTE, A.G.L.; MARSIAJ, G.; CASTRO, R.A.L. et al. Relevância clínica do conceito de transmissibilidade da cárie dental. *JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, v.5, n.24, p.113-118, 2002
- LI, Y.; CAUFIELD, P.W. The fidelity of initial acquisition of mutans streptococci by infants from their mothers. *J Dent Res*, v. 74, n. 2, p. 681-685, feb, 1995.
- MANHART, L.E.; DIALMY, A.; RYAN, C.A.; MAHJOUR, J. Sexually transmitted diseases in Morocco: gender influences on prevention and health care seeking behavior. *Soc Sci Méd*, v. 50, p.1369-1383, 2000.
- MARCONDES WB. A convergência de referências na promoção de saúde. *Saúde e Sociedade*, v13,n1, p.5-13,2004.
- MARTINS, E.M. Construindo o valor saúde bucal. *Ação Coletiva*, v. II, n. 2, p. 5-9, abr/jun, 1999.
- MARTINS, R.F.O.; MARTINS, Z.I.O. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal. *Revista ABO nacional*, v. 10, n. 5, p. 278-284, out/nov, 2002.
- MEDEIROS, U.V. Atenção odontológica para bebês. *Revista Paulista de Odontologia*, n. 6, p. 18-27, nov/dez, 1993.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999, 269p.
- MS- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em: 01 ago. 2006
- MIYAZAKI, A.Y.; TAKUSHI, F.J.A.R.; REICHE, M. Avaliação do nível de conhecimento e motivação relativo à saúde bucal em duas es colas de Londrina, Paraná. *Semina*, v.18, ed. Especial, p.83-89, fev.1997.

MODESTO,A. Determinação do risco à doença cárie e da periodicidade das consultas de manutenção em crianças de 0 a 36 meses. JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v.1, n.3, p.41-42, 1998.

MONTANDON, E.M., DANTAS, P.M., MORAES, R.M., DUARTE, R.C. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v. 4, n. 18, p. 170-173, mar/abr, 2003.

MONTEIRO, S., REBELLO, S., SCHALL, V. Jogando e aprendendo a viver: uma abordagem da AIDS e das drogas através de recursos educativos. In: MESQUITA, F., BASTOS, F.I., orgs. Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. HUCITEC: São Paulo; 1994, p.133-146.

MONTEIRO, S.S., VARGAS, E.P., REBELLO, S.M. Educação, prevenção e drogas: resultados e desdobramentos da avaliação de um jogo educativo. Educ. Soc., v. 83, n. 24, p. 659-678, 2003.

MOSCOVICI, S. La Psychanalyse, son image, son public. Paris: PUF, 1961.

MOURA SMSR, ARAÚJO MF. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no programa mãe canguru. Psicologia em Estudo,v10,n1,p37-46,2005.

NADANOVSKY, P.; AUBREY, S. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. Community Dent Oral Epidemiol, v.23, n.6, p.331–339, 1995.

NAKANO MAS. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. Cad Saúde Pública,v19(sup.2),ps355-s363,2003.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A.G.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.

NASCIMENTO, Z.C.P.; LOPES, W.C. Gravidez na adolescência: enfoque odontopreventivo. ROBRAC, v. 6, n. 20, p. 27-31, 1996.

NEVES, L.A.S.; GIR, E. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. Rev Latino-am Enfermagem, v. 14, n.5, p.781-788, 2006.

OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTIK, G.; COLLINS, J.; BOYD, D.; MAYNOR, G.; MCKAIG, R.; BECK, J. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol, v. 67, p. 1103-1113, 1996.

OFFENBACHER, S.; JARED, H.L.; OREILLY, P.G.; WELLS, S.R.; SALVI, G.E.; LAWRENCE, H.P.; SOCRANSKY, S.S.; BECK, J.D. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. Annals of periodontology, v. 3, n. 1, p. 233-250, jul, 1998.

OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTIK, G.; COLLINS, J.; BOYD, D.; MAYNOS, G. et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol, v.67, p.1103-1113, 1996.

- OLIVEIRA, A.C.A.P.; OLIVEIRA, A.F.B. Saúde bucal em gestantes: um enfoque educativo-preventivo. JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v. 2, n. 7, p. 182-85, 1999.
- OLIVEIRA MM, PINTO IC. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na Estratégia saúde da Família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant, v7, n1,p31-38,2007.
- OLIVEIRA RM, VALLA VV. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. Cad. Saúde Pública v17(suplemento),p77-88,2001.
- PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciênc. saúde coletiva, v. 9, n. 1, 2004.
- PBH – PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br>>. Acesso em: 02 jul. 2006.
- PERSON, R.E.; PERSON, G.R.; POWELL, L.V.; KIYAKI, H.A. Periodontal effects of a biobehavioral prevention program. J Clin Periodontol, v. 25, p.322-329, 1998.
- PETRY, P.C.; PRETTO, S.M. Educação e motivação em Saúde Bucal. In: KRIGER, L. Promoção de Saúde Bucal- ABOPREV. 2ª. ed. São Paulo: ARTES MÉDICAS, 1999, cap. 15, p. 365-370.
- PINE, C.M.; CURNOW, M.M.; CHESTERS, R.K.; NICHOLSON, J.; HUNTINGTON, E. An intervention programme to establish regular toothbrushing: understanding parents' beliefs and motivating children. Int Dent J, v.50, n.6, p.312-323, 2000.
- PINTO, V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER, L. Promoção de Saúde Bucal- ABOPREV. 2ª. ed. São Paulo: ARTES MÉDICAS, 1999. cap. 2, p. 29-41.
- RAYANT, G.A., SHEIHAM, A. An analysis of factors affecting compliance with tooth-cleaning recommendations. J Clin Periodontol, v.7, p.289-299, 1980.
- RIPARDO, S. Os Campeões do Varejo. Folha de São Paulo (online). Disponível em: <<http://www.folha.com.br>>. Acesso em 01 de maio de 2007.
- ROMERO, R.M.D.; CÁRDENAS, M.C.; RIOS, J.F.T.; MARTINEZ, C.E.C. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Revista ADM, v. LVIII, n.2, p.68-73, 2001.
- SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. O Conhecimento no Cotidiano. 1ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1999. cap. 1, p. 19-45.
- SALVADOR, E.; cicco A. Clasificación de la halitosis. Acta Odontológica Venezolana, v. 40, N.2, p.181-184,2002.
- SANTOS, P.A.; RODRIGUES, J.A; GARCIA, P.P.N.; CORONA, S.A.M. Educação e motivação: impacto de diferentes métodos sobre o aprendizado infantil. JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v.5,n.26, p.310-315,2002.

SANTOS, M.E.M. Odontólogos e suas noções sobre educação em saúde bucal. 2005, 122 p. Dissertação (Mestrado em saúde da criança e da mulher) - Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

SCAVUZZI, A.I.F.; ROCHA, M.C.B.S.; VIANNA, M.I.P. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v. 1, n. 4, p. 43-50, 1998.

SCAVUZZI, A.I.F.; ROCHA, M.C.B.S. Atenção odontológica na gravidez. Revista da faculdade de odontologia da UFBA, v. 18, p. 46-52, jan/jun, 1999.

SCHALL, V.T., JURBERG, P., ALMEIDA, E.M., CASZ, C., CAVALCANTE, F.G., BAGNO, S. Educação em saúde para alunos de primeiro grau. Avaliação de material para ensino e profilaxia da esquistossomose. Rev. Saúde Públ., v. 21, n. 2, p. 387-404, 1987.

SÍCOLI JL, NASCIMENTO PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface_Comunic, Saúde, Educ,v7,n12,p:101-22,2003.

SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção de saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cad Saúde Pública, v.20,n5,p1354-1360,2004.

SOUZA, G.A.; SILVA, A.M.M.; GALVÃO, R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. Pesqui Odontol Bras, v.16, n.1, p.57-62, 2002.

SOUZA, V.F.; ALCANTARA, D.S.M.; OLIVEIRA, A.M.; PIRES, D.M.; ROCHA, M.C. B.S.; CANGUSSU, M.C.; VIDAL, S.M.; NETO, A.A.A.; PASTOR, I.M. O. Estudo da prevalência da cárie dentária e outras condições de saúde em escolares de 6 a 14 anos de Couts – Salvador/Bahia. Revista da faculdade de odontologia da UFBA, v. 18, p. 19-24, jul/dez, 1999.

SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. Cad. Saúde Pública, v. 9, n. 3, p 300-308, jul/set, 1993.

STRAETMANS, M.M.E.; VAN LOVEREN, C.; SOET, J.J.; GRAAFF, J.; TEN CATE, J. M. Colonization with mutans streptococci and lactobacilli and the caries experience of children after the age of five. J Dent Res, v. 77, n. 10, p. 1851-1855, oct, 1998.

SYRJÄLÄ, A.M.H.; KNECKT, M.C.; KNUUTTILA, M.L.E. Dental self-efficacy as a determinant to oral health behavior, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. J Clin Periodontol, v.26, p.616-621, 1999.

TAMIETTI, M.B.; CASTILHO, L.S.; PAIXÃO, H.P. Educação em saúde bucal: inadequação de uma metodologia tradicional. Arquivos de Odontologia, v. 34, n. 1, p. 33-45, jan/jun, 1998.

TASH, R.H.; O'SHEA, R.M.; COHEN, L.K. Testing a preventive-syntomatic theory of dental health behavior. Am J Public Health, v.59, n.3, p.514-521, 1969.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Cariologia Clínica. 2ª ed. Editora Santos, 1995.

- TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública v.39 n.3 São Paulo jun. 2005
- VARGAS, A.M.D.; PAIXÃO, H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Ciênc Saúde Coletiva, v.10, n.4, p.1015-1024, 2005.
- YULI, M.; ANDREÍNA, M.; YURAIMA, P. Manifestaciones bucales de la diabetes mellitus gestacional. Acta Odontológica Venezolana, v. 40, n. 2, p.160-164, 1998.
- WALTER, L.R.F., NAKAMA, R. Prevenção da cárie dentária através da identificação, determinação e controle dos fatores de risco em bebês – Parte I. JBP-Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê, v. 1, n. 3, p. 91-100, 1998.
- WANDERLEY, M.T.; CORRÊA, M.S.N.P.; NOSE, C.C. Educação e motivação na promoção da saúde bucal. In: CORRÊA, M.S.N.P. Odontopediatria na Primeira Infância. Editora Santos, 1998, cap.28, p.389-402.
- WEYNE, S.C.; HARARI, S.G. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: BARATIERI, L.N. Odontologia Restauradora. Fundamentos e Possibilidades. Editora Santos, 2001, cap.1, p.03-29.
- WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. Rev Assoc Paul Cir Dent, v. 52, n.4, p.307-316, 1998.

7. ANEXOS

Anexo I

Roteiro para entrevista semi-estruturada – Gestantes

- Idade
- Escolaridade
- Ocupação
- Número de filhos
- Tempo de gestação
- Significado da gestação.
- Transformações decorrentes da gravidez
- Percepção sobre o processo saúde-doença-cuidado
- Percepção sobre o processo saúde-doença-cuidado bucal
- Percepção sobre atenção odontológica durante a gravidez
- Percepção sobre promoção de saúde e prevenção de doenças

Anexo II

Termo de consentimento Livre e esclarecido

Você está sendo convidada a participar de um estudo que será realizada pelo Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR)/ FIOCRUZ. Essa pesquisa tem como objetivo o levantamento de suas opiniões, crenças e saberes em relação à saúde e doença, gravidez e atendimento odontológico.

Salientamos que sua participação é voluntária e será importante para conhecermos melhor as gestantes de sua comunidade e assim podermos elaborar ações educativas em saúde bucal que melhor atendam às suas necessidades. Não há qualquer tipo de risco relacionado à sua saúde, visto que a pesquisa se dará por meio de entrevista, a qual você poderá responder livremente. A entrevista será gravada. Os dados obtidos através de suas respostas serão trabalhados apenas pelo pesquisador, e poderão se tornar públicos em revistas científicas, sem que haja identificação individual; o seu nome não aparecerá em nenhuma ocasião da pesquisa. Você poderá pedir esclarecimentos ou se retirar do estudo em qualquer fase, sem que isso implique em qualquer dano, custo ou penalização a sua pessoa.

Antes de assinar este termo, você deve informar-se plenamente sobre o mesmo, esclarecendo todas as suas dúvidas. Se você for menor de 18 anos, pedimos que este termo seja lido e assinado por seu responsável, para que autorize sua participação.

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente do inteiro teor do Termo de Consentimento para participação do estudo intitulado Educação em Saúde Bucal para Gestantes: Construção e Multiplicação de Saberes, decidindo-me a participar da investigação proposta depois de ter formulado perguntas e de receber respostas satisfatórias a todas elas, e ciente de que poderei voltar a fazê-las a qualquer tempo ou me retirar do estudo se assim for o meu desejo.

Belo Horizonte, de de 2007.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do responsável: _____

Celina Maria Modena (pesquisadora/psicóloga): _____

Virgínia Torres Schall (pesquisadora): _____

Taís Rocha Figueira (pesquisadora): _____

Contato: Laboratório de educação em saúde, Av. Augusto de Lima, 1715, Barro Preto, Belo Horizonte – MG, telefone (31) 3349-7741, horário: 9 às 12hs e 14 às 17hs, e-mail: taisfigueira@cpqrr.fiocruz.br

Comitê de ética em pesquisa/SMSA: Av. Afonso Pena 2336, 9º andar, telefone 3277-8222.

Anexo III

Autorização de Uso de Imagem

Antes de assinar este termo, você deve informar-se plenamente sobre o mesmo, não hesitando em formular perguntas sobre qualquer aspecto que julgar conveniente esclarecer.

Eu, _____, venho pela presente, autorizar, a utilização de minha imagem no projeto Educação em saúde bucal para gestantes: construção e multiplicação de saberes, que é uma pesquisa do Centro de Pesquisa René Rachou – FIOCRUZ. Esta utilização estará restrita à publicação ou edições de vídeo relacionadas à pesquisa, sendo de caráter acadêmico e/ou educativo.

Concordo que o Centro de Pesquisa René Rachou – FIOCRUZ está habilitado a usar a minha imagem no projeto, bem como nos materiais promocionais do mesmo, incluindo o direito de cópia sem limitação do número de edições.

Por se tratar de um trabalho sem fins comerciais, estou de acordo que todo material resultante do projeto Educação em saúde bucal para gestantes: construção e multiplicação de saberes, de propriedade do Centro de Pesquisa René Rachou – FIOCRUZ, incluindo suas cópias, não produzirá qualquer forma de pagamento ou reembolso em meu benefício.

Também estou de acordo que o Centro de Pesquisa René Rachou – FIOCRUZ não se obriga a usar a imagem ora cedida na pesquisa caso não seja necessário, ficando esta questão à escolha do autorizado.

Belo Horizonte, de de 200__.

Assinatura do voluntário



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

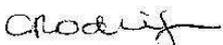
Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 055/2006

**Projeto: “EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL PARA GESTANTES:
CONSTRUÇÃO E MULTIPLICAÇÃO DE SABERES.”**

Nome do pesquisador: Celina Maria Modena – orientadora
Telefone: 3349-7734 **e-mail:** celina@cpqrr.fiocruz.br

**O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da
CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.**

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do
projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2006.