

Maria Luiza da Matta Felisberto Fernandes

**Análise comparativa das percepções em saúde bucal de adolescentes  
grávidas e não grávidas:  
um ponto de partida para a promoção em saúde bucal**

Belo Horizonte  
Faculdade de Odontologia da UFMG

2002

Maria Luiza da Matta Felisberto Fernandes

**Análise comparativa das percepções em saúde bucal de adolescentes  
grávidas e não grávidas:  
um ponto de partida para a promoção em saúde bucal**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Odontopediatria

Orientadoras: Prof. Isabela Almeida Pordeus

Prof. Laura Helena Pereira Machado Martins

Belo Horizonte

Faculdade de Odontologia da UFMG

2002

## AGRADECIMENTOS

- Às Profas. Sheyla Auad, Isabela Pordeus e Laura Helena P. M. Martins que foram meus exemplos e nas quais me espelhei para trilhar este caminho.
- Ao Prof. Dr. Saul Martins de Paiva, modelo de mestre amigo e de talento profissional.
- À Prof. Dra. Isabela Pordeus, pela orientação segura, pela maneira sincera e delicada que sempre me tratou, pela paciência e pelo exemplo de uma capacidade intelectual que sempre me deixou maravilhada!
- À Prof. Laura Helena pela sabedoria, paciência e valiosa orientação, pelos sorrisos... Como foram importantes... principalmente nos momentos mais difíceis.
- À Prof. Dra. Helena Paixão que muito me ajudou sendo relatora do meu projeto de pesquisa e de quem sempre recebi orientações valiosas no jeito e caminho a seguir!
- À Prof. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira, pelo apoio em receber as adolescentes que necessitavam de atenção odontológica no Projeto de extensão “Saúde bucal para adolescentes”, por possibilitar minha calibração para os exames bucais nesta mesma clínica e pelo jeito amigo de ser!
- À Prof. Dra. Maria Urânia Alves que gentilmente me cedeu uma cópia de sua tese de doutorado e que, muito contribuiu para a realização deste trabalho.
- À Deus, N. Sra., Santa Rita de Cássia e São José: pela saúde, perseverança, paciência, força e por iluminar o meu caminho. A fé eleva o Homem!
- Às adolescentes que participaram do estudo, sem a ajuda e boa vontade de vocês nada seria possível.
- Ao Dr. Sérgio, pela amizade gratuita e incrível boa vontade. Por possibilitar o acesso e integração na equipe de saúde da prefeitura de Belo Horizonte, obrigada pela acolhida!
- À equipe de saúde do Centro de Saúde São José, através da pessoa da Dra. Cláudia,

gerente do Posto de Saúde e à equipe da odontologia: D. Arlita, Rosalí e Dra. Fernanda. Pela amizade, carinho e pela ajuda na marcação das entrevistas com as adolescentes.

- À Denize, bibliotecária do CRO-MG. Sua boa vontade e dedicação não se paga. Você é uma pessoa muito especial!
- Às funcionárias da Pós-graduação em odontologia, pelos favores, paciência e compreensão, principalmente à Wanessa.
- À tia Doutora, por me ajudar a conseguir referências bibliográficas que eram de difícil acesso e pelo interesse em me ajudar, muito obrigada mesmo! À tia Adelaide que eu sei que esteve torcendo sempre por mim!
- À colega Renata P. de Minas pela força e amizade sincera.
- À D. Zaíra, meu porto seguro nas horas difíceis...
- Ao Dr. João Sylla M.F. Filho pelo esmero e carinho com que acolheu os pacientes durante o tempo em que precisei me ausentar da clínica.
- Aos meus pais e irmãos, pelo carinho, compreensão, força e presença constante.
- À Prof. Dra. Maria de Lourdes M. Fernandes (Maú), pelo apoio, pela amizade, pelos estudos estatísticos e pelo exemplo da vida profissional!
- Em especial, ao meu marido Alexandre, pelo amor, pela paciência, pela amizade e cumplicidade, pelo companheirismo até nas viagens de estudo e congressos, pelas ajudas com o computador, pela compreensão sem limite e pelo exemplo de sapiência e humildade!!!
- À Capes, pelo incentivo à pesquisa.

Dedico esse trabalho ao meu marido

*Alexandre, pelo amor, apoio e carinho constante.*

*Meu exemplo de coragem e sabedoria,*

*meu sentido de vida!*

*Maravilhoso é volver os olhos para trás e constatar  
quantos obstáculos vencidos, quantos sacrifícios,  
quantos esforços, quantas preocupações ...  
Mas é maravilhoso ainda olhar para frente com fé,  
sabendo que existe uma força maior,  
que nos acompanha dia a dia, e que,  
ao descortinarmos um novo horizonte,  
poderemos fazer o bem, doando, àqueles que precisam,  
um pouco do que somos e aprendemos ...*

Maria Luiza

# SUMÁRIO

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

|  |    |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....   | 14 |
| 2 PROPOSIÇÃO.....  | 19 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA.....   | 21 |
| 3.1 A adolescência .....   | 21 |
| 3.2 A gravidez.....  | 25 |
| 3.3 Gravidez e adolescência .....  | 28 |
| 3.4 A saúde bucal na adolescência e na gravidez .....  | 34 |
| 3.4.1 Alterações fisiológicas na cavidade bucal durante a adolescência e gravidez .          | 34 |
| 3.4.2 A saúde bucal materna relacionada ao nascimento de bebês de baixo-peso ....            | 44 |
| 3.4.3 A atenção odontológica na gravidez.....  | 47 |
| 3.5 A importância da mãe no desenvolvimento da saúde bucal da criança.....                   | 54 |
| 3.5.1 A mãe como transmissora da susceptibilidade aos problemas bucais nas<br>crianças ..... | 54 |
| 3.5.2 A mãe como agente multiplicador de saúde .....   | 58 |
| 3.5.2.1 A socialização primária sob a ótica da psicanálise.....                              | 58 |
| 3.5.2.2 Estudos que relacionaram a mãe como principal promotora de saúde bucal               | 60 |
| 3.6 A historicidade do papel da mulher na sociedade .....                                    | 64 |
| 3.7 O processo de construção das percepções sobre saúde-doença.....                          | 71 |
| 3.7.1 Significado e consciência .....  | 75 |
| 3.8 Conhecimentos e práticas em saúde bucal por gestantes.....                               | 78 |
| 3.9 Conhecimentos em saúde bucal por jovens e adolescentes .....                             | 85 |
| 3.10 A saúde bucal de crianças e adolescentes no Brasil .....                                | 86 |
| 3.11 Os estudos qualitativos .....   | 88 |
| 4 METODOLOGIA.....   | 94 |
| 4.1 O campo de pesquisa .....  | 94 |

|  |     |
|--|-----|
| 4.2 Trabalho de campo.....   | 96  |
| 4.3 População estudada.....  | 98  |
| 4.4 As entrevistas.....  | 99  |
| 4.5 Levantamento de necessidades em saúde bucal .....                              | 101 |
| 4.6 O emprego da avaliação quantitativa.....                                       | 104 |
| 4.7 O emprego da avaliação qualitativa.....  | 105 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....   | 110 |
| 5.1 Caracterização das participantes da pesquisa .....                             | 110 |
| 5.2 Condição de saúde bucal.....   | 116 |
| 5.3 Análise qualitativa .....  | 127 |
| 5.3.1 A multiplicidade de ambientes formadores de opiniões sobre saúde bucal ..... | 127 |
| 5.3.2 A odontologia em si e a odontologia para si.....                             | 131 |
| 5.3.2.1 A representação da atenção odontológica.....                               | 131 |
| 5.3.2.2 Os medos e suas origens .....  | 132 |
| 5.3.2.3 Os motivos de se procurar o dentista.....                                  | 134 |
| 5.3.2.4 Os motivos para não se procurar o dentista .....                           | 135 |
| 5.3.3 Saúde bucal: saberes e cuidados .....  | 142 |
| 5.3.4 Função social dos pais .....   | 150 |
| 6 CONCLUSÕES .....   | 154 |
| 7 ABSTRACT.....  | 157 |
| 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 158 |
| ANEXOS .....   | 179 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|              |  |
|--------------|--|
| Ca           | - Cálcio   |
| CEBRAP       | - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento                    |
| CNS          | - Conselho Nacional de Saúde                                     |
| COEP         | - Comitê de Ética em Pesquisa                                    |
| CPITN        | - Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal   |
| CPOD         | - Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados                |
| EUA          | - Estados Unidos da América                                      |
| FEBRASGO     | - Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia |
| GEHA         | - Gengivo-estomatite herpética aguda                             |
| GUNA         | - Gengivite-ulcerativa-necrosante-aguda                          |
| IBGE         | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                |
| IgA          | - Imunoglobulina A   |
| IL-1         | - Interleucina-1   |
| IL-6         | - Interleucina-6   |
| LPS          | - Lipopolissacárides   |
| OMS          | - Organização Mundial de Saúde                                   |
| OPAS         | - Organização Panamericana de Saúde                              |
| PAI-2        | - Inibidor do ativador de plasminogênio tipo-2                   |
| PgE2         | - Prostaglandina E2  |
| PSF          | - Programa Saúde da Família                                      |
| S. mutans    | - Streptococos mutans  |
| SAI/SUS      | - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde   |
| SMS-BH       | - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte                |
| SUS          | - Sistema Único de Saúde   |
| TNF $\alpha$ | - Fator necrosante de tumor alfa                                 |
| UNESP        | - Universidade do Estado de São Paulo                            |

## LISTA DE TABELAS

|  |     |
|--|-----|
| TABELA 1 - Número de adolescentes grávidas e não grávidas que relataram estudar e trabalhar .....                                  | 111 |
| TABELA 2 - Opinião das adolescentes quanto às questões abordadas nas entrevistas.....  | 113 |
| TABELA 3 - Índice do consumo de açúcar das adolescentes grávidas e não grávidas participantes do estudo .....                      | 114 |
| TABELA 4 - Valores dos índices CPOD e de seus componentes avaliados ao exame clínico das adolescentes grávidas e não-grávidas..... | 117 |
| TABELA 5 - Condição periodontal avaliada por sextantes bucais das adolescentes do estudo .....                                     | 120 |

## **LISTA DE FIGURAS**

|   |    |
|---|----|
| FIGURA 1 - Divisão geográfica das regionais.....                        | 94 |
| FIGURA 2 - Localização geográfica dos bairros da regional Noroeste..... | 95 |

## LISTA DE GRÁFICOS

|  |     |
|--|-----|
| GRÁFICO 1- Idade gestacional das adolescentes .....  | 110 |
| GRÁFICO 2 - Classificação econômica das entrevistadas.....   | 111 |
| GRÁFICO 3 - Padrão de consumo de açúcar entre os grupos.....   | 114 |
| GRÁFICO 4 - Prevalência de sangramento gengival, por sextantes bucais, das<br>adolescentes grávidas e não grávidas ..... | 121 |
| GRÁFICO 5 - Prevalência de cálculo nas adolescentes gestantes ou não gestantes.  | 122 |
| GRÁFICO 6 - Prevalência de bolsas periodontais rasas nos grupos das<br>adolescentes gestantes e não gestantes .....      | 123 |
| GRÁFICO 7 - Prevalência de bolsas periodontais profundas nas adolescentes<br>gestantes e não gestantes .....             | 125 |

## RESUMO

Esse estudo buscou conhecer as percepções sobre saúde bucal de um grupo de adolescentes grávidas e não grávidas, com características sociais e econômicas semelhantes e de mesma faixa etária. Também foi avaliada clinicamente a necessidade de tratamento odontológico do ponto de vista da cárie dentária e doença periodontal de todas as participantes no intuito de verificar se havia diferença clínica significativa no estado de saúde bucal dos dois grupos. Pretendeu-se observar, através do relato das adolescentes, o impacto da gravidez como interferência no comportamento ou nas condições de saúde bucal das mesmas. O trabalho de campo desenvolveu-se por meio de entrevistas individuais com 60 adolescentes (30 grávidas e 30 que nunca haviam vivenciado gravidez), de idades compreendidas entre 12 a 18 anos. Todas as adolescentes moravam na vila São José, periferia de Belo Horizonte-MG. A pesquisa baseou-se nos princípios e conceitos da epistemologia qualitativa com tratamento estatístico de alguns dados sobre condição de saúde bucal, obtidos através de exame clínico, visando a complementaridade das informações. Verificou-se não haver diferença nos comportamentos e crenças em saúde bucal em ambos os grupos. A odontologia não foi prioridade para as adolescentes deste estudo apesar destas valorizarem muito a estética em seus discursos. O dentista foi lembrado nas ocasiões de emergência. A gravidez não foi vista como causa de alterações bucais nem sequer empecilho para tratamento odontológico. Entretanto uma alta proporção das adolescentes não procurou o dentista nos últimos 12 meses. Não houve diferença estatística nos índices CPOD dos grupos das adolescentes grávidas (5,9) e não grávidas (5,4), apresentando-se alto em ambos os grupos. A cárie foi a alteração bucal mais citada embora não tenha sido percebida como doença pelas adolescentes. Para as alterações periodontais, verificou-se a necessidade de procedimentos simples posto que o sangramento gengival foi a afecção periodontal mais prevalente, diagnosticada em 90% do total das adolescentes. O cálculo foi diagnosticado em 50% das adolescentes, a bolsa rasa em 20% e a bolsa profunda em apenas uma jovem (1,66%). Não houve diferença estatística na prevalência de tais alterações entre os grupos. Assim, observou-se que 90% das participantes do estudo necessitavam de orientação para higiene e profilaxia, 50% precisavam de raspagem, 20% requeriam curetagem subgengival e para apenas 1,66% foi indicado tratamento cirúrgico.

## INTRODUÇÃO

*Dá início a tudo quanto fores capaz de fazer ou de imaginar,  
na audácia há luz, gênio e vigor!*

Goethe

## 1 INTRODUÇÃO

Considerando-se o conceito mais atual da Organização Mundial de Saúde (OMS), de que saúde se refere a um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social (Fleck, 2000), observa-se a importância da manutenção da saúde bucal na qualidade de vida já que, as alterações ou problemas bucais podem enfraquecer funções físicas, sociais e afetar a auto-estima (Chen & Hunter, 1996).

Como as doenças bucais podem ter um impacto significativo nos aspectos sociais e psicológicos, a maior contribuição que a odontologia pode fornecer é melhorar a qualidade de vida através da prevenção e tratamento das necessidades em saúde bucal (Cohen & Jago, 1976).

Em relação às crianças, a prevenção das alterações bucais é o maior objetivo dos odontopediatras. Hoje sabe-se muito sobre o processo das patologias e sobre os métodos de evitá-las. Entretanto, a compreensão dos fatores que influenciam o comportamento em saúde bucal das crianças, levando-as ao desequilíbrio da microflora são pouco abordados e merecem ser considerados.

Sabe-se também, que os pais, e principalmente a mãe, são responsáveis pelo padrão de comportamento em saúde de seus filhos (Koch et al., 1995). Com isso, torna-se válido investir em projetos de atenção e orientação em saúde bucal a estes que são responsáveis pelas crianças (Blinkhorn, 1981).

A literatura revelou que a gestação é o período ideal para se iniciar a prevenção e educação, visando atitudes favoráveis e hábitos saudáveis à saúde bucal tanto dos pais quanto dos filhos. Nesta fase, a mulher apresenta-se mais receptiva a conhecimentos e incorporação de novos hábitos (Menino & Bijella, 1995; Rosa et al., 1996; Weinstein et al., 1999).

A mãe exerce o papel fundamental como educadora e formadora de hábitos e atitudes dos filhos (Blinkhorn, 1981; Pordeus, 1991; Paunio et al., 1994; Konish, 1995), além de representar a primeira e principal fonte no estabelecimento da microflora bacteriana da cavidade bucal do bebê (Kohler et al., 1984; Alaluusua et al., 1989;

Aaltonen, 1991). Assim torna-se clara a importância do meio familiar na manutenção da saúde bucal dos filhos (Pordeus, 1991).

O padrão de comportamento familiar é o fator preponderante na determinação do estado de saúde ou doença bucal na família pois interfere no estabelecimento de costumes ou hábitos. A herança biológica também é citada, através da literatura, na transmissibilidade do padrão de saúde bucal de pais para filhos, embora as manifestações dos estados de saúde bucal das crianças sejam mais relacionadas às características e costumes familiares como lembrou Pordeus (1991).

Observa-se que as condutas favoráveis à saúde bucal das crianças estão relacionadas a um maior grau de esclarecimento dos pais, e principalmente das mães, sobre os meios de prevenção em saúde bucal como a menor utilização de sacarose no preparo de mamadeiras e a introdução mais precoce do hábito de higiene bucal para os filhos (Aquad, 1999).

Assim, medidas de promoção de saúde durante a gravidez representam uma oportunidade ímpar de se preparar os pais, e principalmente a mãe, para cuidar e orientar sobre a higiene bucal e a alimentação saudável dos futuros bebês, prevenindo então a instalação da cárie precoce e a manutenção da saúde bucal na infância (Alves, 2000).

O interesse pelas gestantes em atenção odontológica representa um fator positivo no desenvolvimento de programas em saúde bucal. Na literatura, Goepeferd (1986) constatou o relevante aumento da procura das gestantes, à Universidade de Iowa, para o atendimento preventivo precoce e também para a avaliação da própria saúde bucal.

Contudo, no Brasil, os métodos de prevenção para saúde bucal, quando aplicados, são na maioria das vezes, direcionados a uma fase onde a cárie e doença periodontal já se instalaram ou os hábitos que as favorecem já estão formados (Walter et al., 1996).

A literatura também revelou haver receio e desmotivação, por parte das gestantes, em procurar tratamento odontológico preventivo ou curativo durante este período (Cozzupoli, 1981; Liefde, 1984; Bernd et al., 1992; Oliveira Jr. et al., 1997; Oliveira & Oliveira, 1999). O próprio folclore já abordou a questão; o adágio de que “cada filho custa um dente” é muito divulgado entre nós e repete-se em outros países

(Burket, 1952).

Outra questão atual é o aumento acentuado da gravidez entre adolescentes no Brasil (Olinto & Galvão, 1999; Gigante, 2000). Somando-se ao fato de que, muitas vezes esta gravidez não é desejada (Jejeebhoy, 1999), além de serem consideradas as características próprias da adolescência, como um período de confusões e instabilidades emocionais (Aberastury & Knobel, 1985), entende-se que uma atenção especial deve ser voltada a este grupo.

Quando se considera a condição de adolescente somada à condição de gestante, tem-se como resultado a geração de fatores complicadores para programas de promoção em saúde bucal. Envolve-se uma parcela da população para a qual, durante muito tempo, não se pensou em nenhum atendimento especial, que conseguisse responder às necessidades dos adolescentes, sendo dito apenas que “a adolescência é uma idade problemática e que com o tempo tudo passa...” como se esta frase encerrasse a discussão (Monteiro & Peres, 1992).

Por isso o melhor entendimento dos fatores que formam e influenciam os padrões de comportamento das adolescentes podem ajudar aos educadores em saúde nos esforços para o estabelecimento de práticas saudáveis, que dependem de um meio ambiente familiar favorável (Blinkhorn, 1980; Pordeus, 1991).

No espaço da relação entre 2 sujeitos, onde cada um traz para a relação sua concepção de mundo, pode-se conceber a concepção de saúde (Monteiro & Peres, 1992). Deste modo, o ponto de partida para o trabalho com adolescentes é a compreensão por parte do profissional, do próprio modelo de organização social, com as crenças, valores e procedimentos que efetivamente são adotados na vida em família, ou aqueles que consideram os “melhores” ou os “certos”. Igualmente é importante tomar conhecimento das experiências, teorias e influências envolvidas no processo de construção desse saber (Chen & Hunter, 1996).

Não é encontrada, na literatura, uma avaliação destas crenças ou medos com relação à saúde bucal, próprios de gestantes adolescentes de Belo Horizonte. Assim, dentro do quadro referencial metodológico da pesquisa qualitativa, trabalhando não apenas com os dados mais visíveis da realidade, mas tentando abranger o conjunto de crenças, valores e opiniões dos sujeitos sociais; pretendeu-se conhecer o saber de um

grupo de adolescentes grávidas, comparando-se a outro grupo de adolescentes não grávidas, como ponto de partida para promoção em saúde bucal.

## PROPOSIÇÃO

*... Je crois invinciblement que la science et la paix  
trionpheront de l'ignorance et de la guerre,  
que les peuples s'entendront, non pour détruire,  
mais pour édifier. ...*

L. Pasteur

## **2 PROPOSIÇÃO**

Os objetivos do presente estudo foram:

1. Observar, através do relato das adolescentes, se houve impacto da gestação como interferência do comportamento, conhecimento, ou das condições de saúde bucal das mesmas.
2. Investigar condutas, conhecimentos e crenças em saúde bucal deste grupo de adolescentes grávidas e não grávidas.
3. Avaliar comparativamente a condição de saúde bucal das adolescentes em relação às necessidades de tratamento dentário e/ou periodontal e as percepções sobre saúde bucal.

## REVISÃO DE LITERATURA

*Conviver e produzir o novo implica em correr riscos, no sentido de se buscar novos caminhos. Envolve o desenvolvimento de uma visão sistêmica que caracterize e englobe as relações de interdependência dos homens!*

Sapir

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A adolescência

Quando se pensa em abordar uma classe social ou um grupo como o de adolescentes, para se analisar a questão da percepção em saúde bucal, deve-se levar em conta a adolescente. Esta não é um objeto inerte, mas um sujeito que atua positivamente ou negativamente sobre a própria saúde (Tamiatti et al., 1998).

A expressão adolescente vem do latim *ad* = a, para a; e *olescere*, forma incoativa de *olere* = crescer. Segundo Aberastury & Knobel (1985), é o período compreendido entre a puberdade e o desenvolvimento completo do corpo. Deste modo, a adolescência é uma fase confusa, inquieta, por não se ter a forma física definida, que é a base referencial para o auto juízo (Lopez, 1957).

A adolescência compreende o período dos 10 aos 19 anos (Brasil, 1996) e é vista como uma fase de lutos e elaborações da própria personalidade. Aberastury & Knobel (1985) classificaram os lutos do adolescente em luto pelos pais da infância, luto pelo corpo infantil perdido e luto pelo papel e identidade infantil.

O sofrimento, a contradição, a confusão e os transtornos são inevitáveis na adolescência; estes sentimentos, entretanto, podem ser transitórios e elaboráveis. À medida que o adolescente tenha elaborado suas angústias, que são, em última instância, o que o leva à identificação, ele verá seu mundo interno mais fortificado e, conseqüentemente, sua realidade menos perturbadora (Aberastury & Knobel, 1985).

Refletindo-se sobre as necessidades dos adolescentes, reportou-se à teoria de Maslow, citada por Du-Gas (1984). Segundo este autor, as pessoas têm as mesmas necessidades básicas durante toda a vida. Contudo a natureza destas necessidades e sua importância relativa para o bem-estar individual variam com a idade da pessoa, ou seja, seu estágio de desenvolvimento físico e psicossocial é variável importante.

Tais necessidades foram hierarquizadas em 5 níveis por Maslow, citado por Eyer

& Bernocchi (1993): necessidades fisiológicas, necessidade de segurança, necessidade de amor e consideração, necessidade de estima e consideração, necessidade de auto-realização. Sendo assim, as necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la. Conhecer as características da adolescência e do meio social onde está inserido nosso grupo de estudo, ajuda a compreensão das expectativas das adolescentes colaboradoras da pesquisa.

Giglio & Guedes-Pinto (1998) relataram que as sociedades ocidentais valorizam o uso da intelectualidade, a submissão ao poder e o controle das emoções. Isto significa que o adolescente desenvolve extrema e perigosamente o intelecto. O corpo é facilmente abandonado, desvalorizado. Alguns ainda praticam esporte, valorizando o físico, mas a grande maioria reage até com raiva diante das transformações corporais. Muitos não aceitam o corpo que têm. Esta negação pode, muitas vezes, dificultar o trabalho odontológico com adolescentes.

Freeman (1999) definiu a adolescência como época de crise. É a época em que o jovem busca separar-se dos pais e identificar-se com os pares. Esse processo faz parte da socialização secundária.

Uchôa (1976) atribuiu a crise da adolescência também à transição da fase de dependência para a de independência. Ora é-lhe cobrado um comportamento de adulto, ora é lembrado da impotência e dependência em relação aos pais. O adolescente tenta encontrar uma definição segura de si mesmo. Não tem certeza de que pode controlar suas forças de ação; então, às vezes, sente um alívio secreto quando os pais adicionam o peso de sua autoridade aos seus controles incertos.

Sobre os aspectos comportamentais, Jersild (1969) descreveu que os adolescentes são mestres em disfarçar o medo, então manifestam este medo sob a forma de susto ou de agressividade. Muitos jovens podem ter a incapacidade de se relacionarem devido ao período de angústias pelo qual estão passando, então se tornam fechados em suas fantasias. Os adolescentes de classe econômica mais baixa são mais autoritários em suas atitudes, comparados aos da classe média. Estes têm maior tendência a adiar satisfações.

Lopez (1957) descreveu que a mudança de humor na adolescência pode estar

associada às alterações hormonais advindas da involução do timo e desenvolvimento das gônadas.

Stone & Church (1972) questionaram esse parecer, afirmando que o processo de adolescência não ocorre em todos os povos, sendo portanto um fato social. É produto de um crescente retardamento na tomada das responsabilidades adultas. Afirmaram também que a imaturidade é produto de como o meio trata essa fase.

Levy et al. (1990) relataram que o início da adolescência é marcado por um período onde os jovens, homens e mulheres, passam por uma profunda dependência dos pais. Esta fase pode ser seguida imediatamente por uma necessidade de independência e rejeição da opinião dos pais sobre qualquer assunto. As autoras constataram também as características comuns da adolescência que se integrariam, como: a busca pela identidade, a tendência grupal, a necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, desalocação temporal onde o pensamento adquire as características do pensamento primário, auto-erotismo até a heterossexualidade genital adulta, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas nas modificações de conduta, separação progressiva dos pais e constantes flutuações de humor e estado de ânimo.

Monteiro & Peres (1992) acreditam que a adolescência é vista, fundamentalmente, na nossa cultura, como uma fase de vida, onde o ser humano passa por profundas transformações, tanto a nível físico como psicológico, o que acaba por modificar sua relação com o mundo, já que esta “nova pessoa” que está se reconfigurando “passa a significar diferente no mundo e este passa a ser visto de forma diferenciada”, adquirindo novas dimensões e possibilidades.

Giglio & Guedes-Pinto (1998) lembraram que, quanto mais se exige do adolescente, mais condições psicológicas se dá a ele para se revoltar contra essa exigência; nesse sentido, o trabalho odontológico pode ser visto pelo indivíduo pressionado como mais uma forma de agressão e submissão, com todas as dificuldades recorrentes. Outro elemento a ser considerado nessa fase é a estética. Por viver num corpo que se transforma sem a possibilidade do controle pela vontade, o jovem volta-se para os aspectos estéticos de sua cultura, como forma de comparar o seu corpo com um modelo. O sorriso perfeito e os dentes certinhos fazem parte desse modelo. Pode-se, então, observar duas atitudes básicas: jovens que aceitam o tratamento odontológico,

prevendo um futuro esteticamente agradável e aqueles que não aceitam o tratamento porque não visualizam um futuro distante.

Uma das melhores formas de se aprender algo sobre os pacientes é desenvolver a arte de conversar, o que não é muito fácil, principalmente na faixa etária da adolescência, como lembraram Saba-Chufji et al. (1992), pois é uma fase de muitas mudanças na vida do ser humano. Os autores compararam diferentes métodos de motivação para saúde bucal em 120 adolescentes de São Paulo, de 12 a 16 anos. Compararam a eficácia dos métodos de prevenção em saúde bucal, tais como: orientação direta, filmes, diapositivos e folhetos educativos. Concluíram que a orientação direta, associada a filme em vídeo, foi o que apresentou melhores resultados para motivar aqueles adolescentes.

Freeman (1999) estudou os determinantes de comportamentos e atitudes em saúde bucal e constatou que, durante a adolescência, mais amizades são feitas fora do ambiente familiar. Nesta fase, os adolescentes se espelham nas atitudes e comportamentos dos amigos com relação aos hábitos em saúde bucal. Pode também surgir um conflito de interesses onde os adolescentes rejeitam os cuidados em saúde bucal. A autora citou casos de não cooperação de pacientes ortodônticos adolescentes na manutenção do aparelho bucal.

Do ponto de vista biológico, a entrada na fase da adolescência caracteriza-se pelo aumento na quantidade de hormônios circulantes, especificamente os hormônios sexuais que irão determinar uma série de transformações físicas, fazendo com que o corpo, até então criança, comece a esboçar os contornos do indivíduo adulto, com o aparecimento de pelos pubianos, crescimento das mamas nas meninas e a primeira menstruação (Monteiro & Peres, 1992).

Levando em conta a sexualidade na adolescência, Stone & Church (1972) afirmaram que o adolescente de classe social mais pobre é mais livre, inclusive sexualmente. Considerando a adolescente, algumas experimentam desejos sexuais como dos homens, uma pura necessidade imediata de sexo. A maioria das adolescentes experimenta sensações sexuais que não são claramente diferenciadas do romantismo, impulsos maternais e a busca do amor verdadeiro.

Contudo Silva (1998) lembrou que a adolescente é fortemente influenciada pela

mídia, que passa informações dúbias, as quais confrontam muitas vezes com os valores familiares. Cria-se assim espaço para a auto-afirmação e o desafio, levando as jovens muitas vezes, à gravidez indesejada.

Monteiro & Peres (1992) afirmaram que enquanto as transformações em nível biológico são bastante objetivas durante a adolescência, outras transformações igualmente importantes estão se dando. Tais transformações dizem respeito aos novos sentimentos e sensações que o adolescente vai viver, tais como a intensificação das sensações sexuais, o interesse pelo sexo oposto, o desejo de independência com relação aos pais e a curiosidade pelo mundo que o cerca. Enfim o mundo passa a ser visto, pelo adolescente, com novas cores e matizes, adquirindo novas dimensões e significados.

Coutinho (2000) lembrou que na adolescência são identificadas também doenças psicossomáticas resultantes de fatores estressores. Tais fatores são gerados pelas incontroláveis mudanças corporais e pela definição do papel sexual, além de eventos inesperados como rompimento de relacionamentos, conflitos familiares e escolares. Esse estresse significa um esforço para adaptação, geralmente em resposta a mudanças na vida.

Os transtornos psicossomáticos mais freqüentes na adolescência lembrados pela autora foram: dor abdominal, cefaléias, dor torácica, dor músculo-esquelética, fadiga crônica, lombalgias, artralguas, vertigens e zumbidos.

Conclui-se que a adolescência é uma fase com características específicas que merecem ser consideradas quando se pensa em abordar um grupo de jovens.

### **3.2 A gravidez**

Abordar-se-á a gravidez em seus aspectos psicológicos, com o objetivo de compreender o que muda na vida da mulher quando se começa a viver esta nova fase.

A gravidez é também considerada como um estado de crise. Maldonado (1986) a definiu como um estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidades de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos, mudança de identidade

e grande cobrança social.

Quando se fala em gravidez e maternidade, toda a sociedade exerce uma pressão sobre a gestante, vinculada ao processo histórico que relaciona maternidade à figura de N.Senhora, ou seja: pureza, caridade, humildade e obediência (Maldonado, 1986).

O processo histórico de cobrança social da gestante tem início no século XVI, quando a peste negra dizimou 1/3 da população européia. Nessas circunstâncias, uma grande prole significava promessa de renovação. Portanto a mulher assumiu o papel fundamental na responsabilidade pelo sucesso da gestação.

Entre os séculos XVI e XVII, a gravidez começou a tomar características de show e o parto, de um espetáculo. Maria de Médicis, conforme Maldonado (1986), teve seus 6 partos assistidos pelo rei, parteiras, médicos, príncipes e criados. Já nessa época a sociedade esperava da gestante um comportamento dócil e exemplar.

Rousseau, em 1762, lançou idéias fundamentais de família baseadas no amor materno. No Iluminismo, o discurso médico reafirmou as idéias de Rosseau. Então tornou-se hábito social dar conselhos sobre maternidade a todo momento, quando se encontrasse uma grávida. Sendo assim, a gestante não conseguiu impedir um certo grau de auto-impregnação de idéias alheias e, de certa forma, passou a ser condicionada a corresponder a elas, certas ou erradas (Iankilevich, 1987).

Rossel, em 1775, viu o corpo da mulher destinado à maternidade: os ossos menores e menos duros que do homem, a caixa torácica mais estreita e a bacia mais larga foram feitos para conter o feto. Esta definição reforçou a atribuição do papel de mãe à mulher e, portanto, o aceitar dessa função sem qualquer hesitação, pois fora projetada para isso (Maldonado, 1986), sem considerar a angústia vivida por ela, fruto natural de sua limitação física, mental e filosófica e da falta de compreensão do processo da vida e pequenez do ser humano (Iankilevich, 1987). Em 1806, a obstetrícia surgiu como especialidade médica, e a mulher passou a ser objeto de estudo.

No século XIX, começou a tornar-se mais claro o processo da fecundação. Antes, acreditava-se que a mulher só concebia quando atingia o orgasmo. Descobriu-se, então, que o prazer não era condição essencial para a concepção. A partir daí alguns médicos passaram, inclusive, a acreditar que a mulher frígida poderia ser fecundada com maior facilidade, pois, sendo mais passiva, reteria melhor o esperma. Dessa forma,

o prazer feminino passou a ser supérfluo ou até mesmo contra-indicado. Delineou-se assim a repressão da sexualidade feminina e a dissociação entre mulher-mãe e mulher-fêmea (Maldonado, 1986).

Também no século XIX começou a surgir o desejo das classes dominantes de se diminuir a prole. Alguns médicos recomendaram a abstinência sexual. Sexo só para reprodução. Para o prazer masculino, recomendou-se recorrer às prostitutas ou criadas. A interrupção das relações sexuais na gravidez também foi recomendada, tendo como justificativa evitarem-se acidentes, bem como estar a gestante com sua natureza satisfeita (Maldonado, 1986). Iankilevich (1987) lembrou que essas crenças ainda são fonte de pressão para algumas gestantes, sendo transmitidas ao longo de gerações, pela família.

No século XX, a psicologia exagerou na importância mãe-filho e acentuou a imagem de devoção e sacrifício, contribuindo para gerar maiores cobranças da sociedade à gestante e aumentar o grau de ansiedade da mesma (Iankilevich, 1987).

As novas condições econômicas do século XX atraíram o homem para fora de casa, delegando à mãe a função social, além da biológica, da maternidade. Além disto, a psicanálise responsabilizou a mãe por problemas e dificuldades que surgem nos filhos, contribuindo para a angústia vivida pelas gestantes (Maldonado, 1986).

As gestantes se encontram num momento de vida onde há fortes pressões sociais, além das modificações fisiológicas, que as deixam num equilíbrio instável (crise), porém mais acessível à incorporação e mudanças de hábitos (Maldonado, 1986).

Preocupação econômica, preocupação com o futuro, ameaça do equilíbrio do casamento, preocupação com a repercussão da alteração de sua imagem são causas de mais angústias na vida da gestante. Existem também ansiedades relacionadas aos períodos da gestação. No primeiro trimestre, é comum o medo do aborto; no segundo e terceiro trimestres, as alterações do desejo sexual e a aproximação do parto são fontes de mais angústias (Maldonado, 1986).

Episódios de enjôo, insônia, depressão, apatia, dores no estômago ou de cabeça, comuns no período gravídico, associadas a angústias, podem levar a gestante ao *stress*, intolerância ou extenuação psíquica (Maldonado, 1986).

No que diz respeito às mudanças psicológicas, Abdalla et al. (1999) lembraram

que a gestante carrega consigo o medo, sob várias formas: medo de que o companheiro não a ache mais atraente, medo de que a presença de possíveis estrias, varicosidades, aumento de pigmentação e ganho de peso a desfigurem, contribuindo para uma baixa da auto-estima e, por fim, medo de que aconteça algo com o bebê, tão querido quanto desconhecido, mas ansiosamente aguardado por toda a família.

Assim, a gravidez é considerada uma condição muito especial para a abordagem paciente/profissional.

### ***3.3 Gravidez e adolescência***

Todo adolescente tem, além da característica individual, as características do meio cultural, social e histórico em que vive. Os adolescentes de hoje sabem que a liberdade sexual não é promiscuidade e expressam, com frequência, a vontade da experiência. A maior liberação sexual pode trazer como consequência a gravidez. A gravidez na adolescência interfere no processo de amadurecimento, na medida em que interrompe a fase de elaboração da personalidade. Este fato pode contribuir para uma fragilidade ou desvio emocional (Aberastury & Knobel 1985).

Gomes et al. (1998) ressaltaram que a gravidez na adolescência é uma crise que se sobrepõe à crise da adolescência. Entretanto Dadoorian (1996) observou que, contrariamente à literatura tradicional, jovens de um hospital público do Rio de Janeiro, de baixo nível sócio-econômico, mostraram-se contentes com a perspectiva de serem mães. O intercurso da gravidez era fato rotineiro na classe pobre. A gravidez representava via de acesso à feminilidade, tornava-se um fenômeno social, isto é, maternidade social. Representava a possibilidade da restauração do narcisismo infantil. Apesar de se constatar que interferiu nos estudos, a maternidade não foi vista como problema nessa classe social. As adolescentes pobres deixavam os filhos com suas (suas, das adolescentes) mães para trabalharem e viam essa situação como um agrado à mãe. Por outro lado, a mãe revivia seu desejo de reparação narcisística que nunca se esgota na humanidade. A questão que se evidenciou não foi a falta de informação sexual, mas a falta de formação cultural e social dos desejos e fantasias que a gravidez despertava nas adolescentes.

A liberação do sexo antes do casamento, o uso de anticoncepcionais e outros fatores criaram uma atmosfera perfeita para que o jovem atual iniciasse sua vida sexual mais cedo. Assim, a gravidez na adolescência é uma realidade a ser considerada, justificando as ações específicas voltadas para este grupo (Dadoorian, 1996).

Dias et al. (1995) relataram que o aumento da gravidez na adolescência pode ser atribuído a várias outras causas, como: menarca em idade precoce, mudanças sociais e culturais levando ao aumento do número de adolescentes com vida sexual ativa, desconhecimento da fisiologia do corpo, problemas sócio-econômicos e ausência da educação sexual.

Segundo dados do Ministério da Saúde e do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), publicados no relatório “Comportamento Sexual da População Brasileira”, quase um terço das garotas e praticamente metade dos garotos já experimentaram uma relação sexual completa antes dos 15 anos. Além disso, mais de 20% das garotas entre 13 e 19 anos já enfrentaram uma gravidez no Brasil. Na Holanda esse índice é de menos de 1% (Brasil, 1999c).

O número de adolescentes no Brasil, em 2000, foi de 35.287.882, sendo que a população feminina representou 49,56%. Belo Horizonte apresentou 411.970 adolescentes residentes, de acordo com o último censo em 2000, com estimativa de crescimento de 3% ao ano (Brasil, 2000). Destes, 50,78% corresponderam à população feminina.

A cada ano, em todo o mundo, mais de 14 milhões de adolescentes dão à luz (Ribeiro, 2000). No Brasil, a última estimativa, para 1997, era de 965.566 adolescentes grávidas, o que significou quase 30% dos nascimentos de todo país. Além disso uma a cada 10 meninas de 15 a 19 anos no Brasil já possui 2 filhos (Sumula, 1999).

Os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 1996) revelaram que 18% das adolescentes brasileiras, de 15 a 19 anos, já haviam ficado grávidas alguma vez. Quarenta e nove por cento das gestações foram indesejadas.

Segundo a última estatística do registro civil, no Brasil, 26% dos partos em hospitais públicos, em 1996, foram de adolescentes (Brasil, 1996). Já em Belo Horizonte, os últimos dados da Secretaria Municipal de Saúde apontaram que 17% dos nascidos vivos em hospitais públicos foram de adolescentes, tanto em 1996 quanto em

1999 (Belo Horizonte, 2000).

A gravidez na adolescência representa um importante problema social e de saúde pública em muitos países (Ribeiro, 2000). Há tempos este problema é relatado. Em 1922, Harris relatou que a gravidez na adolescência trazia diversas dificuldades no trabalho de parto das adolescentes atendidas no hospital maternidade John Hopkins, nos Estados Unidos, além de morte prematura de bebês.

Cabral et al. (1985) verificaram a alta incidência de adolescentes grávidas em Belo Horizonte-MG e a grande proporção de gestantes solteiras; o que demonstrou que a maior parte das adolescentes não programaram suas gestações. Os autores observaram também problemas obstétricos, além da carência psicoemocional. Assim, enfatizaram a necessidade de atenção especial às adolescentes no período pré-natal no que diz respeito à saúde geral.

A gestação entre adolescentes vem aumentando e Jejbhoy (1999) salientou que a gravidez não é desejada entre 20 a 60% das gestantes adolescentes dos países em desenvolvimento, representando mais um agravo no equilíbrio emocional destas jovens.

Segundo Gomes et al. (1998), geralmente adolescentes provenientes de famílias pobres, de pouca instrução e cujas mães tiveram precocemente seu primeiro filho, correm um risco maior de engravidar. Ainda, famílias com história de violência, abuso de drogas e doença crônica de um dos pais podem predispor a adolescente a uma relação sexual prematura. Aquelas meninas que possuem baixa auto-estima, baixo rendimento escolar e falta de aspirações profissionais também constituem um grupo de risco. Para a adolescente, o evento da gravidez pode estar relacionado com uma tentativa de enfrentar qualquer uma de suas tarefas evolutivas.

No período da adolescência, os problemas associados com a gravidez concentram-se na adolescente-mulher, conforme descreveram Correia e Mcauliffe (1999), e podem levar as jovens a recorrerem ao aborto, de forma clandestina, já que não é regularizado no Brasil, representando mais um risco de complicação em saúde (Correia e Mcauliffe, 1999).

Para as adolescentes que decidem levar a gravidez ao final, a gestação e o parto podem apresentar riscos importantes. Para a adolescente que não completou seu próprio crescimento, a necessidade de satisfazer as demandas nutricionais do feto podem

prejudicar seu estado nutricional. Se o corpo da adolescente é pequeno, pode haver dificuldade da passagem do feto na hora do parto. A mãe adolescente pode não ter o amadurecimento suficiente para assumir plenamente este papel; isto se reflete nas maiores taxas de mortalidade infantil verificada entre filhos de adolescentes. Finalmente muitas das mães adolescentes não casam e perdem importantes oportunidades sociais, educacionais e profissionais, comprometendo em muito sua vida futura (Correia & Mcauliffe, 1999).

Dias et al. (1995) lembraram que a gravidez na adolescência representa a 7<sup>a</sup> causa de mortalidade por grupo etário e sexo, em adolescentes de 15 a 19 anos. Através de uma revisão de literatura, as autoras apontaram diversos autores que discutiram essa informação, considerando mais importante que a idade materna, os fatores sócio-econômicos e culturais que, relacionados com a gravidez na adolescência, aumentam o risco do óbito infantil.

Entre os riscos biológicos da gravidez em mães muito jovens, principalmente aquelas com idade de 15 anos ou menos, Dias et al. (1995) citaram:

- maior incidência de doença hipertensiva específica da gravidez.
- maior risco nutricional, pelo fato de as mães estarem também em fase de desenvolvimento e crescimento e, portanto, com maiores necessidades nutritivas;
- complicações na gravidez e parto devido à desproporção céfalo-pélvica;
- trabalho de parto prolongado.

Maia Filho et al. (1994) fizeram um estudo através de questionários envolvendo 55 adolescentes com menos de 15 anos, pacientes do serviço de obstetrícia do Hospital das Clínicas de Jundiaí, São Paulo, e 44 adultas com idade variável. Relataram que a idade biológica, por si só, não conferiu aumento de risco na gravidez. A alta proporção de primíparas, associada a fatores de risco, como estado civil (solteiras), baixo nível sócio-econômico e outros, poderiam ser as variantes definitivamente relacionadas às complicações da gestação que ocorrem em maior número nas adolescentes, quando comparadas às mulheres adultas.

Gigante et al. (2000) avaliaram a relação da situação nutricional materna e de variáveis sócio-econômicas e demográficas sobre a prevalência de amamentação aos 6

meses de idade. Foram estudadas 977 mulheres que tiveram seus filhos em 1993, na cidade de Pelotas-RS. Os autores observaram que o peso pré-gestacional interferiu na amamentação, pois a amamentação foi mais alta em mulheres que iniciaram a gestação com 49 Kg ou mais sendo as adolescentes um grupo mais susceptível a um período mais curto de amamentação a seus filhos.

O baixo peso de recém-nascidos também foi associado à idade materna. Gama et al. (2001) analisaram dois grupos de mães através do Sistema de Informações de nascidos vivos do Rio de Janeiro e observaram uma associação estatística entre baixo peso ao nascer com idade das mães entre 15 a 19 anos. Os autores concluíram que os resultados obtidos sugeriam que investigações sobre os mecanismos explicativos da associação entre o baixo peso ao nascer e a gravidez na adolescência deveriam ser realizadas, abrangendo fatores sócio-culturais como pobreza e marginalidade social, assim como as naturezas biológicas e nutritivas na gravidez.

No Brasil, vários estudos demonstraram o aumento no número de adolescentes grávidas.

Olinto & Galvão (1999), estudando 3002 mulheres de 15 a 49 anos em Pelotas RS, observaram que metade das adolescentes da amostra possuíam vida sexual ativa. Dentre essas, 33% já tinham estado grávidas.

Santos et al. (2000) verificaram que, dentre as 329 mães que compareceram aos postos de vacinação durante uma campanha contra poliomielite, no ano de 1998, em Teresópolis-RJ, 18% eram adolescentes menores de 19 anos.

Ribeiro et al. (2000) constataram um aumento de 4% de gestação em adolescentes de 13 a 17 anos, residentes em Ribeirão Preto-SP, tendo como agravante o fato de que nenhuma delas vivia com o parceiro.

Gigante et al. (2000) entrevistaram 977 mães em Pelotas-RS, o que representava 20% das gestantes daquela cidade em 1993. Verificaram que 15% da amostra eram de adolescentes, o que representou um número alto de adolescentes grávidas.

O desenvolvimento biológico do aparelho genital, a evolução intelectual e afetiva, o meio ambiente, as informações audiovisuais dão ao adolescente a consciência progressiva de sua sexualidade e sua utilização eventual. Entretanto, Cerqueira & Silva (1987), verificando hábitos e comportamentos dos adolescentes, concluíram que, para a

maioria desses jovens, falta o elemento “afetividade” nas relações sexuais. Infelizmente, comentaram as autoras, o consentimento, o hábito e a rotina natural retiraram do sexo o envolvimento emocional que se cria entre duas pessoas. As autoras observaram que a faixa etária para o início do relacionamento sexual está, com maior frequência, entre os 13 e 14 anos de idade, independente da classe social inquirida.

Com relação ao grau de instrução, dados do Ministério da Educação indicam que, no Brasil, 19% das adolescentes grávidas têm menos de 4 anos de estudo e 62% têm atraso escolar. Em Belo Horizonte, 76,43% são alfabetizadas, a média de estudo é de 6,3 anos. Dentre essas, 66,14% têm defasagem escolar (Brasil, 1996).

Monteiro & Peres (1992) fizeram uma análise crítica e entenderam que os dados que aparecem nas estatísticas oficiais têm origem na vida concreta dos adolescentes e não podem ser vistos e tratados isoladamente, ou seja, os altos índices de gravidez na adolescência, a alta mortalidade por causas externas, o nível de escolaridade, o grau de pobreza dos adolescentes relacionam-se entre si. Tais dados são reflexo da complexidade do real que só podem ser compreendidos dentro de seu próprio contexto.

Segundo Dias et al. (1995), existe, no Brasil, uma associação entre baixa escolaridade e óbito neonatal. O óbito é 1,6 vezes maior em mães com menos de 8 anos de estudo. Existe uma associação entre escolaridade inadequada e mães adolescentes, mesmo excluindo a faixa etária de 10 a 14 anos. Esse panorama pode estar relacionado ao fato de que mães adolescentes, principalmente de nível econômico mais baixo, com menor apoio psíquico e social da família e da sociedade, apresentam mais dificuldades em associar maternidade e escola.

Vislumbrando o panorama econômico das adolescentes grávidas no Brasil, observa-se, segundo o último censo de 2000, que 43% tinham renda *per capita* familiar de ½ salário mínimo. Trinta e dois por cento de ½ a 1 salário mínimo e 19,3% mais de 1 a 2 salários mínimos *per capita* (Brasil, 2000).

A forte relação entre maternidade na adolescência e pobreza traz à tona um dos mecanismos de reprodução biológica da pobreza que se traduz nas elevadas taxas de mortalidade infantil, desnutrição e outras graves carências da infância (Brasil, 2000).

Além dos fatores psicológicos, a gravidez na adolescência é um fator de risco por determinantes biológicos, como imaturidade do sistema hormonal e incompleto

desenvolvimento da cintura pélvica; estes determinantes podem interferir no desenvolvimento normal do feto, gerando complicações, como partos prematuros, fechamento incompleto do tubo neural e crianças de baixo peso, segundo dados da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (2000).

Em síntese, a gravidez na adolescência vem aumentando em vários países, inclusive no Brasil. A liberação do sexo e o maior número de jovens com vida sexual ativa aumentam este risco (Dias et al., 1995). Muitas vezes esta gravidez é desejada; mesmo assim representa um fator que se acresce à crise própria da adolescência (Aberastury & Knobel, 1985; Gomes et al., 1998). Como o maior risco de engravidar é das adolescentes pobres e com menor grau de instrução, a gravidez nesta idade é considerada um fator perpetuador da pobreza, além de representar um importante problema de saúde pública (Brasil, 2000; Gomes, 2000).

### ***3.4 A saúde bucal na adolescência e na gravidez***

#### **3.4.1 Alterações fisiológicas na cavidade bucal durante a adolescência e gravidez**

Constata-se que cárie e doença periodontal representam um dos mais prevalentes problemas de saúde na adolescência e, no entanto, os adolescentes não conhecem formas de preveni-las (Silva et al., 1997). À condição de adolescente acresce-se que a gravidez exacerba as condições patogênicas bucais já instaladas, agravando o quadro de saúde bucal (Konish, 1995).

Tratando-se da adolescência, esta representa uma fase de características especiais para a manutenção da saúde bucal. Estudos relatam a influência deste período nas alterações do equilíbrio do meio bucal tornando-se, assim, propenso ao desenvolvimento de lesões cariosas ou alterações gengivais.

Os tecidos gengivais são afetados por mudanças hormonais durante a puberdade e gravidez, revelados por sinais subclínicos de inflamação gengival, durante a fase ovulatória do ciclo menstrual, e pela piora da gengivite durante a gravidez. A gravidez induz um aumento da resposta tecidual aos fatores irritantes gengivais, tais como placa e tártaro, através da alteração do metabolismo tecidual (Løe & Silness, 1963).

Pinto (1990) e Guedes-Pinto (1991) salientaram que um dos períodos de exacerbação da cárie dentária ocorre na faixa etária de 11 a 18 anos, atacando a dentição permanente pré-erupcionada, sendo conhecida como cárie da adolescência.

Salvoline et al. (1998) discutiram sobre o efeito direto das alterações do ciclo menstrual, comuns na fase da adolescência, no metabolismo tecidual. Foi vista uma correlação entre o estado ovulatório da mulher e o nível de fosfatase na saliva, assim como uma variação cíclica no ácido siálico, glicose e alguns eletrólitos salivares. Os autores lembraram que a saliva tem um papel decisivo na manutenção da saúde bucal, e uma alteração na composição salivar interfere em seu papel de proteção dos tecidos bucais.

Steinberg (1999) estudou as alterações causadas pela puberdade e a gravidez e, no que diz respeito à puberdade, observou que os tecidos gengivais e a microflora subgengival respondem às grandes variações hormonais próprias desta fase. As variações hormonais são responsáveis pela seleção do tipo da microflora através da capacidade de essas bactérias metabolizarem a maior concentração de hormônios presentes.

Clinicamente, durante a puberdade, pode haver reação de hiperplasia nodular na gengiva em áreas onde há acúmulo de restos alimentares, matéria alba, placa e cálculo. Os tecidos inflamados ficam com aspecto avermelhado e podem ter aparência nodulada com papilas disformes e inchadas (Steinberg, 1999).

As alterações na cavidade bucal que podem acompanhar a menstruação incluem entumescimento eritematoso dos tecidos gengivais, ativação de herpes labial, úlceras aftosas, sangramentos gengivais prolongados e entumescimento de glândulas salivares (Steinberg, 1999).

Pomes et al. (2000) avaliaram a condição periodontal de 62 adolescentes de 11 a 15 anos de idade, de 17 localidades diferentes na Guatemala. Foram medidos os índices de placa, sangramento a sondagem e profundidade de bolsa. Sessenta e seis por cento apresentavam no mínimo um sítio de sangramento à sondagem e 42% exibiram no mínimo um sítio com profundidade de bolsa maior que 3 mm; 79% desses adolescentes apresentaram um alto índice de placa.

Gesser et al. (2001) estudaram a prevalência de sangramento gengival, cálculo

ou bolsas periodontais em 300 jovens de 18 anos, em Florianópolis-SC. Apenas 0,3% da população apresentou bolsa profunda; a prevalência de bolsas rasas foi de 7,7%. Enquanto a prevalência de sangramento a sondagem foi de 86,6%, o cálculo foi de 51%. As variáveis renda e escolaridade associaram-se à maior prevalência de cálculo e sangramento gengival. Os autores concluíram que indicadores de doenças periodontais severas foram raros na população de adolescentes estudada. Entretanto, a alta prevalência do cálculo e sangramento gengival apontaram para a necessidade de investimento na educação preventiva em saúde bucal na adolescência.

Tratando-se da gravidez, Ramalho (1968) concluiu que as alterações do pH da saliva durante a gravidez torna-se levemente ácido, não sendo suficiente para causar destruições dentais. O problema da gravidez parece estar ligado a uma maior acidez do meio bucal das gestantes que sofrem problema de regurgitação. O autor lembrou também que, já no ano de 636, Paulo de Egina considerava a ação ácida do vômito na gravidez um elemento prejudicial para os dentes.

Porém, em um estudo publicado pelo *British Dental Journal* em 1974, verificou-se uma melhor saúde bucal entre os homens residentes na Escócia, Inglaterra e País de Gales, que nas mulheres da mesma idade. Observou-se que o comprometimento da saúde bucal manifestava-se no período da gravidez e que um programa de prevenção se fazia necessário nessa fase (Procreation..., 1974). Este estudo incentivou o desenvolvimento de pesquisas relacionando gravidez e saúde bucal.

Outros estudos clássicos tiveram impacto no reconhecimento da necessidade de atenção odontológica às gestantes. Cutress et al. (1979) realizaram uma pesquisa sobre a saúde bucal em mulheres na Nova Zelândia e observaram um maior número de dentes perdidos em relação a homens de mesma idade. Dividiram os participantes da pesquisa por faixa etária e observaram uma proporção duas vezes maior de mulheres edêntulas, quando comparadas aos homens da mesma faixa etária. Esta diferença era mais marcante nos grupos de 25 a 29 anos e 30 a 35 anos, correspondendo às idades de maior possibilidade de gravidez. Gray et al. (1968) encontraram resultados semelhantes em um estudo feito na Inglaterra e no País de Gales. Estes autores observaram que a explicação mais freqüente para a perda dos dentes era a gravidez. Estava levantada a questão de a gravidez interferir na saúde bucal das mulheres.

Com isso, Gorlin & Goldman (1970) fizeram uma revisão de literatura onde enumeraram diversas referências, de 1898 a 1954, que demonstravam não haver diferenças significativas na condição de saúde bucal de mulheres com filhos ou não.

Hoje é bem estabelecido pela literatura que gravidez não aumenta a incidência de lesões cáries ou da microflora patogênica. A gravidez leva a uma alteração hormonal, mas não é iniciadora de doenças (Cozzupoli, 1981; Elias, 1995).

Considerando-se apenas as modificações bioquímicas da saliva durante a gravidez, vários estudos bioquímicos são encontrados na literatura. Dentre estes é importante ressaltar o trabalho desenvolvido por Lindhe & Attström (1967) que observaram um decréscimo no pH salivar em gestantes, além da diminuição do fluxo salivar e conseqüentemente a queda dos níveis de eletrólitos e Imunoglobulina A (IgA). Estes autores lembraram que muitas proteínas salivares têm função enzimática, tal como a alfa-amilase, que representa também o principal componente de secreção da parótida e do fluido da glândula submandibular, representando cerca de 50% do total de proteínas. A diminuição da concentração destes elementos na saliva durante a gravidez pode interferir para as alterações dentárias nas gestantes (Lindhe & Attström, 1967).

Laine et al. (1988) fizeram um estudo bioquímico da saliva durante as alterações hormonais ocorridas na gravidez. Os autores não descobriram mudanças significativas nas atividades das seguintes proteínas salivares: amilase salivar, lisozima e peroxidase. Além disso, os níveis gerais de tiocianato, hipotiocianato, lactoferrina e ácido siálico não foram afetados pelas variações hormonais. Observaram um decréscimo na concentração de ácido carbônico salivar, resultante da ação da progesterona, diminuindo, conseqüentemente, a concentração de bicarbonato no plasma. Entretanto, salientaram os autores, nenhuma alteração significativa foi encontrada na concentração do ácido siálico. E este é o principal componente ligado às glicoproteínas salivares que interagem com a parede celular bacteriana.

Salvoline et al. (1998) fizeram um estudo com 45 mulheres na primeira gravidez, entre 20 a 30 anos, com o objetivo de compreender, através das alterações salivares, o papel da gravidez na saúde bucal da gestante. Os autores observaram que, nas amostras de saliva não estimuladas coletadas das gestantes, a concentração de proteínas salivares e de alfa-amilase sofreu um acréscimo no 1º trimestre de gravidez,

seguido por um decréscimo até o parto. Os pesquisadores atribuíram este fenômeno à diminuição do fluxo salivar da parótida, cujo principal componente é a alfa-amilase. Discutiu-se que o aumento da atividade da alfa-amilase poderia induzir um aumento no substrato para microorganismos acidogênicos, contribuindo então para diminuir o pH salivar durante o primeiro trimestre de gravidez. Foi também observado um aumento do ácido siálico a partir do segundo trimestre da gravidez. Assim, concluíram os autores, o pH salivar e a capacidade tampão da saliva alcançaram seus mais baixos valores durante o último trimestre da gestação, aumentando então o risco da cárie dental em gestantes, quando considerado o fator salivar dentro da multicausalidade da doença cárie.

Steinberg (1999) defendeu que as alterações na cavidade bucal podem não ser necessariamente o resultado da ação hormonal direta no tecido. Talvez seja melhor explicada pelos efeitos de irritantes locais como a placa bacteriana, sendo a resposta tecidual exacerbada pela atividade hormonal.

Abdalla et al. (1999) descreveram que uma maior mobilidade dental pode ser notada na paciente grávida, regredindo após o término da gestação. Os autores acreditaram que seja o resultado da combinação de doenças gengivais associadas a alterações minerais da lâmina dura. Sobre a alteração mineral da lâmina dura, Burket (1971) observou áreas de desmineralização do processo alveolar, em um estudo histoquímico de dentes extraídos de pacientes grávidas.

As condições em que a maioria das mulheres chega à gravidez, com limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal, são causa das patologias orais de maior frequência, ou seja, a cárie e doença periodontal. Tal fato constitui-se em alerta e direciona os esforços preventivos do profissional e de sua equipe de educadores para a fase que antecede ao nascimento do bebê (Abdalla et al., 1999).

Steinberg (1999) lembrou a crença popular que diz ser cada gravidez responsável pela perda de um elemento dental. A autora afirmou que não há comprovação científica que confirme essa hipótese, ou seja, a literatura não descreve que na gravidez sejam retiradas quantidades significativas de cálcio (Ca) da dentição materna para suprir necessidades do feto. A autora lembrou que o Ca presente no dente é estável, sob a forma de cristais. Portanto não está disponível na corrente circulatória sistêmica para suprir a necessidade fetal. Esta necessidade é suprida através dos ossos

maternos.

Carvalho (1986) estudou a repercussão da gestação na saúde bucal. Observou que a mudança da acidez no meio bucal favoreceu o desenvolvimento bacteriano, específico do processo de descalcificação da superfície dentária. A este fato relacionou o eventual aumento do índice de cárie na gravidez e não ao suprimento de cálcio ao feto durante este período.

Deakins & Lobby (1943) não observaram nenhuma diferença bioquímica na composição da dentina e esmalte em dentes extraídos de mulheres grávidas e mulheres não grávidas.

Corbman, citado por Cozzupoli (1981), afirmou que o aumento da incidência da cárie, no período da gravidez, é motivado pela negligência de tratamento e da higiene bucal, e se houvesse uma atenção profissional regular e uma efetiva técnica de higiene bucal, essa maior incidência poderia ser prevenida.

Easton (1960) comparou a incidência de cárie entre 120 mulheres grávidas e 120 não grávidas com idades que variavam de 17 a 34 anos. O autor não encontrou diferença significativa entre os grupos, independente do mês gestacional.

Viegas (1970), pesquisando a relação entre cárie e gestação, observou que, em grupo de estudo, composto por 82 gestantes e 40 não gestantes, não se detectou diferença estatística significativa, entre as gestantes e as não gestantes, quanto à incidência de cárie. Concluiu que o “ataque” de cárie, se processa independente de qualquer efeito metabólico.

Burket (1971) pesquisou a composição química e histológica, além de características radiográficas de elementos dentais extraídos de pacientes grávidas. O autor não encontrou nenhuma diferença significativa na composição com relação aos elementos cálcio e fósforo, concluindo que nenhuma quantidade significativa desses constituintes é removida do dente já eruído, durante o período da gravidez.

Com relação à necessidade de tratamento, Chapman et al. (1974) estudaram a prevalência de cárie em 303 mulheres grávidas de Brisbane - Reino Unido, com idades de 16 a 41 anos e idade média de 23 anos. Os resultados mostraram que o número médio de dentes cariados foi de 2,8, e o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) foi 19,1. Oitenta por cento das gestantes necessitavam de restaurações e 17,1%

de extrações.

Jago et al. (1983), também na cidade de Brisbane-Reino Unido, realizaram um estudo de prevalência de doenças e condições bucais específicas em 314 mulheres grávidas, com idade de 16 a 42 anos e média de 23,5 anos. Verificaram que o número médio de dentes cariados foi de 2,7 a 4,5 dentes perdidos. O CPOD foi de 15,8, enquanto 70% das gestantes precisavam de restaurações e 10,2% precisavam de extrações.

Romero & Sanchez (1988) avaliaram a saúde bucal de 214 grávidas atendidas pelo serviço de estomatologia do Instituto Nacional de Perinatologia do México. Os autores observaram que apenas 1,1% das gestantes não tinham dentes cariados. Quarenta e dois por cento tinham de 9 a 16 elementos dentais cariados.

Scavuzzi et al. (1999) realizaram um levantamento epidemiológico de cárie dentária usando-se o índice CPOD. Duzentas e quatro gestantes da cidade de Salvador-BA, com faixa etária de 14 a 43 anos, e nível sócio-econômico cultural baixo, foram examinadas. O índice CPOD encontrado foi de 9,71, sendo a composição percentual constituída de 41,2% de dentes cariados, 33,1% dentes extraídos, 9,1% com extração indicada e 86,8% das gestantes foram classificadas como cárie-ativas.

Considerando a saúde periodontal, a gengivite é a manifestação mais prevalente das alterações bucais ocorridas na gravidez, com uma ocorrência que varia de 30 a 100% dos casos. Os índices mais freqüentes são de 60 a 75%, conforme Steinberg (1999).

Esta autora afirmou que as alterações gengivais são mais freqüentes a partir do segundo mês de gravidez, alcançando seu pico no oitavo mês gestacional. Estas alterações são também mais comuns na região anterior que nas áreas posteriores da cavidade bucal.

Cunha et al. (1985) realizaram um estudo relacionando a idade, mês da gestação, consumo de açúcar, hábito de fumar e condição sócio-econômica, em 40 pacientes grávidas em tratamento no Instituto de Puericultura Prof. Martagão Gesteira, no Rio de Janeiro-RJ. A prevalência da gengivite foi de 52,5%; destes, 71% tinham de 24 a 29 anos. Os autores acrescentaram que das 21 gestantes com gengivite, 17 consumiam razoável quantidade de açúcar.

Gomes & Paiva (1999) estudaram as possíveis alterações inflamatórias gengivais em um grupo de 56 gestantes, de 14 a 43 anos e um grupo de 31 não gestantes da mesma faixa etária, residentes em Goiânia-GO. As autoras usaram o índice de sangramento papilar e observaram que 100% das pacientes apresentaram inflamação gengival, entretanto essa inflamação foi mais severa no grupo de gestantes. Apesar dessa observação, no grupo controle houve uma maior relação entre o grau de inflamação dos tecidos e a quantidade de placa dentária.

Cordeiro & Costa (1999) afirmaram que as perturbações da saúde oral durante a gravidez e períodos onde há alterações hormonais, por si só não desencadeiam as periodontites. Mas as concentrações hormonais que as mulheres podem apresentar acentuam o quadro clínico da inflamação gengival.

Diversos pesquisadores realizaram estudos ultra-estruturais na intenção de observar as relações do metabolismo da gravidez com as alterações provocadas nos tecidos periodontais.

As alterações hormonais na gravidez podem provocar alterações generalizadas ou únicas na cavidade bucal, como os casos de crescimentos tumorais, geralmente nas papilas interdentais ou outras áreas de freqüente irritação. Esses crescimentos tumorais são denominados tumores gravídicos, epúlides gravídicas ou granulomas gravídicos.

Steinberg (1999) descreveu a aparência histológica desse tumor gravídico semelhante a um granuloma piogênico. A autora completou que as lesões têm uma manifestação de 0 a 9,6%. Essas lesões ocorrem geralmente na região vestibular anterior, durante o 2º trimestre da gestação. Frequentemente têm um crescimento rápido, embora raramente sejam maiores que 2cm de diâmetro. Raramente também se observa destruição óssea nesses tumores, que regredem pós-parto. Entretanto uma excisão cirúrgica é recomendada para um completo restabelecimento da saúde gengival.

Ojanotko-Harri et al. (1991) estudaram o metabolismo da progesterona como interferência na fisiologia gengival. Através de cromatografia e radioautografia, os autores avaliaram histológica e bioquimicamente amostras teciduais de um caso de gengivite gravídica e quatro amostras de granulomas gravídicos. Os resultados sugeriram que a função da progesterona assemelha-se a um imunossupressor nos tecidos

periodontais. Concluíram então que a progesterona evita a resposta inflamatória do tipo agudo na presença de placa bacteriana, entretanto aumenta a reação tecidual crônica, resultando clinicamente em um aspecto inflamatório exacerbado.

Falabella & Falabella (1994) apresentaram um caso de granuloma gravídico e descreveram que essa alteração é resultante de modificações induzidas pelo aumento da progesterona. Segundo os autores, a alta taxa do hormônio progesterona contribui para a falta relativa de queratinização do epitélio gengival e para o aparecimento de alterações bioquímicas importantes na substância fundamental do tecido conjuntivo gengival.

Muramatsu & Takaesu (1994) coletaram a saliva de 39 mulheres no Japão, com o objetivo de relacionar o estado de saúde periodontal com a microflora subgengival e a concentração da progesterona na saliva durante a gravidez. Doze mulheres dessa amostra não estavam grávidas e foram o grupo controle, dois outros grupos foram alocados: dezenove mulheres grávidas e oito mulheres no quinto mês pós-parto. Os autores explicaram que a análise do nível de progesterona da saliva é válida, pois a concentração no sangue é bem maior, acentuando ainda mais os resultados encontrados. Os autores verificaram um aumento da *Prevotella intermedia* quando a taxa de progesterona está aumentada.

Este fato é melhor compreendido com os estudos de Lapp et al. (1995) onde descreveram a função da progesterona no mecanismo da inflamação. Com a inflamação, os fibroblastos gengivais humanos produzem citocinas como a interleucina-6 (IL-6), interleucina-1 (IL-1) e lipopolissacárides (LPS). Através da técnica de radioimunoensaio *in vitro* e reproduzindo as condições hormonais da gravidez, os autores verificaram que altas taxas de progesterona inibem a produção da IL-6. A função principal da IL-6 no mecanismo de inflamação é na indução de proteínas da fase aguda da inflamação produzidas pelo fígado, como o fibrinogênio, hepatoglobinas e alfa-1-antiquimotripsina. A IL-6 atua também na estimulação do crescimento e/ou na diferenciação de linfócitos. A IL-6 portanto atua como um hormônio endócrino, bem como um mediador parócrino-autócrino, ou seja, age na própria célula e na célula vizinha. Os autores revelam o papel relevante da IL-6 e concluem que a ação inibidora da IL-6 pela progesterona assemelha-se ao efeito de corticóides no tecido gengival.

Os sintomas de inflamação gengival durante a gravidez também são relacionados a outros fatores, como a concentração do inibidor do ativador de plasminogênio tipo-2 (PAI-2). Kinnby et al. (1996) estudaram a relação da concentração da progesterona com a concentração do PAI-2. Colheram o líquido crevicular gengival de 14 mulheres na gravidez e no período pós-parto. Observaram que maiores concentrações de progesterona geram menores produções de PAI-2. Este inibidor tem a função de regular o sistema fibrinolítico, ou seja, o processo de transformação do fibrinogênio em fibrina, no mecanismo de coagulação. Os autores concluem então que os componentes do sistema fibrinolítico podem estar envolvidos na gengivite gravídica.

Samant et al. (1976) realizaram um estudo com 160 mulheres na Índia. Formaram-se três grupos de 40 mulheres, cada grupo correspondente a um trimestre da gravidez, e um grupo de 40 mulheres não grávidas. O objetivo foi verificar os depósitos de irritantes orais nas mulheres grávidas e não grávidas e verificar a relação entre esses irritantes e as mudanças gengivais observadas durante a gravidez. Os autores concluíram existir um significativo aumento na severidade da gengivite durante a gravidez; as maiores alterações foram vistas no segundo trimestre de gestação. Também concluíram que os irritantes locais agem como fatores de precipitação e perpetuação da gengivite na gravidez.

Rossel et al. (1999) avaliaram a prevalência da severidade e necessidades básicas de tratamento periodontal, em 41 gestantes com idades que variavam de 16 a 37 anos e que freqüentavam a clínica de prevenção da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP. Os autores utilizaram o registro periodontal simplificado e demonstraram que 100% das gestantes apresentaram alguma alteração gengival. O código 2, ou seja, presença de sangramento a sondagem e cálculos supra ou sub gengivais e ausência de bolsa periodontal, foi o mais freqüente, 56,1%. Dezenove e meio por cento dos sextantes examinados apresentaram problemas como envolvimento de furca, mobilidade, perda de gengiva inserida e retração gengival. Os autores concluíram que o tratamento periodontal na gravidez deve receber especial atenção, com o intuito de se promover saúde bucal e motivação e contribuir para minimizar a provável transmissibilidade de microorganismos bucais patogênicos para a criança, obtendo assim uma prevenção primária das principais doenças bucais.

### **3.4.2 A saúde bucal materna relacionada ao nascimento de bebês de baixo-peso**

A saúde bucal materna não só interfere na transmissão, ao filho, de características da flora bacteriana, como a doença periodontal em gestantes pode ser um fator de risco para o nascimento de crianças de baixo peso. Estudos epidemiológicos avaliam a possibilidade de que partos prematuros e bebês nascidos com baixo peso possam ser causados por doença periodontal.

Define-se como baixo peso ao nascer um recém-nascido com menos de 2500 gramas. Esta condição atinge 4% na Suécia e até 20% ou mais em alguns países em desenvolvimento. Estima-se que no Brasil 10% dos recém-nascidos apresentem baixo peso, porém existem variações regionais, como também por nível de renda e educação materna. O baixo peso ao nascer atua como um importante fator de risco para a mortalidade neonatal e infantil, bem como para a própria desnutrição infantil (Correia & Mcauliffe, 1999).

Doenças periodontais e sistêmicas podem ocorrer juntas sem que haja necessariamente uma relação de causa e efeito. Alguns tipos de doenças periodontais podem ser meramente uma expressão bucal de um distúrbio sistêmico, podem apresentar fatores etiológicos em comum com as doenças sistêmicas ou ser uma doença periodontal devido a um distúrbio sistêmico (Correia & Mcauliffe, 1999).

A maioria dos dados atuais e disponíveis sobre possível relação entre infecção dental focal e nascimento de bebês de baixo-peso está direcionada ao critério de estudo de dados retrospectivos. Slots (1998) propôs que outros critérios sejam analisados para o esclarecimento do significado das infecções dentais na saúde geral, critérios que compreendem não só dados retrospectivos como também dados prospectivos, ou seja, o início da doença médica deve seguir o início da periodontite: dados sobre o efeito do tratamento onde a remoção ou redução da periodontite deve diminuir a incidência da doença médica; dados sobre o agente etiológico específico, onde os microorganismos, caso sejam identificados na infecção médica, devem corresponder aos mesmos microorganismos bucais; estudos sobre a reprodução experimental da doença e estudos sobre a relação do mecanismo patogênico entre a doença periodontal e a doença médica biologicamente viáveis. Estes foram os critérios lembrados pelo autor.

Vários estudos moleculares observaram uma relação entre infecção periodontal e

complicações na gravidez. Damare et al. (1995) investigaram se mediadores químicos, suspeitos de levar a nascimento de bebês com baixo peso, como a prostaglandina E2 (PgE2), IL-1 e o fator necrosante de tumor alfa (TNF $\alpha$ ), encontravam-se nos mesmos níveis no meio intraamniótico e no líquido crevicular gengival. Os autores demonstraram haver uma correlação estatística positiva na concentração dos dois meios.

Offenbacher et al. (1996) examinaram 124 gestantes no centro de ginecologia da Escola de Medicina e Odontologia de Chapel Hill - Inglaterra. Foi feito um completo exame periodontal e obtidos dados considerados fatores de confusão, como uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, além de outros, como idade materna, raça, cuidados no pré-natal, adequado ganho de peso na gestação e história de infecções no trato genitourinário. Após a análise multivariada, os autores encontraram uma correlação entre bebês de baixo peso e mães que apresentavam uma condição de doença periodontal, em mais de 60% das regiões gengivais avaliadas. Essas mães apresentaram um risco 7,5 vezes maior que as demais mulheres examinadas.

Offenbacher et al. (1998), através de um estudo caso-controle com 48 mulheres, mediram o nível de PgE2 e IL-1 beta no fluido gengival crevicular. Estes hormônios maternos e a ação local das citocinas regulam a maturação cervical e a contração uterina, e as infecções maternas, durante a gravidez, alteram a regulação hormonal. O resultado desta alteração pode ser trabalho de parto pré-termo, ruptura de membrana pré-termo e nascimento de bebês de baixo peso. Os resultados encontrados pelos autores indicaram uma relação de dose-resposta inversa. Ou seja, quanto maior a dose do marcador de atividade de doença periodontal, que é a PgE2, menor o peso do bebê ao nascimento

Davenport et al. (1998) realizaram um estudo caso-controle, sendo 3 controles para cada caso, envolvendo 800 mães que faziam o acompanhamento pré-natal no Royal Hospital em Londres. O objetivo foi verificar a relação entre nascimento de bebês com baixo peso e a doença periodontal materna. Entretanto a extensão e a severidade das doenças periodontais foram maiores que o esperado e podem ter refletido na associação positiva encontrada entre a inflamação gengival e o nascimento dos bebês de baixo peso.

Dasanayake (1998) também relacionou o estado de saúde periodontal e cárie

dentária de mulheres na hora do parto com o peso das crianças ao nascimento. O desenho de estudo foi de caso-controle com 55 pares de mulheres tailandesas. A autora controlou os fatores de risco conhecidos para o nascimento de bebês com baixo peso. As mães com crianças de baixo peso eram menores, com menor grau de instrução, casadas com homens com menor nível ocupacional, tinham menos áreas com saúde gengival e ganharam menos peso durante a gravidez. Concluiu que a pobre saúde periodontal materna foi um fator de risco independente para o nascimento de bebês de baixo peso.

Hill (1998) comparou a microflora da infecção vaginal feminina com a colonização bacteriana da doença periodontal. O autor ressaltou que a infecção vaginal é comprovadamente um fator de risco para nascimentos pré-termo, devido à indução da formação de prostaglandina e citocinas pelo corpo materno ou fetal, em resposta aos produtos microbianos. Este mesmo autor encontrou, no fluido gengival de áreas com doença periodontal, algumas espécies de bactérias também encontradas na infecção do trato genitourinário feminino. Hill sugeriu uma relação da doença periodontal com a indução de partos pré-termo. Acrescentou também a necessidade de maiores estudos a este respeito.

Offenbacher et al. (1998a), em um estudo de revisão literária, descreveram a doença periodontal como uma doença crônica. Os autores lembram que, baseado nos conhecimentos médicos, toda doença crônica pode ser fator de disposição ou fator de risco para outra alteração. Por isso, a doença periodontal pode estar associada a nascimentos de baixo peso, em alguns casos, e em outros não levar a essa consequência, sendo portanto um fator modificador, assim como os fatores genéticos e sócio-econômicos. Entretanto a doença periodontal é mais fácil de ser controlada e evitada quando comparada aos outros fatores.

A teoria da infecção focal é bastante antiga. Hipócrates foi quem a discutiu pela primeira vez. Postulava uma relação causal entre as doenças infecciosas e as alterações inflamatórias. Todos os autores consultados reconhecem a prematuridade dos estudos relacionando a doença periodontal a infecções sistêmicas resultando, por exemplo, em partos pré-termos e nascimento de bebês de baixo peso.

A atenção odontológica na gravidez é recomendada há muito tempo. Iusem

(1949) já defendia esta posição, quando disse que o “mau estado da boca materna provoca septicotemia crônica” que influi negativamente, durante a gravidez, no crescimento ponderal da criança e seu poder vital. Offenbacher et al. (1998a) lembraram que o controle da doença periodontal pode representar uma drástica colaboração em saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Conclui-se que a literatura relata diversos tipos de estudos na relação da doença periodontal e nascimento de bebês de baixo-peso. Encontram-se estudos clássicos de observações ultra-estruturais na relação de mediadores químicos relativamente às infecções periodontais e médicas (Damare et al., 1995). Estudos caso-controle também verificaram um risco 7,5 vezes maior entre as gestantes com infecções periodontais para o nascimento de bebês de baixo-peso (Offenbacher, 1996). A relação dose-resposta entre os mediadores químicos da infecção periodontal e o baixo-peso ao nascer também foi verificada por Offenbacher (1998). Além disso, Hill (1998) comprovou que as bactérias do trato genito-urinário, que interferem no nascimento de bebês de baixo peso, foram encontradas também no líquido crevicular gengival. Apesar dos diversos estudos, os autores foram unânimes em afirmar a necessidade de uma maior consistência da pesquisa nesta área, para esclarecer a relação do baixo peso ao nascer e as infecções periodontais.

### **3.4.3 A atenção odontológica na gravidez**

Considerando a importância da manutenção da saúde bucal durante a gestação, vários autores discorreram sobre as maneiras de o profissional de odontologia conduzir a atenção odontológica às gestantes.

Littner et al. (1984) defenderam que o tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gravidez. Exodontias ou outras intervenções cirúrgicas também, se urgentes. Os autores chamaram atenção também para o aspecto psicológico da gravidez. Lembraram que, nos primeiros meses, a mulher pode se sentir ansiosa e com instabilidades emocionais, chegando até a depressão. As sessões devem ser curtas para não causar desconforto à gestante, que tem necessidades fisiológicas alteradas, como freqüente necessidade de urinar. A posição da cadeira odontológica deve facilitar à paciente cuspir e manter as vias aéreas em posição mais confortável para a respiração, isso porque a gestante tem compressão das vias aéreas pelo feto em

desenvolvimento. As tomadas radiográficas devem ser precisas, para evitar excesso de exposição, com uso de equipamento adequado de proteção da radiação. Os aparelhos devem estar bem calibrados, com cones longos e filtro de alumínio próprio para este fim. Sobre o uso de anestésicos infiltrativos, os autores relatam não haver qualquer contra-indicação de alguns tipos de anestésicos locais, durante a gestação. Entretanto deve ser observada a dosagem segura de cada produto, evitando também as bases farmacológicas contra-indicadas. Deve-se adicionalmente levar em consideração o *stress* emocional que o ato de anestésiar corresponde a cada paciente, podendo às vezes ser evitado este tipo de ansiedade.

Valladão Jr. e Souza (1993) lembraram que, desde 1928, a importância do cuidado pré-natal foi reconhecida. Antes disso, os dentistas eram advertidos a tratarem somente os casos de urgência em pacientes gestantes. Atualmente sabe-se que as pacientes grávidas são um grupo merecedor de cuidados e atenção odontológica de particular importância.

Em 1939, Silva afirmou que todos os fatores que causam dores ou incômodos frequentes, como as afecções dentárias, precisam ser tratados ou evitados através de intervenções odontológicas durante a gravidez. Assim, mantêm-se afastadas todas as causas que possam prejudicar o organismo ou o bem estar da gestante.

Entretanto, Trench (1946) acreditou que um número considerável de dentistas mostravam-se receosos em realizar extrações ou pequenas cirurgias nas mulheres grávidas, por medo de que o ato cirúrgico provocasse uma alteração no estado emocional da gestante com posterior conseqüência para o feto.

Iusem (1949) relatou sua experiência pessoal no serviço de odontologia do hospital Fernandez, em Buenos Aires - Argentina. A autora realizou cerca de 300 extrações em pacientes grávidas e não foram observadas alterações significativas no pós-operatório decorrente do estado gestacional. Assim, afirmou que o primeiro inconveniente em se tratar mulheres grávidas está relacionado aos fatores psicológicos: a emotividade, os mitos e crenças passadas de mães para filhas de que, durante a gravidez, não se deve fazer tratamento odontológico.

Schubscky (1959) recomendava a intervenção odontológica na gravidez, a menos que a gestante manifestasse “tendência a aborto”. Ressaltou também que não

existe diferença alguma para a opção por tratamento restaurador em detrimento de procedimentos cirúrgicos, desde que o estado geral da paciente fosse satisfatório e a intervenção cirúrgica imprescindível e inadiável a critério do dentista.

Valladão Jr. e Souza (1993) discorreram sobre as condutas para o tratamento odontológico seguro às gestantes. Lembraram da importância em se instruir a paciente quanto à higiene bucal, a uma dieta anticariogênica e à aplicação de flúor, quando indicado.

Segundo os autores, as tomadas radiográficas devem ser evitadas durante o primeiro trimestre de gestação, apesar de o risco de malformação fetal resultante da exposição a uma simples tomada radiográfica periapical ter sido estimado igual ou menor que os riscos naturais. Chiodo e Rosenstein (1985) lembraram que coletes de chumbo, colimadores, filmes de exposição ultra-rápida e um aparelho de raio X inspecionado irão minimizar a radiação para a área abdominal.

Ainda sobre as radiografias dentárias, Lloyd (1979), Smith (1982), Littner et al. (1984) afirmaram que uma tomada radiográfica com filme intra-bucal, expõe o feto de uma paciente grávida a menos de 10 milirads, sendo que a dose considerada de risco é em torno de 10 rads. Entretanto, lembraram os autores, pelo aspecto ético, o dentista deve prover proteção a essas pacientes da seguinte maneira: evitar radiografias desnecessárias, proteger o abdome com avental de chumbo, evitar repetições por erro de técnica, evitar ângulos direcionados para o abdome, usar filmes rápidos e com pequeno tempo de exposição. Com essas precauções, os autores indicaram as exposições radiográficas mesmo no 1º trimestre da gravidez, quando se fizer necessário.

Valladão Jr. e Souza (1993) mencionaram também os cuidados na administração de medicamentos na gravidez. Algumas drogas, como anestésicos locais, analgésicos e antiinflamatórios, podem ser administradas em doses terapêuticas durante toda a gravidez. Outras drogas não devem ser utilizadas, como a tetraciclina, posto que podem levar a alteração de cor do elemento dentário em formação. Segundo os autores, há evidências de que o Diazepam provoca fissura palatina labial, quando administrado na gestação. O cloranfenicol não é metabolizado pelo feto, os aminoglicosídeos são ototóxicos e nefrotóxicos; as sulfonamidas, barbitúricos, cotrimoxazol e nitrofurantoína são quimioterápicos também contra-indicados na gravidez. Se necessário, penicilina,

eritromicina e cefalosporinas são antibióticos que poderão ser administrados na gestação.

Quanto aos anestésicos locais, amplamente usados em odontologia, felizmente a maioria prescrita na clínica odontológica pode ser usada com segurança na gravidez.

Oliva-Filho & Oliveira (1995) ressaltaram as propriedades farmacológicas dos anestésicos locais. Estes são divididos em 2 grupos: éster e amida. A bupivacaína é encontrada em menor nível no sangue do feto, devido ao seu alto grau de ligação protéica. Isto resulta em pouca metabolização deste anestésico pelo feto. Como os anestésicos éster são rapidamente metabolizados no sangue materno, pela colinesterase plasmática, a transferência placentária é baixa. Altas doses de prilocaína causam meta-hemoglobinemia, o que resulta em hipóxia fetal. A epinefrina não está associada a efeitos adversos. Os autores chamaram a atenção, entretanto, para as doses máximas de cada anestésico local.

Os autores também destacaram a possibilidade da pigmentação dentária ocorrer em gestantes, quando estas fizerem uso de suplemento de ferro sistêmico. A indicação, pelos médicos, do uso de ferro sistêmico, em alguns casos, visa equilibrar a absorção de ferro pelo organismo, quando as reservas orgânicas não são suficientes. Nos últimos trimestres da gravidez há um aumento significativo do volume de células vermelhas de aproximadamente 20%, requerendo um aumento na absorção de ferro disponibilizado através de uma alimentação rica em carnes e frutas cítricas. Não havendo uma alimentação balanceada, é necessário o uso de suplemento férrico, caso contrário, há o desenvolvimento de anemia.

A frequência cardíaca da gestante estará alterada cerca de 30 a 50% acima do estado não gestacional. No início da gestação há uma tendência de diminuição da pressão arterial, especialmente dos níveis diastólicos. A resistência arterial periférica também estará debilitada. Estas características devem ser avaliadas, para um bom atendimento clínico destas gestantes (Oliva-Filho & Oliveira, 1995).

Com o desenvolvimento acentuado do útero, a partir do terceiro trimestre poderá ocorrer compressão da veia cava, quando a gestante estiver em posição supina. Caso isto ocorra, haverá prejuízo do retorno venoso. Em alguns casos poder-se-á gerar uma síncope (Sigle, 1997). Fourniol-Filho (1998) falou de outra adaptação a que o dentista

deve se enquadrar. Trata-se da posição da cadeira odontológica. A posição deitada, para as gestantes, não é muito favorável. O feto pode exercer pressão sobre a veia cava inferior, com prejuízo do retorno venoso, e o resultado é a hipotensão e a síncope. A posição indicada é a posição ereta.

Gier & Janes (1983), Maldonado (1986) e Oliva-Filho & Oliveira (1995) lembraram que, diante de todo um quadro de apreensão e ansiedade devido às grandes transformações provocadas pela gravidez, o atendimento odontológico deve ser executado de forma a minimizar ou eliminar a angústia da paciente. Para isso, uma anamnese bem conduzida deve estabelecer um eficiente *rapport*, e todas as dúvidas devem ser sanadas com relação ao atendimento. O profissional deve também estabelecer um clima de confiança, transmitindo segurança e oferecendo à paciente um ambiente tranquilo e agradável.

Medeiros (1993) abordou o aconselhamento pré-natal, mostrando a necessidade de cuidados clínicos para o estabelecimento de um quadro favorável à saúde bucal da gestante; abordou também a necessidade de se empreenderem cuidados preventivos educativos, enfocando a motivação para o controle da dieta alimentar e o controle da placa bacteriana. A atenção a esses aspectos tem por finalidade estabelecer um programa educativo que reforce as atitudes positivas em relação à saúde bucal e minimize ou remova as atitudes negativas.

O autor defendeu que tal atitude representa um ponto fundamental no trabalho com as crianças, visto que todo o trabalho do odontopediatra pode ser comprometido se as pessoas próximas, por falta de conhecimento, não se engajarem no programa estabelecido pelo dentista. A motivação direcionada à gestante deve contemplar três aspectos básicos: o controle da dieta, o controle da placa bacteriana e a utilização de medicamentos ou suplementos dietéticos se necessários.

Scavuzzi & Rocha (1999) concluíram, através de uma revisão de literatura, que qualquer intervenção odontológica pode ser realizada na gravidez, desde que sejam tomadas as precauções necessárias ao período gravídico e, em caso de dúvidas, deve haver uma troca de informações com o médico sobre a saúde geral da paciente. As autoras consideraram o choque emotivo pré-operatório como o principal entrave para os procedimentos odontológicos. Lembraram que as gestantes deveriam ser priorizadas nos

programas de assistência odontológica e que os profissionais da odontologia deveriam procurar desmistificar crenças e mitos em torno da odontologia na gravidez e atuarem como agentes promotores do aprendizado acerca de saúde bucal nesse período.

Segundo documento do Ministério da Saúde (Brasil, 1988), todas as gestantes inscritas no pré-natal deveriam ser agendadas para consulta odontológica de rotina, nas unidades de saúde que dispusessem desse serviço, caso contrário, dever-se-ia referenciá-las para outra unidade. Na consulta de rotina, deveria ser realizado o exame clínico da cavidade bucal e elaborado um plano de tratamento a ser desenvolvido durante o pré-natal.

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (2000) lembrou que o encaminhamento para o serviço de odontologia deve ser feito pelo médico “pré-natalista”, para uma ação complementar em saúde.

Entretanto a literatura relata a desinformação e a desarticulação entre os profissionais de saúde das áreas de ginecologia, enfermagem e odontologia, quando se trata de uma uniformidade na conduta para a atenção, em saúde bucal, às gestantes. Mesmo tratando-se apenas dos profissionais de odontologia, observa-se um certo receio e desinformação com relação ao atendimento das mulheres grávidas (Medeiros, 1993).

Cozzupoli (1981) entrevistou, através de questionários, 170 puérperas aleatoriamente selecionadas em um hospital da grande São Paulo. Observou que apenas metade das gestantes que precisavam de atenção odontológica procurou este serviço. Entretanto 33% destas mulheres sofreram uma recusa do profissional de odontologia para a realização do tratamento. A autora concluiu que era preciso estabelecer princípios de ação que resolvessem os aspectos funcionais frente às falhas existentes na estrutura das equipes pré-natal.

Gordon & Reddy (1985) entrevistaram, na África do Sul, 100 mães de crianças de 1 a 2 anos de idade, de baixo nível sócio-econômico, a respeito de saúde bucal. Observaram que essas mães tinham um limitado conhecimento acerca deste tema. Setenta e dois por cento das entrevistadas não tinham conhecimento sobre placa dental, também não limpavam os dentes de seus filhos embora a maioria desses já tivessem a dentição decídua completamente erupcionada.

Tratando deste mesmo tema, em 1993, Rocha recomendou a transferência de

conhecimentos básicos em saúde bucal, para toda a equipe do pré-natal, a fim de uniformizar conceitos, desmistificar crenças e mitos sobre odontologia e gravidez e rever, nos cursos de odontologia, os conceitos transmitidos sobre o tratamento odontológico na gravidez

Lindow (1998) verificou também uma dificuldade entre as áreas de obstetrícia, enfermagem e odontologia em firmar um protocolo para a integração das atenções e condutas com relação à saúde bucal no Reino Unido. Com o objetivo de conhecer a incidência do tratamento odontológico durante a gravidez, entrevistou 496 mulheres no pós-natal, internadas na enfermaria da maternidade em Hull, no Reino Unido. Um total de 64% das entrevistadas procurou a atenção odontológica na gravidez, 27% tiveram necessidade de tratamento restaurador. Das mulheres que procuraram o serviço de odontologia, apenas 26% foram aconselhadas por um profissional de saúde. O restante, ou seja, a maioria procurou a atenção odontológica sem um aconselhamento específico.

Gordon & Reddy (1985) verificaram que a televisão foi a principal fonte de informações sobre saúde bucal para o grupo de mães sul africanas, de baixo poder sócio-econômico, entrevistado por eles. Os profissionais de saúde tiveram um papel secundário como fonte de informações para esse grupo.

Romero & Sanches (1988) observaram uma falta de motivação de gestantes mexicanas para com os aspectos preventivos odontológicos resultante da baixa inserção educacional por parte do cirurgião dentista. Foram analisados 280 questionários respondidos por mulheres atendidas pelo serviço de estomatologia do Instituto Nacional de Perinatologia do México, em que 214 estavam grávidas. Verificaram que 47% das entrevistadas tiveram uma consulta odontológica no período de 1 ano antes da investigação, e 53% não a tiveram. Das mulheres que tiveram consulta odontológica anterior à pesquisa, 49% declararam haver recebido informações acerca das conseqüências das doenças bucais, 42% disseram ter recebido informações apenas sobre técnicas de escovação e 9% sobre o uso de fio dental. Os pesquisadores não encontraram diferença na condição de saúde bucal entre o grupo que teve uma consulta odontológica antes da gravidez e aquele que não compareceu ao dentista.

Esses achados revelaram a necessidade concreta da conscientização da equipe de saúde bucal a fim de que despenda um pouco de seu tempo na promoção de saúde

bucal para as gestantes, procurando estimular as mães para a atenção odontológica oportuna durante a gravidez e promover a aquisição de práticas de higiene bucal que se firmem como rotinas e sejam transmitidas às suas crianças a partir do nascimento.

Garcia-Godoy-Hijo (2001) apresentou uma alternativa de programa de prevenção odontológica que se inicia desde o momento da gestação. Dividiu a atenção odontológica em 4 grandes grupos: grupo pré-natal, pré-escolar, escolar e adulto. O autor colocou como metas para a atenção pré-natal a motivação da alimentação saudável pela mãe gestante assim como a integração do pai a esse processo; ainda a motivação pelo aleitamento materno, o controle do pH salivar dos pais e o controle e prevenção de cárie e enfermidades buco-dentárias da gestante, do pai e da criança ao nascer. O autor salientou a importância da integração entre as equipes de ginecologia, pediatria e odontologia para a manutenção do completo bem estar físico e social dos pacientes, bem estar este considerado saúde.

Sobre a integração das equipes de saúde, ou seja, o trabalho multiprofissional em saúde, Peduzzi (2001) fundamentou teoricamente o processo na teoria do “agir comunicativo”. Segundo essa formulação teórica, o trabalho em equipe consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. Cunhou-se um conceito de trabalho em equipe sob a perspectiva da integração dos trabalhos especializados. Através da linguagem dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

### ***3.5 A importância da mãe no desenvolvimento da saúde bucal da criança***

#### **3.5.1 A mãe como transmissora da susceptibilidade aos problemas bucais nas crianças**

É consenso que a saúde bucal dos filhos reflete as características de saúde bucal das mães. Desde a década de 40, discutia-se essa semelhança. Klein (1946) já relacionou o índice de dentes cariados-perdidos-obturados (CPOD) entre mães e filhos e alertou para a estreita correlação entre a saúde bucal da mãe e a dos filhos.

Houve época em que se acreditou que as características de saúde bucal eram transmitidas geneticamente. Esse pensamento representaria um forte obstáculo às

campanhas de prevenção, pois se concluiu que essas seriam ineficazes. Já em 1976, Garn comparou o estado de saúde bucal em 16.000 pares de filhos de famílias americanas, tanto negros quanto brancos. O autor encontrou uma semelhança na condição de saúde bucal entre os irmãos, mas concluiu que os dados não indicam um determinante genético para tal situação. Este achado representou um forte argumento para o padrão intrafamiliar de comportamentos em saúde bucal; sendo assim a prevenção da cárie torna-se possível e deve iniciar-se na gestação.

Köhler et al. (1984) demonstraram que a aplicação de medidas preventivas de cárie, em mães portadoras de altos índices de *Streptococos mutans* (*S. mutans*) e lactobacilos, implicou a redução dos níveis salivares destes microorganismos e evitou o estabelecimento inicial nos filhos; encontrou-se uma menor incidência de cárie nestas crianças.

Davey & Rogers (1984), através de testes bioquímicos com amostras de saliva não estimulada, verificaram a associação dos níveis de *S. mutans* entre mães e filhos de 10 famílias na Grã-Bretanha. Não houve relação estatística com as características da saliva dos pais. Segundo os autores, foi confirmado ser a mãe a principal fonte de infecção de *S. mutans* para as crianças.

Köhler et al. (1984) estudaram o efeito preventivo da redução do nível de *S. mutans* e lactobacilos em 25 mães suecas, na primeira gravidez, até os 3 primeiros anos de vida de seus filhos. Verificaram que os índices destes agentes cariogênicos nas crianças, após completarem 7 anos de idade, eram bastante reduzidos com relação ao grupo controle. Concluíram que a manutenção da saúde bucal das mães, com baixos índices de patógenos cariogênicos, contribui efetivamente para a redução da experiência de cárie por suas crianças.

Brambilla et al. (1988) avaliaram a redução dos níveis de *S. mutans* em 65 gestantes que consultavam no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do hospital de San Paolo em Milão, Itália. Tais gestantes foram examinadas e exibiram um alto índice de *S. mutans*, principal patógeno da cárie dentária. Essas mulheres foram submetidas a um programa de reeducação alimentar, profilaxia e instruções sobre saúde bucal, num período de 30 meses. Com relação a um grupo controle, o regime preventivo durante a gravidez influenciou na transmissão do patógeno de mãe para filho, diminuindo

significativamente o contágio pelo *S. mutans*.

Alaluusua et al. (1989) relacionaram os níveis de *S. mutans* e lactobacilos em pais e filhos. A população do estudo consistiu em 82 mães e filhos e 73 pais e filhos. O CPOD foi 8 vezes maior nos adultos. Entretanto os níveis de *S. mutans* salivares e lactobacilos foram aproximadamente os mesmos em ambos os grupos. Houve uma correlação significativa entre os índices CPOD dos pares mãe e filhos. O mesmo não foi encontrado nos pares pais e filhos. Os níveis de *S. mutans* foram maiores nas crianças cujas mães apresentavam um maior índice CPOD comparado às crianças com mães com menor índice CPOD.

Inúmeros trabalhos têm mostrado relação semelhante a propósito de cárie em mães e filhos. Este fato pode estar relacionado a reflexos hereditários ou fatores sociais, segundo Aaltonen (1991). O autor ressaltou que pode estar relacionado com a transferência materna de *S. mutans* da mãe para a boca do bebê, pois a criança sem dentes não tem colonização desta bactéria.

O autor realizou um estudo em Lohja, área rural da Finlândia, entre 1983 e 1985. Quatrocentos e setenta e seis mães de bebês com idade de 7 meses foram entrevistadas e tiveram avaliada a condição de saúde bucal. Também foi feita uma avaliação clínica da saúde bucal dos bebês em oito centros de saúde da região. Quando as crianças estavam com 5 anos de idade, mães e filhos foram convidados a retornarem para um novo exame: 248 mães e filhos compareceram. Os resultados apontaram uma relação significativa entre maior índice de cárie naquelas crianças cujas mães tinham uma incidência baixa de cárie, porém um contato mais freqüente com os filhos durante o dia, e nas crianças cujas mães tinham um maior índice de cárie, mesmo sem um contato tão prolongado durante o dia com seus filhos.

De acordo com o autor, este resultado suporta a teoria de que a incidência de cárie materna e o contato salivar da mãe com a criança estão relacionados com a infecção pela cárie dentária e/ou a imunidade.

Corrêa (1993) já postulava que “o caminho para a melhoria do quadro epidemiológico da cárie e doença periodontal é prevenir”, investindo na saúde bucal da mãe em potencial e assistindo a criança no berço, quando ainda nem dente possui. A transmissão das características da microflora bucal da mãe para os filhos é bastante

relatada na literatura.

Caulfield et al. (1993) monitoraram os níveis de bactérias bucais de 46 mães e seus filhos, desde o nascimento até os 5 anos de idade. Este estudo reportou, pela 1ª vez, que os *S. mutans* são adquiridos pelas crianças, durante um discreto período que ocorre em torno dos 26 meses de idade, designado de “janela de infectividade”.

Duarte et al. (1995) realizaram revisão de literatura com o objetivo de avaliar a transmissibilidade da microbiota bucal em humanos e as conseqüências sobre o dente e o periodonto. Concluíram que o fato de os microorganismos estarem presentes não desencadeará cárie ou doença periodontal necessariamente; entretanto os pais deveriam receber um aconselhamento em relação à transmissibilidade desta microbiota a seus filhos, estimulando um controle clínico daqueles microorganismos.

Fonseca (1998) ressaltou o paradoxo materno onde a mãe pode expor seu filho a doenças infecciosas através do contato íntimo, embora também transmita a ele diversos anticorpos, os quais conferem imunidade contra muitos dos microorganismos que a infectam durante a gravidez. A saúde bucal materna pode ser um determinante ou um fator de risco na saúde do feto ou do recém-nascido. A autora nos informa que é de interesse atual a prevenção na transmissão materna de doenças da cavidade oral aos seus filhos, na assim chamada “janela de infectividade”.

A mãe é considerada a principal fonte de microorganismos relacionados tanto à cárie como à doença periodontal. A diminuição deste grau de risco na mãe constitui-se em importante conduta preventiva para a criança, que se iniciaria ainda no período gestacional (Rossell et al. 1999).

Discutindo esta comprovada transmissibilidade das características de saúde bucal da mãe para o filho, Pimenta (1994) demonstrou que as vias de contaminação da cavidade bucal do bebê são através dos beijos da mãe e da contaminação, por ela, dos talheres que serão usados pelo filho.

A prática destas demonstrações de carinho e dos hábitos de se compartilhar objetos é própria de nossa cultura. Mudar esses hábitos arraigados é tarefa mais complicada. Por isso, Pimenta (1994) afirmou que cuidar da saúde bucal materna é a forma mais simples e primeira medida a ser adotada na prevenção da cárie das crianças.

Além disso, Pordeus (1991) e Auad (1999) verificaram o padrão intrafamiliar de

comportamento em saúde bucal onde a mãe foi a principal formadora de crenças e atitudes.

Assim sendo, o caminho mais seguro para a manutenção da saúde bucal seria a incorporação de um guia de saúde bucal junto ao serviço de exame médico pré-natal, como no Japão, onde esta experiência deu certo, de acordo com os relatos de Morinushi et al. citados por Walter et al. (1996).

### **3.5.2 A mãe como agente multiplicador de saúde**

#### **3.5.2.1 A socialização primária sob a ótica da psicanálise**

Afirma-se, na psicologia, que a relação da criança com a mãe é fundamental, porque ela supre a necessidade de alimentação, contribuindo para a construção dos horizontes da criança do nascimento até dois anos de idade (Giglio & Guedes-Pinto, 1998).

À luz da psicanálise, Gelbert (1993) lembrou a questão de que ninguém educa ninguém. A educação não é um processo que se restrinja à vontade dos indivíduos, muito embora estes ocupem lugares de educadores e educandos. A educação é marcada por fatores históricos que transcendem os indivíduos, é supradeterminada, no sentido de que a transmissão da cultura não depende apenas ou primordialmente do educador e do educando. É algo que se passa na troca entre os inconscientes destes personagens. Cada um traz, para o processo educativo, conceitos, representações, que o marcam desde o início de sua existência. No momento em que a pessoa, que se dá o nome de mãe (biológica ou não), começa a cuidar do bebê, ela o faz a partir dos seus próprios sentidos, dos significados que tem da vida e começa a “marcar” a criança, que vai começando a ter uma série de sentidos. A autora lembrou ainda que as primeiras experiências, segundo a psicanálise, permanecem como um traço de memória no sujeito humano, que vai tentar reexperimentar esse traço o resto da vida. O bebê, mesmo antes de seu nascimento, já tem sua chegada marcada por um contexto.

A psicanálise explica a transmissão inconsciente de valores como uma relação de 2 desejos entre 2 pessoas, ou seja, o desejante deseja o reconhecimento de seu próprio desejo pelo desejo do outro. O desejo precisa ser reconhecido e, para tal, precisa ver no outro, o desejo desse outro. O sujeito, indo buscar no outro uma resposta, se

defronta com o desejo do outro, isto é, com uma falta, o que desencadeia seu movimento desejante, questão fundamental em relação à educação. A única forma de se aplacar temporariamente este desejo criado é, segundo a visão psicanalítica, através da paixão. Uma pessoa apaixonada tem a impressão momentânea de ter encontrado o “objeto perdido”. Vive a sensação de completude, idealiza o objeto. O apaixonado vê no outro a imagem da perfeição que lhe falta. Entretanto esta ilusão não se sustenta sozinha por muito tempo, novos desdobramentos ocorrem (Gelbert, 1993).

Freud (1974) colocou o complexo de Édipo como o processo central psicanalítico que explica o interesse ou desejo dos filhos em seguir os valores familiares. O autor descreveu que a criança vive com sua mãe uma suposta relação dual. Percebe-se como tudo para ela. A criança veio para completar a mãe, para responder a seus anseios. A mãe não precisa de mais nada, porque a criança se oferece a ela. Não existe fenda. De repente, porém, a criança percebe que o olhar e a atenção de sua mãe se desviam. A criança se sente destituída do lugar privilegiado no qual completava sua mãe. Através da lacuna, sempre existente, porém agora percebida, observa que o desejo da mãe continua presente e pulsando. O sentimento é de raiva e talvez de humilhação, porém torna-se inevitável olhar para onde a mãe está olhando, ver aquilo que ela busca, para onde seu desejo aponta. A mãe olha para um lugar, que é designado “nome do pai”, mas que não é o papai personificado de cada um.

O nome do pai é antes de tudo um lugar, representa esse vazio que se estabelece numa relação dual e que, portanto, não é mais dual. Ele pode adquirir significado para a criança de qualquer lugar para o qual a mãe olhe que não o filho, por exemplo o trabalho (Freud, 1974).

A mãe, continuou Freud (1974), segue como uma pessoa que deseja. Então a criança vai querer copiar e se identificar com tudo aquilo que, naquele momento, representa ou significa o “nome do pai” para ela e que tradicionalmente é acoplado à figura do pai da realidade. Vai assim querer ter aquilo que o pai tem. Ela vai querer copiar o pai. Neste caminho, por identificação com o pai e por temor à punição, estabelece com este pai um pacto: renuncia ao desejo incestuoso em relação à mãe (relação dual) e aceita o tabu do incesto. Em troca, recebe uma identidade, um nome, se insere na cultura. Passa a ser um indivíduo subordinado às leis da cultura, entrando na ordem da linguagem. Só dessa forma nasce como sujeito desejante. Assim o autor

observou a íntima ligação entre os conceitos de desejo e Édipo.

O “nome do pai” é o terceiro que rompe com a suposta relação dual e representa a lei, a cultura, a linguagem. Interditada para sempre o desejo incestuoso de fusão com a mãe, inaugurando a possibilidade de acesso ao prazer e ao saber. Freud (1974) concluiu que todo esse processo se passa de forma inconsciente e representa a matriz em que vão se dar os pactos sociais, todos baseados em ganhos e renúncias.

Baric et al. (1974) já lembravam a forte influência dos pais no processo de internalização de rotinas e hábitos, ou seja, valores e atitudes, denominado socialização primária. Woolfolk et al. (1989) reforçaram que as figuras paternas representam a primeira fonte de informação para a criança sobre saúde bucal.

Freud (1998) explicou a influência da socialização primária como o período onde as crianças imitam ou se identificam com as atitudes e comportamentos dos pais. Durante os primeiros anos de vida, a criança imita, como uma mímica, as ações dos pais, e há a identificação emocional com as atitudes desses pais. Freeman (1999) completou ser esta fase um período em que as crianças aprendem o cuidado com o corpo e com os dentes. A autora lembrou que os processos de socialização secundária e terciária irão, sim, interferir nas atitudes em saúde bucal. Entretanto, completa a autora, se você já tem uma educação em saúde bucal, quando imposições de outras ordens interferirem no comportamento em saúde, é mais fácil conseguir um retorno ao comportamento positivo, quando aconselhado por um profissional de saúde, que a mudança ou incorporação de um novo hábito quando este nunca tiver feito parte de seus valores.

Freeman (1999) estudou os determinantes das atitudes e comportamentos em saúde bucal. A autora descreveu que os cuidados em saúde iniciam com o nascimento, e as atitudes e comportamentos da família são as primeiras influências sobre a percepção em saúde bucal, chamadas de socialização primária. A influência de amigos e parceiros é chamada de socialização secundária e ocorre na infância e adolescência. A socialização terciária é aquela que ocorre com a profissionalização do indivíduo. A socialização primária pode interferir nas outras formas de socialização, assumindo, então, importância fundamental para a criança adquirir e manter uma boa saúde bucal.

### **3.5.2.2 Estudos que relacionaram a mãe como principal promotora de saúde bucal**

Blinkhorn (1980) entrevistou 288 mães com filhos entre 2 a 4 anos e observou que, apesar de vários programas de saúde concentrarem seus esforços em modificar o comportamento de crianças e adolescentes, o estabelecimento de práticas saudáveis diárias dependia de um envolvimento familiar. Padrões de comportamento aprendidos durante este tempo são profundamente arraigados e resistentes a mudanças e as mães têm papel fundamental na situação de aprendizado da criança.

Blinkhorn (1981) lembrou que a prevenção da cárie e doença periodontal depende principalmente da maneira com que os indivíduos se comportam na vida cotidiana, ou seja de seus hábitos. Outro fator positivo de se conseguir que os pais transmitam hábitos saudáveis para os filhos, na socialização primária, é que esses hábitos serão melhor interiorizados. O autor salientou que mudar hábitos é mais complicado que reforçá-los, quando saudáveis. Desta maneira, a assistência odontológica durante a gestação representa, também, uma economia de maiores investimentos em campanhas preventivas para mudanças de hábitos em crianças mais velhas.

Honkala et al. (1983) relataram que o comportamento dos pais é extremamente importante na formação dos hábitos bucais dos filhos e, sendo assim, os cuidados e a educação em saúde devem ser direcionados a toda a família.

A família é vista como um agente primário de socialização onde a mãe adquire papel principal na saúde e educação de seus filhos e na formação de hábitos. Por conta dessa responsabilidade social e psicológica, a educação para a família é reafirmada como uma proposta de trabalho preventivo por Gomes-Szymanski (1994). Segundo esta autora, a educação para a família focaliza práticas dirigidas aos adultos visando seu aprimoramento como educadores.

Sarnat et al. (1984) observaram menores índices de cárie em crianças cujas mães tinham atitudes mais positivas com relação à própria saúde bucal. Os autores realizaram este estudo com 65 mães e 173 crianças de 6 jardins de infância da comunidade de classe média de Israel, com idades entre 5 e 6 anos.

Ruel-Kellermann (1984) lembrou que a maneira pela qual as mães apresentam os dentes a seus filhos e o valor por elas transmitido em relação à saúde bucal determinarão o futuro comportamento da criança em relação aos seus dentes.

Gordon & Reddy (1985) entrevistaram, na África do Sul, 100 mães de crianças de 1 a 2 anos de idade na África do Sul, de baixo nível sócio-econômico, a respeito de saúde bucal. Verificaram que o consumo de açúcar e a frequência de lanches ou refeições têm correlação significativa entre as mães e seus filhos.

Garcia-Godoy (1986) ressaltou que a importância da família está no seu papel modelador dos hábitos da criança. Esta vem ao mundo totalmente desinformada, portanto, a família é o marco básico de valores, crenças e atitudes. Esta socialização primária que a família estabelece sugere, segundo o autor, que o comportamento de uma criança pode ser consideravelmente moldado ou modificado pela família, sobretudo pela mãe, que deve ser conscientizada disto, já que tem contato com a criança muito antes dos dentistas. Educar as crianças mais tarde, sem levar em consideração os pais, seria perda de tempo, com lembrou o autor.

Chen (1986) avaliou, em 1980, os comportamentos de pais americanos e seus filhos, com relação à saúde bucal, através de dados coletados por uma pesquisa nacional, da qual participaram 1000 famílias. Foram enviados questionários para as famílias e o retorno foi de 685 formulários. A idade dos filhos das famílias participantes variou de 7 a 18 anos. Através de uma análise multivariada, encontrou-se que as crenças em saúde bucal dos pais e os comportamentos preventivos em saúde tinham influência no comportamento adequado dos filhos com relação a escovar os dentes, usar fio dental e fazer visitas preventivas ao dentista. O autor concluiu que esse resultados demonstraram a grande importância das mães na modelação do comportamento de seus filhos, em saúde bucal.

Kinnby et al. (1991) investigaram a relação da saúde bucal de 601 crianças na Suécia com os conhecimentos de seus pais sobre o assunto. Os autores verificaram uma relação positiva entre saúde bucal infantil e maior grau de informações dos seus pais a respeito do tema. A origem desses conhecimentos está nas informações escritas e orais recebidas através dos profissionais de odontologia, procurados pelos próprios pais.

Paunio (1994) comentou que, nas últimas duas décadas, as clínicas da Finlândia, através de um programa global no país, reduziram os índices de cárie infantil para um dos melhores do mundo. O autor salientou que a atenção às gestantes e às mães de recém-nascidos representou a estratégia fundamental para o sucesso da promoção em

saúde bucal. Também lembrou que, através da instrução dada aos pais sobre comportamentos e hábitos em saúde bucal, evitou-se a alta incidência de lesões cáries até os 3 anos de vida da criança, sendo essa fase ainda muito difícil para um tratamento odontológico. Através de questionários estruturados, o autor entrevistou mulheres que estavam na primeira gestação e residentes das províncias de Turku e Pori, na Finlândia. Concluiu que existe a necessidade de educação em saúde bucal às gestantes e que deve existir sempre um reforço para a manutenção de hábitos saudáveis pelos pais, pois são esses os principais agentes em saúde para seus filhos e não os profissionais de saúde.

O autor também observou que o hábito de escovar dentes dos filhos era significativamente associado com os hábitos dos respectivos pais e mães. O consumo de açúcar dos filhos também teve associação estatística com a quantidade de açúcar consumida pelos pais (Paunio, 1994).

Outra constatação que merece ser comentada é que pais e mães mais jovens, que participaram do estudo, não tinham informações ou conhecimentos suficientes para dar educação em saúde a seus filhos, como também para cuidar de sua própria saúde bucal, merecendo cuidado e atenção especial para reverter essa realidade (Paunio, 1994).

No Japão, Tsubouchi et al. (1994) estudaram as causas da incidência de cárie na primeira infância, em 638 crianças japonesas de até dezoito meses, e verificaram a relação direta das atitudes dos pais com relação ao comportamento nos hábitos de higiene bucal e alimentação e a manifestação de lesões cáries em idade precoce. Este estudo confirma a importância dos pais como agentes em saúde bucal e reafirma a necessidade de programas que eduquem e incentivem esses pais à manutenção da própria saúde bucal e da de seus filhos.

Kinnby et al. (1995) avaliaram a relação de saúde bucal de 177 crianças suecas, de 4 anos de idade, com as características comportamentais de seus pais. Os autores dividiram as crianças em 2 grupos: o primeiro com aquelas crianças com todos os dentes íntegros, o segundo grupo com aquelas crianças com pelo menos 3 dentes restaurados nas superfícies proximais e/ou uma restauração na oclusal dos segundos molares decíduos. Observaram uma relação estatisticamente significativa entre boas condições de saúde bucal das crianças com a idade maior das mães, com a manutenção de cuidados diários em casa com a alimentação e higiene bucal. Os pais das crianças

com alteração na saúde bucal pareceram não seguir um comportamento lógico com relação aos hábitos na alimentação e higiene bucal.

Silva et al. (1997) estudaram os fatores de comportamentos de 117 adolescentes acerca de sua saúde bucal, de uma escola pública e uma particular pertencentes a um mesmo bairro de Belo Horizonte-MG. Observaram que a mãe foi a principal responsável pelo ensino da escovação em 71% das respostas. O dentista representou uma fonte importante de informações apenas para os alunos da escola particular. Os adolescentes entrevistados percebiam a escovação como o principal meio de se ter uma boa saúde bucal.

O interesse e a preocupação demonstrados por grávidas indicam que a intervenção na educação em saúde, na gravidez, encontrará uma reação positiva. O modelo de socialização sugere que o comportamento da criança pode ser formado principalmente pela família e particularmente pela mãe. Desta forma, a educação em saúde bucal para as gestantes pode resultar na possibilidade de ensino de rotinas de comportamento, durante o período da socialização primária, quando os dentes decíduos estão irrompendo na cavidade bucal (Ismail, 1999).

Vale lembrar que a gestação é uma fase durante a qual a mulher torna-se mais sensível à adoção de novos hábitos, possibilitando a transformação da futura mãe em competente agente educadora, já que assume o principal papel social na educação e saúde dos filhos (Rossell et al. 1999).

### ***3.6 A historicidade do papel da mulher na sociedade***

Toda sociedade cria um conjunto coordenado de representações, através do qual ela se reproduz e se designa. O grupo distribui para si mesmo as identidades e os papéis, expressa as necessidades coletivas e os fins a alcançar (Minayo, 1993).

Historicamente a sociedade seguia um modelo patriarcal, e a luta das mulheres ao longo da história é pela construção de uma sociedade libertária. D'Acri et al. (1994), adotando o conceito de saúde como resultante das condições de vida e de trabalho e, principalmente, pela disposição em atuar no mundo através de uma energia vitalizadora,

afirmaram que se pode compreender a luta das mulheres, ao longo da história, como uma luta pela saúde.

As autoras comentaram que o foco central da discussão sobre a questão feminina é a emancipação da mulher como algo a se construir, objeto de realização de homens e mulheres.

A organização das mulheres na luta por seus direitos está atrelada à preocupação com a saúde e o bem estar da criança, porque, historicamente, as más condições do trabalho feminino e a exploração das mulheres eram vinculadas ao trabalho do menor. O texto de Maria Antônia Soares, publicado no jornal operário *Guerra Sociale* em 1917, citado por D'Acri et al. (1994), retratou de forma pungente a situação de saúde das crianças e das mulheres trabalhadoras, relatando as condições de trabalho das crianças nas fábricas e revelando a revolta ante tal injustiça:

*Encerrradas em edifícios horríveis, enormes, tétricos como a alma daqueles que alí as encerram [...] vemo-las finalmente tiritando de frio, mortas de sono e fadiga, entrarem nas fábricas e nas oficinas onde têm que permanecer encerrradas todo o dia, entregues a um trabalho esfalfante, lidando com as engrenagens perigosas, entre as quais deixam, amiúde, um membro ou a própria vida. (Soares, 1912).*

Os movimentos anarquistas de 1906 a 1920 também defenderam o direito de a mulher trabalhadora ficar em casa para amamentar seus bebês, exaltando o papel da mãe nos cuidados com os filhos (D'Acri et al., 1994).

Quanto à função da mulher de ser apenas mãe, seus determinante históricos foram revelados por Oiticica, citado por D'Acri et al. (1994). O autor analisou que a educação nacional, comandada pela educação cívica e clerical, foi uma “não-educação”, a serviço apenas da estabilidade das elites e do preparo de uma classe trabalhadora servil e ignorante. Para o autor, a mulher, mais que o homem, era submetida à ignorância, não estando à altura de sua missão de educadora, o que representou um colossal desperdício. “Ninguém deveria ser mais enciclopédico do que a mãe de família”, disse o autor. Este também afirmou que a sociedade capitalista não permitia às mulheres o livre desenvolvimento das aptidões, ao contrário, as cerceava:

*A sociedade estabelecida no regime autoritário impõe às mulheres quantos empecilhos pode, veda-lhes os direitos políticos, submete os seus bens à administração do marido, tranca-lhes quase todas as repartições públicas e quando lhes entrega a educação primária, não*

*lhes dá nenhum meio de desenvolver a sua aptidão pedagógica. Impõe-lhes os alunos, o local de ensino e os programas. (Oiticica, 1915).*

Na luta pela emancipação da mulher, é relevante citar que a maioria dos autores enfatiza a necessidade de educação para a mulher com o objetivo de que esta realize seu destino fundamental, isto é, a educação dos filhos, vendo no papel de esposa e mãe sua função primordial. Confirma-se assim mais uma vez o comportamento de dominação masculino em relação à mulher, favorecido pela sociedade patriarcal (D’Acri, 1994).

Em 1916, o jornal “*A Luta*” identificou, na moral vigente, a principal fonte de opressão feminina. O jornal trouxe a referência do livro *A Escravidão Social da Mulher*, de autoria do Dr. Russomano, que constatou que “a moral que é imoral” era o principal fator da escravidão feminina e que variava segundo os costumes, sendo sua causa, portanto, “irracional e arbitrária” (D’Acri, 1986).

O periódico *A Semana Social* (1917) analisou a situação da mulher como dependente do homem, como consequência da falta de habilitações para tomar parte ativa e direta na vida econômica e para ter lugar nas lutas políticas. O artigo constatou que “a mulher permanece na mesma posição social que há séculos ocupava, desempenhando na sociedade o papel estrito de dona de casa” (D’acri, 1986).

Borques (1923) afirmou que, mesmo nos movimentos de valorização da mulher, o papel feminino como educadora de sua família era tido como natural dessa identidade. O autor lembrou que este papel era intensamente veículado pela mídia e que essa noção da distribuição de tarefas segundo o sexo era também compartilhada pelas mulheres.

Paiva (1986) ressaltou que a religião judaico-cristã também apoiou a sociedade masculinizante, onde o homem ocupava um lugar principal e a mulher uma posição secundária, influenciando, desta forma, o simbólico da posição feminina no imaginário da sociedade. A autora citou Leonardo Boff, para quem o judaísmo-cristianismo é uma religião de varões:

*Boff considera Jesus Cristo um feminista, nas palavras e nos atos. O Reino de Deus tem como destinatários primeiro os pobres, marginalizados e oprimidos, dentre eles a mulher. Elas logo o entenderam e, contra as regras da época, há um grupo que segue Jesus. (Paiva, 1986).*

Na fala masculina, as primeiras notícias sobre as mulheres são relativas à

oposição ao militarismo, em movimentos a favor da paz e às denúncias de prostituição e infanticídio, sob a forma de intensa crítica à sociedade. Algumas declarações históricas acentuam determinados pontos de convergência entre olhares masculinos e femininos, como por exemplo, a ênfase no papel de educadora da família que é atribuído à mulher, em detrimento do desenvolvimento de outras potencialidades. A educação é vista como instrumento de grande força transformadora, não só através do papel da mulher como educadora da família, mas principalmente como o elemento fundamental para o crescimento integral das mulheres (D'Acri et al., 1994).

No discurso da sociedade, os modelos impostos aos papéis sociais passam muitas vezes despercebidos.

Gove & Tudor (1973) observaram a tendência discriminadora com relação ao sexo, que estabelecia a distribuição dos papéis assumidos pelo homem e pela mulher e consideraram esse fato como conseqüência de uma melhor saúde mental por parte dos homens, quando estes assumem o papel de “pagador das contas”, dentro da divisão das obrigações do lar. Os autores também verificaram o impacto do trabalho fora de casa, no bem estar das mulheres. Concluíram que, no caso das mulheres, a tarefa de assumir as despesas da casa se acresce às responsabilidades de dona de casa e esposa, tornando-se motivo de conflito e ansiedade.

Estudos posteriores contradizem esses achados. Sieber (1974) e Marks (1977) enfatizaram os benefícios dos múltiplos papéis assumidos pelas esposas: status, privilégios, aumento da auto-estima. O envolvimento em várias funções foi visto como fonte de estímulo, gratificação e valorização social.

Blinkhorn (1981) relatou que, na sociedade britânica, a família e, principalmente, a mãe era responsabilizada pelos hábitos em saúde e, conseqüentemente, eram as responsáveis pela manutenção da saúde bucal de suas crianças.

Também Long e Porter (1984) relataram a existência deste tipo de segregação sexual nos múltiplos papéis assumidos por homens e mulheres no ambiente doméstico.

Pietromonaco (1984) acrescentou que “teorias empíricas” sugeriam um maior bem estar, tanto do homem quanto da mulher, quando aqueles assumem diferentes papéis dentro da sociedade e do lar.

Com a intenção de conhecer o envolvimento nos múltiplos papéis assumidos pelas mulheres, Baruch e Barnett (1986) entrevistaram 238 mulheres americanas com idade média de 43 anos. As entrevistadas foram divididas em 6 sub-grupos: mulheres que nunca se casaram; mulheres casadas, porém sem filhos, com e sem emprego; mulheres casadas, com filhos, com e sem emprego; mulheres divorciadas, com filhos. As autoras encontraram uma relação estatística entre bem-estar, auto-estima e prazer. Entretanto não encontraram relação estatisticamente significativa entre envolvimento em múltiplos papéis por si e bem estar físico. Concluíram que as relações entre bem estar e o envolvimento nos diferentes papéis sociais pode variar, não apenas com relação ao envolvimento nas diferentes tarefas. As diferentes expectativas, dimensões sociais e grupos populacionais são fortes preditores para o bem-estar social.

Sob o ponto de vista de família, Gomes-Szymanski (1988) constatou a presença de um modelo de família em classes populares onde existe uma estrutura que serve de referência. O modelo é o da família nuclear burguesa e a estrutura é a do pai, mãe e filhos com ordem hierárquica estabelecida e com divisão sexual do trabalho. A autora denominou este modelo como “família pensada”. A “família pensada” seguia uma proposta patriarcal, sendo o pai o provedor material, a mãe, a provedora de educação e cuidado aos filhos. A mãe foi também responsabilizada pela estabilidade afetiva da família, e sua saída para o trabalho é motivo de qualquer desestruturação ou falha na educação e saúde familiar.

Em 1990, Dibenedetto e Tittle avaliaram a dimensão das preferências de 87 mulheres e 31 homens pós graduandos da Universidade de Nova York a respeito dos papéis dos pais nas tarefas domésticas. Embora a maioria das mulheres trabalhem, é assumido por elas o trabalho doméstico, incluindo a educação dos filhos. As entrevistadas revelaram usar formas (como adiar os horários da alimentação dos filhos, trabalhar meio horário ou procurar empregos com horários flexíveis como professora ou enfermeira) para conciliar as tarefas. As autoras salientaram que existe um atraso entre os comportamentos na distribuição das tarefas, no casamento, desviando o papel da mulher no mundo atual das tarefas ocupacionais para o serviço doméstico. O resultado das entrevistas com os homens não demonstrou claramente o envolvimento com os afazeres domésticos, entretanto a rejeição também não foi apontada como uma preferência explícita. As mesmas autoras lembraram que este contexto teórico de

chances idênticas entre homens e mulheres é importante para a avaliação e planejamento das tarefas . Entretanto a independência dos papéis dos homens, encontrada no estudo, trouxe um dilema com relação ao planejamento prático para ambos os sexos: a confirmação dos papéis sexuais ou exploração das discrepâncias dentro das expectativas e implicações de equidade.

Biernart e Wortman (1991) estudaram as relações interpessoais entre casais com mesma carreira profissional. Participaram da pesquisa 139 casais do estado da Flórida, EUA. O grupo constituiu-se de professores universitários e homens e mulheres de negócio. Ficou clara a distribuição de tarefas domésticas segundo o sexo. As obrigações das esposas foram maiores que as dos maridos, nos afazeres domésticos, incluindo a educação dos filhos. Os autores concluíram que os homens tinham expectativas mais tradicionais do casamento com relação a distribuição de tarefas domésticas segundo o sexo.

Wiersma e Van Den Berg (1991) entrevistaram 104 homens e 104 mulheres no nordeste dos EUA, onde ambos os cônjuges trabalhavam fora e tinham filhos. O objetivo foi pesquisar a existência de conflito dos papéis nas tarefas domésticas, as responsabilidades de cada um nestas funções e o que faziam nos tempos livres. Os autores observaram que a divisão do trabalho doméstico e o cuidado com os filhos foram igualmente atribuídos a homens e mulheres. Entretanto as mulheres usavam a maior parte de seu tempo livre com afazeres domésticos, como cuidar dos filhos, fazer mercearia, fazer compras e ir à lavanderia. Os mesmos autores não encontraram conflito familiar na divisão de tarefas domésticas no grupo pesquisado. Ressaltaram que o fator determinante para esse comportamento foi o apoio e a cumplicidade emocional encontrados entre os cônjuges.

Blanco & Feldman (2000) analisaram a relação existente entre a distribuição de responsabilidades no lar e a saúde física e mental de um grupo de mulheres venezuelanas que trabalhavam fora de casa. As autoras entrevistaram 125 professoras universitárias sobre a administração, planejamento e execução das tarefas domésticas. Observaram que existe uma maior participação das mulheres nas obrigações domésticas e que estas recebem ajuda de seus parceiros na manutenção da casa. Aquelas mulheres que informaram uma sobrecarga nas tarefas do lar apresentavam ansiedade, depressão e baixa auto-estima. Quando se incluiu cuidar dos filhos como tarefas domésticas, a ajuda

do parceiro aumentou sensivelmente. O mesmo foi encontrado por Baruch e Barnett (1986).

Blanco & Feldman (2000) observaram que as mulheres que se encarregavam do cuidado dos filhos, além de trabalhar fora, apresentaram maior grau de ansiedade. A esse respeito, Rosenfield (1992) lembrou que os cuidados com a saúde, educação e proteção dos filhos representam mais de 50% das tarefas domésticas. O trabalho de casa, incluindo cuidar dos filhos, se torna uma grande carga para a mulher, o que gera afastamento social e *stress*. O trabalho fora de casa ajuda no desenvolvimento profissional e pessoal.

Correia & McAuliffe (1999) estudaram a saúde da mulher no Brasil e observaram que seu trabalho ainda se concentrava no setor informal de produção, sendo observadas diversas desigualdades em relação ao trabalho da população masculina, tais como salários menores para o exercício de atividades similares, sobrecarga de trabalho e maior dificuldade de ascensão funcional. Os autores comentaram que, se por um lado, as mulheres assumem cada vez mais pesadas responsabilidades no plano econômico, por outro lado, continuam a ser naturalmente responsabilizadas pela maior parte das atividades domésticas, o que caracteriza uma dupla jornada de trabalho.

Os dados censitários de 2000 verificaram um incremento de aproximadamente 38% na proporção de domicílios brasileiros onde o responsável é do sexo feminino, passando esse contingente de 18,1%, em 1991, para 24,2% em 2000. As regiões nordeste e sudeste brasileiras registraram os maiores aumentos da proporção de domicílios com responsáveis mulheres (25,9% e 25,6%, respectivamente) (Brasil, 2000).

Blanco & Feldman (2000) discutiram que a soma das tarefas domésticas e profissionais por parte da mulher gera uma outra desigualdade social com relação ao desenvolvimento profissional. Para conciliar tarefas diversas, as mulheres optam por turnos parciais de serviço interferindo num maior desenvolvimento profissional. Pode-se questionar, então, porque as mulheres com aspirações profissionais optam por ter filhos ou unir-se em casamento antes de atingirem seus objetivos. As autoras lembraram que outros fatores interferem na opção e conduta dessas mulheres em casarem-se e terem filhos. A idade para se ter filhos interfere no comportamento das mulheres, o

número de filhos como satisfação pessoal e do companheiro também contribui na decisão de se acumular papéis, em vez de primeiro investirem apenas na carreira profissional.

Blanco & Feldman (2000) também observaram uma maior ajuda dos esposos nas tarefas de casa, quando as mulheres trabalham fora, entretanto não é equitativa. As autoras não puderam afirmar o grau de participação dos maridos, porque estes não foram entrevistados. O que ficou demonstrado foi a clara percepção das mulheres da sobrecarga a elas imposta através dos afazeres domésticos e cuidado com os filhos.

Em se tratando da saúde e bem-estar das mulheres, as observações de Pina & Bengston (1993) são valiosas. Os autores observaram que as mulheres casadas que recebiam ajuda equitativa dos esposos tinham maior grau de satisfação e bem-estar.

Entretanto, ainda hoje, Correia & Mcauliffe (1999) observaram que a mulher permanece com seu indelegável papel reprodutivo, que culmina com a maternidade, e a divisão desigual de tarefas domésticas de acordo com o sexo.

O cuidado com a saúde do filho é função feminina, porém a insuficiência e a má distribuição dos serviços de saúde fazem parte do quadro histórico-social do país, favorecendo a formação de culturas de classe sobre saúde e doença, delineando comportamentos, crenças e valores próprios de cada grupo social.

### ***3.7 O processo de construção das percepções sobre saúde-doença***

Minayo (1989) ressaltou que, através dos trabalhos de campo de antropólogos como Marcel Mauss e Levy Strauss, pôde-se constatar que as percepções sobre saúde-doença costumavam estar referidas a visões sociais muito profundas das comunidades, porque elas dizem respeito a questões significativas para o ser humano, quais sejam, a vida e a morte. Estes pesquisadores observaram que as falas, os mitos, os comportamentos e atitudes em relação à saúde-doença são altamente importantes para se compreender a relação indivíduo-sociedade, pois expressam uma visão de mundo, o lugar social dos indivíduos, atitudes individuais, grupais e coletivas face à infelicidade dominadora, e atitudes frente à doença, ao corpo doente, o sentido de sua impotência,

precariedade e de seus próprios limites.

Minayo (1989) constatou que falar de saúde-doença é uma forma que a classe trabalhadora tem de expressar sua vida. A representação da doença é como algo que está nos indivíduos, mas que quase sempre vem de fora, abrindo portanto a possibilidade para o diálogo. É como se pudesse resumir nos relatos sobre saúde-doença todos os elementos que compõem a infelicidade do sujeito.

Segundo Minayo (1989), dentro do tipo específico do capitalismo brasileiro, onde o bem estar social é tão precário, a doença, para os trabalhadores, significa miséria e fome, pois este segmento reveste-se de uma evidência gritante de necessidades materiais. Ferreira (1994) complementou que a noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa.

Muitos estudos destacaram que as representações de saúde-doença estão relacionadas com o uso social do corpo em seu estado normal. Assim qualquer alteração que interfira na capacidade de o paciente realizar suas tarefas habituais, como trabalhar, comer ou dormir, implica sentir-se doente (Boltanski, 1984; Minayo, 1988; Ferreira, 1994).

Esta primeira forma de apreensão dos fenômenos saúde-doença é reflexo da relação de hegemonia estabelecida entre profissionais de saúde e pacientes. Segundo Minayo (1989) a assistência à saúde que se dirige para a classe trabalhadora tem como característica manter a força de trabalho e sua energia produtiva. Assim, continuou a autora, a prática médica de um lado associa a cura à produção e, de outro, ao consumo, tanto do ato médico como da medicação. A autora fez uma crítica lembrando que se a função do médico se definisse unicamente como de manutenção das máquinas humanas, talvez a concepção biologicista se mostrasse mais eficaz e menos problemática. Isto é, uma vez desgastados, os trabalhadores se tornariam obsoletos e seriam considerados sucatas, sem um grito ou gemido. Os supervisores, ou seja, os médicos, assinariam a ficha de alienação e tudo estaria resolvido.

Entretanto Boltanski (1984) lembrou que a reprodução dos discursos médicos, pelas classes populares, nunca está livre de subentendidos e reticências. O homem é um “objeto de saber”, como lembrou Foucault (1984). Não é uma tábula rasa, faz suas

interpretações e avaliações. Tem suas ações sobre o corpo, o adestramento do gesto, a normalização do prazer e a interpretação dos discursos que o torna assim “objeto de saber” (Foucault, 1984).

Em 1993, Martins, em dissertação de mestrado, observou que a desigualdade sócio-econômica de indivíduos, em Belo Horizonte, trazia um reflexo também no plano da enfermidade. Para essas pessoas, o “sentirem-se doentes” e o “poderem ficar doentes” não são decorrências lineares e automáticas da instalação de um processo patológico. As pressões pela sobrevivência dificultaram assumir a doença em todas suas dimensões, ocorrendo uma negação da enfermidade, fazendo com que o corte que a define fosse deslocado até os limites da incapacidade orgânica, a ponto de impossibilitar o desempenho de seus trabalhos.

Ferreira (1994) ressaltou que, sem dúvida alguma, a percepção do estado de doença quase sempre se traduz em sintomas. A dor é o relato mais freqüente associado à doença. Contudo, esclareceu a autora, apesar de a dor ser uma experiência subjetiva e privada, o fato de as palavras dor e doença possuírem uma raiz etimológica comum (no latim *dolor* e *dolentia*) é por si só bastante expressivo da íntima relação que existe entre a experiência de dor e o reconhecimento de um estado mórbido. Por isso, finalizou a autora, a simples perspectiva de dor causa um sentimento de aversão, o que a faz surgir como o mais comum e elementar dos sintomas relatados em consultas de saúde.

Boltanski (1984) citou que a percepção de dor varia conforme o grupo social. Segundo o autor, a percepção da dor como doença grave aumenta nas classes superiores em relação às baixas. A percepção da saúde/doença estaria também determinada pela oferta e a capacidade de consumo de serviços de saúde existentes.

Salem (1983), discutindo que a dor não era inerente ao parto, cita a sensação de constrangimento sócio-cultural da dor do parto como responsável pela relação de passividade diante da dor, encontrada entre gestantes ou mulheres que potencialmente podem vir a ser mães.

Quando se reflete que a consciência da pessoa está voltada para toda uma vivência significativa, percebe-se que essa consciência é construída a partir da representação do mundo vivido. Assim, descreveu Kern (1997), a representação do tratamento odontológico, para a pessoa, também não é algo imaginário. Muito pelo

contrário, se fundamenta no vivido, no cotidiano, no estabelecer das relações sociais, no concreto da vida social. Particularmente na odontologia, o profissional se depara com ansiedades específicas do paciente. Segundo o mesmo autor, o dentista se encontra com aquele que especificamente procura a restituição da estética e daquele que procura substituir a dor física pelo alívio.

Cruz et al. (1997) desenvolveram um estudo qualitativo em Belo Horizonte com 40 pessoas de 20 a 30 anos e 40 pessoas acima de 50 anos de idade. Observaram que o medo e a dor estavam fortemente associados à imagem do dentista, sendo relacionados ao instrumental e ao tratamento.

Giglio & Guedes-Pinto (1998), tendo como objetivo a compreensão do medo em odontologia, classificaram-no em dois tipos: o medo objetivo e o medo subjetivo. O medo objetivo pode ser direto, quando o paciente sofreu uma experiência anterior dolorosa ou desagradável; pode ser indireto, quando é oriundo de experiências que ocorreram em ambientes semelhantes ao do consultório odontológico, como, por exemplo, no médico. O medo subjetivo ocorre por sugestões: relatos de pessoas, a exemplo os pais, parentes ou amigos que viveram alguma experiência desagradável no consultório odontológico. O paciente pode imaginar: se minha mãe que me protege sofreu e tem medo, o que será que eu vou sofrer? A informação, que pode ser da mãe ou de qualquer outro membro da família ou do ciclo de amizades, tem efeito direto e desastroso.

Jorge (2000) realizou uma pesquisa com 118 crianças, sem qualquer experiência odontológica prévia, com a idade entre 48 e 68 meses, para avaliar os fatores de predição de ansiedades ou medos no comportamento infantil. Todas as crianças pesquisadas estavam sob os cuidados de creches-escola, dotadas de consultório odontológico com cirurgião-dentista e situadas nas cidades de Betim e Belo Horizonte. Os resultados revelaram associações estatisticamente significativas entre ansiedade da criança e predição do comportamento infantil pelas mães, comportamento infantil na experiência médica anterior, experiência de dor de dente, nível socioeconômico e comportamento infantil na primeira consulta odontológica.

Em síntese, a percepção de saúde e doença é um processo construído socialmente (Ferreira, 1994). Minayo (1988) ressaltou que estas representações estão

relacionadas ao uso social do corpo. Boltanski (1984) lembrou que a dor e o medo têm diferentes origens para as pessoas, variando conforme o grupo social. Entretanto, segundo Ferreira (1994), a dor é o relato mais freqüente associado à doença. Os medos, por sua vez, vêm freqüentemente relacionados às representações de dor ou experiências desagradáveis, relatadas por terceiros, como concluiu Jorge (2000).

### **3.7.1 Significado e consciência**

A antropologia médica explica as causas relacionadas à saúde e doença, as crenças sobre os tipos de tratamentos e a quem recorrer quando doente. Segundo Ferreira (1994), o corpo é pensado, representado e passível de leituras diferenciadas, de acordo com o contexto social e histórico. É um reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. A noção de saúde é uma construção social, o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa.

As observações que os estudiosos das sociedades primitivas fizeram sobre os fenômenos saúde-doença são muito valiosas para nos orientar na observação de sociedades complexas. Esses estudos revelam, segundo Minayo & Souza (1989), que as formas de lidar com as questões relativas à vida e à morte fazem parte da visão social de mundo que inclui o imaginário social. Costumam vencer barreiras de tempo, de espaço e dos grupos fundamentais da sociedade. Por isso servem para o controle, a reorganização e o reencontro da sociedade com seus valores dominantes.

Barata (1990) ressaltou que a questão da causa, no processo saúde-doença, é revestida de historicidade. A autora lembrou que a primeira concepção de doença foi dos assírios, na Antigüidade. O corpo seria um receptáculo de uma causa externa que é a doença. A segunda vertente foi da medicina hindu e chinesa. A doença era vista como consequência do desequilíbrio de um complexo sistema de correspondências entre os cinco elementos que compõem os organismos vivos: madeira, metal, terra, água e fogo. Na Grécia a saúde era vista como um estado de isonomia, harmonia perfeita de terra, água, ar e fogo, e a doença era a disnomia, assim definida por Platão. Hipócrates enriqueceu as concepções gregas de saúde e doença através de cuidadosas observações da natureza. Defendia a hipótese de que o ambiente físico interferia na causalidade da

doença:

*Se um médico conhece bem as propriedades do ambiente físico, de preferência todas elas, ele, ao chegar em uma cidade que não lhe é familiar, não ignorará as doenças locais ou a natureza daquelas que comumente dominam. (Hipócrates, citado por Barata, 1990).*

A partir das observações empíricas, os antigos conseguiram elaborar hipóteses sobre o contágio das doenças, como atesta uma citação de Barata (1990) a respeito de um escritor romano:

*... Pequenos animais que não possam ser percebidos pelos olhos penetram pela boca e narinas e causam desordens graves.*

Durante a Idade Média, que compreende o período de consolidação do modo de produção feudal, praticamente não ocorreram avanços no estudo da causalidade. Do século XVI até o século XVIII, a teoria miasmática tentou elaborar uma explicação para a disseminação das doenças epidêmicas. No final do século XVIII e início do século XIX, Barata (1990) citou a elaboração de uma teoria social da medicina. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deveriam ser buscadas.

Com as descobertas bacteriológicas do século XIX, a questão da saúde perdeu a concepção social, simplificando-se que para cada doença existe um agente etiológico. Apenas no início do século XX se dará o retorno às concepções multicausais para as doenças, sem que, entretanto, se recupere o conceito de causação social (Barata, 1990).

Pereira & Neto (1990) enfatizaram que, ainda nos dias atuais, nos limitamos a enfrentar a doença já produzida, deixando de lado as condições suficientes, sem a presença das quais a moléstia não se instalaria naquele determinado organismo biológico.

Os primeiros modelos de multicausalidade tentam reduzir o social através de construções ahistóricas e biologicistas. São reconhecidos 3 tipos de fatores, citados por Barata (1990): o agente, o meio-ambiente e o hospedeiro. Segundo a autora, esse modelo representa uma simplificação exagerada do processo complexo de causação. Nessa concepção, os fatores são tomados isoladamente, como se não houvesse interação entre eles e, na prática, apenas o fator de maior peso atuasse na produção da doença. Dessa forma, a multicausalidade vê-se reduzida a unicausalidade, com um diferencial de

serem admitidas outras causas que não, apenas, a presença do agente etiológico.

Rezende (1986) ressaltou que esse marco teórico foi estabelecido como a tríade ecológica de Leavell-Clark. Nessa teoria, o homem (hospedeiro), o agente patogênico e o meio interagem em equilíbrio dinâmico. O desequilíbrio de qualquer um desses elementos desencadearia o processo patológico.

Na década de 40, segundo Barata (1990), os fatores psíquicos passam a agregar-se aos fatores causais das doenças, definindo o homem como um ser bio-psico-social. A mesma autora complementou que o social passou a ser visto como um atributo do homem e não como “essência da própria existência humana”.

O modelo mais completo do conceito de multicausalidade é o modelo ecológico, no qual as intervenções entre os fatores bio-psico-sociais são apresentadas sob forma de um sistema fechado com um feedback regulador, excluindo assim o social uma vez mais (Barata, 1990).

Agentes e hospedeiros, nesse modelo, alteravam o ambiente e eram alterados por ele. Porém, sugeriu Barata (1990), reduzia o homem a um animal ou máquina da natureza, sendo a produção social do homem considerada apenas mais um dos fatores do meio ambiente. Este modelo foi interessante para o capitalismo, pois colocou a condição do homem como produtor e consumidor, obscurecendo a origem social, escondeu as diferenças de classe e permitiu uma atuação limitada dos problemas de saúde (Barata, 1990).

A explicação e a solução do fenômeno saúde-doença, para atingirem a máxima plenitude, deveriam levar em conta toda a riqueza de determinações da totalidade na qual o fenômeno se manifesta. Sendo o universo social descontínuo, com especificidades e diferenças marcantes, constitui mera abstração considerar a população como um todo, desconsiderando suas divisões em classes sociais, grupos ocupacionais e a historicidade da estrutura social na qual o fenômeno se produz (Pereira & Netto, 1990).

Kern (1997) considerou que, ainda no limiar do século XXI, não existe uma concepção de reconhecimento espontâneo do direito à saúde, o que reflete uma desarticulação entre a intrínseca relação de saúde com qualidade de vida.

Minayo et al. (2000) lembraram que, em todas as sondagens feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais como amor, liberdade, solidariedade, felicidade, realização pessoal e inserção social compõem sua concepção. Quando vista de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.

Por fim, Westphal (2000) salientou que estado de saúde é um processo onde a população tem a capacidade de controlar os fatores que favorecem seu bem-estar ou aqueles fatores que podem estar tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida. Nessa perspectiva, saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida.

### ***3.8 Conhecimentos e práticas em saúde bucal por gestantes***

Savage (1980) afirmou que o objetivo dos cuidados odontológicos durante a gravidez é promover o bem-estar geral da mãe neste período e que, para se promover um efetivo programa, é necessário que se conheçam as expectativas da população a ser atendida. Entretanto Blinkhorn (1981) salientou a falta de informações, por parte dos profissionais de saúde, de muitos fatores que influenciam a conduta das pessoas com relação à saúde bucal, principalmente das mães. O autor também enfatizou que essas mães não ensinam práticas em saúde a seus filhos que elas próprias não acreditarem ser eficientes. As mães aderem às normas correntes de comportamento de seu grupo de referência.

Serrano & Delano (1969) observaram, no início de um programa de atendimento a gestantes uruguaias, a indiferença das mulheres grávidas, a não ser na presença de dor, e o desconhecimento dos direitos aos aspectos preventivos e de reparação dos problemas bucais existentes.

Edwards & Rowntree (1969) identificaram numerosas atitudes negativas, com relação à saúde bucal, por parte das gestantes. Como exemplo citaram o fato de essas mulheres não reconhecerem a necessidade da higiene bucal regular para suas crianças.

Chapman et al. (1974) entrevistaram 303 gestantes atendidas no serviço de pré-natal em Brisbane, Reino Unido, e verificaram que 51% daquelas gestantes obtiveram informações sobre saúde bucal apenas de seus pais e, dentre estas, a mãe foi a principal fonte de informações para 61% delas. A escola representou a principal fonte de informações para 23% das entrevistadas e os dentistas representaram a fonte de informação para apenas 14% das gestantes. Foi observado também que 85% das entrevistadas gostariam de receber atenção odontológica durante a gravidez. Entretanto só 8% receberam alguma orientação ou atenção odontológica neste período. Em 53% das entrevistadas foi diagnosticada gengivite e em 18%, periodontite. Verificou-se ainda que 3 dentre cada 4 gestantes necessitavam de algum tipo de tratamento odontológico. Os autores concluíram que não foram surpresa estes resultados, na medida em que 70% das entrevistadas pensavam que o tratamento odontológico na gravidez era indicado apenas como emergência.

Liefde (1984) relatou que a maioria das gestantes da Austrália e Nova Zelândia não se sentiam estimuladas às consultas odontológicas durante a gravidez. Consideraram que o tratamento odontológico poderia fornecer poucos benefícios visíveis para a maioria das gestantes da Nova Zelândia. A autora lembrou que a atenção odontológica pode não fornecer resultados visíveis, mas reduz a possibilidade da manifestação de um quadro agudo que geraria desconforto e dor a essas mulheres.

Tsamtouris et al. (1986) entrevistaram 179 gestantes atendidas em hospitais universitários, na área de Boston, Estados Unidos. Observaram uma falta de informações dos pais a respeito de hábitos saudáveis para a saúde bucal de seus filhos. Quase metade das gestantes desconheciam que a mamadeira açucarada poderia causar cárie. Mais da metade das mães (68%) achava que a primeira visita da criança ao dentista deveria ser feita somente após a dentição decídua estar completa no arco dentário. A maioria das mães não sabia como agir no desconforto da erupção dentária em suas crianças. A maioria dessas futuras mães também se mostrou insegura a respeito do papel do flúor, da higiene bucal em suas crianças, dos efeitos deletérios do açúcar e do desenvolvimento da dentição.

Outra questão também deve merecer cuidados. A motivação e o reforço constante, lembrados por Shein et al. (1991), são necessários nos programas de saúde bucal, a fim de alcançar mudanças de comportamento. Os autores compararam as

respostas de entrevistas através de questionário, feitas a 150 pais que receberam orientação sobre saúde bucal durante o pré-natal, com uma amostra similar de pais que não receberam nenhuma informação sobre o assunto. Concluíram que a compreensão e a adoção de medidas preventivas durante o desenvolvimento dos filhos foram maiores entre os pais que participaram do aconselhamento pré-natal.

Rogers (1991) entrevistou, através de questionário, 500 mães até 3 dias pós-parto no Hospital Maternidade de Birmingham, Inglaterra, com o objetivo de avaliar a importância dada por essas mães à atenção odontológica durante a gravidez. Sessenta e um por cento, ou seja, 304 mães disseram ter visitado o dentista no período da gravidez. Quarenta e dois por cento das mães que não procuraram o dentista na gravidez disseram que não sentiram necessidade de tal procedimento. Das mães que foram ao dentista na gravidez, 45 fizeram apenas um exame clínico, e 75 receberam orientação específica sobre saúde periodontal. Foram realizados 143 procedimentos clínicos restauradores e 15 exodontias. Entre as 196 mães que não procuraram o dentista na gravidez, o autor observou que 153 delas não tinham o costume de ir regularmente ao dentista. Neste grupo de mulheres, 14% relataram medo de dentista como fator para não procurar este serviço na gestação, e 5% disseram ter “esquecido” a atenção odontológica na gravidez.

Bernd et al. (1992) realizaram, em Porto Alegre, RS, um estudo qualitativo com gestantes ou mulheres cujos filhos tinham seis meses. Verificaram que a maioria das mulheres tinha informações desencontradas sobre saúde bucal. A cárie foi entendida como resultante de determinados alimentos e algumas vezes como inevitável. As gestantes valorizaram mais a extração dentária que os aspectos restauradores. Segundo os autores, parece que esta percepção poderia estar ligada à prática odontológica dominante e ao distanciamento entre os discursos científico e popular. Observaram uma associação entre “relaxamento” e a má aparência dos dentes anteriores. No que se referiu à prática odontológica, o medo de dentista apareceu de forma marcante junto à grande maioria.

Rocha (1993), ao avaliar o conhecimento e as práticas em saúde bucal de 304 gestantes de um distrito sanitário em Salvador-BA, observou que a busca de atenção odontológica não era prioridade nesse grupo, mesmo quando problemas reais, como sangramento gengival, cárie e até dor foram relatados. Foi ainda descrito por 60% das gestantes que a perda dos dentes é uma situação inevitável, o que levou a autora a

argumentar que essa crença pode ser fator dificultador para a procura da atenção odontológica. A pesquisadora verificou também que 82,9% das gestantes não procuraram o serviço odontológico durante a gestação, e 95,6% não receberam, no pré-natal, nenhum tipo de orientação sobre saúde bucal.

Scavuzzi (1995) examinou e entrevistou 204 gestantes, em Salvador, BA. Verificou que 86,8% das gestantes tinham cárie dentária e que 95,1% tinham alguma alteração periodontal. Entretanto, apesar do relato de dor ou sangramento gengival, apenas 7,4% das gestantes procuraram o dentista. A autora observou que as gestantes eram desinformadas a respeito da possibilidade do tratamento odontológico durante a gestação e das medidas de prevenção.

Menino & Bijella (1995) entrevistaram 150 gestantes cadastradas em um Núcleo de Saúde de Baurú-SP, com idades entre 13 e 44 anos, com nível sócio-econômico e de instrução baixos. As entrevistadas tinham noção sobre a doença cárie e os meios para preveni-la. A perda dos dentes não foi considerada uma situação inevitável, se as pessoas tiverem os devidos cuidados e tratamento. Entretanto a procura por tratamento odontológico não foi prioridade. Cento e vinte e quatro gestantes (82,7%) não foram ao dentista. O motivo alegado por 52,4% das gestantes foi que não viram necessidade, 20,2% tiveram receio de prejudicar a gravidez; 15,3% não tinham condições financeiras e 12,1%, tempo disponível. Apenas 2% das entrevistadas conseguiram dar um conceito mais abrangente para saúde como um “bem-estar” físico, mental e social. Dezenove por cento não souberam o que é saúde. Quarenta e seis por cento escovavam os dentes 3 ou mais vezes ao dia. A respeito das orientações sobre saúde bucal, 47,7% responderam que receberam informações através dos dentistas e apenas 8,15% através dos pais. A maioria não recebeu orientação durante a gravidez, verificando-se assim a necessidade de um programa de saúde onde o dentista faça parte da equipe do pré-natal (Menino & Bijella, 1995).

Nascimento & Lopes (1996) entrevistaram e avaliaram a condição de saúde bucal de 40 adolescentes grávidas e 40 adolescentes não grávidas como grupo controle, na faixa etária de 14 a 24 anos. Todas eram pacientes do Serviço Unificado de Saúde da Vila Finsocial, na cidade de Goiânia, Goiás. A dieta do grupo de gestantes mostrou-se enormemente descontrolada se comparada ao grupo controle. Setenta por cento das adolescentes grávidas se alimentavam mais vezes durante a gravidez, sendo que 55%

delas não alteraram a frequência de escovação, embora tal prática seja necessária neste período, devido à dieta cariogênica. O consumo frequente de carboidratos foi um fator importante responsabilizado pelo aumento na susceptibilidade à cárie dentária, no grupo de adolescentes grávidas do estudo. A presença de vômitos foi relatada por 77,5% das gestantes, ocorrendo, em 42,5% dos casos, durante a escovação, sendo a justificativa para o descuido com a higienização bucal. Neste estudo, 52,5% das adolescentes grávidas relataram a existência de sangramento gengival, entretanto apenas 5% alegaram ter sangramento gengival apenas na gravidez.

Rosa et al. (1996) observaram também a necessidade de um programa continuado em saúde bucal. Os autores constataram que uma única palestra pode conscientizar a maioria das mães participantes a respeito do uso correto de bicos e mamadeiras. Entretanto não foi observada mudança no comportamento com relação à dieta, hábito de mamadeira noturna adoçada e consumo de guloseimas entre as refeições. O projeto instalado pelos autores no Rio de Janeiro-RJ, denominado “Sorriso Feliz”, mostrou-se eficiente como primeira etapa de um programa de prevenção, necessitando de reforços e motivações constantes a este grupo de mulheres.

Oliveira Jr. et al. (1997) estudaram o nível de conhecimento popular sobre saúde bucal de 115 gestantes das classes média e alta de Araraquara-SP, através de entrevistas conduzidas por telefone. Houve um alto grau de interesse por saúde bucal pelas gestantes entrevistadas. Entretanto 42% disseram temer o tratamento odontológico durante a gravidez, com receio de que prejudicasse o desenvolvimento do feto. Oitenta e oito por cento não consideraram a cárie uma doença transmissível e, conseqüentemente, a mãe não foi reconhecida como fonte de contaminação para o filho. A maioria das mulheres (104) afirmou não apresentar problemas gengivais ou dentários durante a gravidez e apenas 12% disseram apresentar sangramento gengival. Duas gestantes afirmaram que os dentes ficaram “mais fracos” durante a gravidez. Os autores concluíram que os programas de saúde bucal, baseados na “desinfecção das mães”, como medida preventiva da cárie em crianças, precisam ser melhor divulgados, a fim de garantir a participação e a motivação necessárias para a adoção de medidas preventivas indicadas e para desmistificar conceitos que impedem as gestantes de participarem das campanhas para saúde bucal.

Barbosa & Chelotti (1997) avaliaram o conhecimento de aspectos de prevenção

em saúde bucal, por intermédio de um questionário entregue para 501 mães gestantes e até 6 meses pós-parto, com padrão sócio-econômico médio-alto, de São Paulo-SP. Noventa e oito por cento escovavam seus dentes duas ou mais vezes por dia, e 93% colocaram o dentista como sua maior fonte de informações sobre saúde bucal. Contudo 61,7% não sabiam que os bebês de seis meses a um ano poderiam freqüentar o dentista, e a própria mãe, para aspectos preventivos. As mães esperavam ter recebido essas informações dos ginecologistas ou médicos pediatras. Noventa e sete por cento achavam que a cárie é uma doença que só pode ser controlada pelo dentista. Os autores observaram que a doença cárie foi mais conhecida que sua prevenção; concluíram que pode ser devido ao tipo de odontologia predominante, ou seja, a forma curativa de preferência à preventiva.

Vieira et al. (1998) verificaram, na casuística do Serviço de Informação Teratogênica do Rio de Janeiro-RJ, quais as principais dúvidas das gestantes em relação à odontologia e qual seria sua natureza. Das consultas recebidas de 1992 a 1998, 4,9% eram referentes à odontologia. A principal dúvida foi sobre os riscos para o feto, caso a mãe se submetesse a um tratamento odontológico na gravidez. O exame radiográfico foi a segunda maior dúvida surgida no serviço de informações. Os autores observaram que a média de idade das consulentes foi de 26 anos, e todas apresentavam vontade de realizar uma consulta ao dentista, entretanto temiam algum prejuízo à criança. Os pesquisadores concluíram, a partir dos resultados, que deveria haver uma preocupação especial do profissional de odontologia em divulgar os riscos e benefícios da atenção odontológica na gravidez.

Costa et al. (1998) entrevistaram 60 gestantes com faixa etária predominante de 20 a 25 anos, com baixo nível de escolaridade e um baixo poder sócio-econômico, da cidade de Araçatuba-SP. As autoras observaram que 27% das entrevistadas relacionaram saúde à higiene bucal, outras 27% relacionaram a bem estar e 20% relacionaram à boa alimentação. O conceito de saúde foi sempre ligado à qualidade de vida. Rocha (1993) também encontrou resultado semelhante em seu estudo desenvolvido em Salvador, Bahia.

Das gestantes entrevistadas por Costa et al. (1998), 53% responderam que a cárie é uma doença que pode ser transmitida através de talheres, copos e escovas dentais contaminadas. Esses achados são reiterados por Cozzupoli (1981), Alaluusua &

Reikonen (1983) e Rocha (1993), o que é um dado importante por se considerar a mãe como um elemento-chave na cadeia da transmissibilidade da cárie dentária.

Abordando-se ainda o estudo de Costa et al. (1998), as autoras observaram que 37% das gestantes participantes do estudo tinham como principal momento de escovação a parte da manhã, após acordarem. As pesquisadoras salientaram que a desinformação sobre a importância da escovação noturna, ou seja, antes de dormir, contribui para o aparecimento da cárie dentária e das doenças gengivais, pelo fato de a redução do fluxo salivar favorecer a fermentação dos restos alimentares. As autoras concluíram que as mães precisam ser bem orientadas para desempenhar com sucesso o papel de promotoras de saúde.

Hawkins et al. (1998) entrevistaram 100 mulheres grávidas que tiveram o parto num Hospital Universitário em New England - Inglaterra, a respeito de seus hábitos durante a gravidez. Observaram que nenhuma gestante relatou ter tido um cuidado especial com a saúde bucal durante este período.

Oliveira & Oliveira (1999), em trabalho de avaliação de 100 (cem) gestantes de 13 a 40 anos, de João Pessoa, observaram que 72% das entrevistadas não se sentiam motivadas a procurar um serviço odontológico no pré-natal. Entretanto o atendimento odontológico eficiente no pré-natal, seja ele curativo ou preventivo, pode ser um forte fator modificador da atitude das gestantes (Oliveira & Oliveira, 1999).

Santos et al. (2000) entrevistaram mães de crianças em um posto de saúde em Terezópolis-RJ e observaram que a maioria delas, quando receberam algum tipo de informação sobre a saúde de seus filhos, mostrava-se mais disposta a modificar os hábitos e seguir as orientações dos agentes de saúde.

Também Alves (2000) observou, através da análise do discurso de um grupo de 70 gestantes de 12 a 21 anos, no Rio de Janeiro-RJ, que estas adolescentes preocupavam-se com o tema sobre saúde geral e buscavam meios de alcançar esta saúde, tanto para elas quanto para os filhos que esperavam. Aquele grupo tinha a percepção, ainda que subjetiva, inconsciente ou intuitiva, daquilo que era importante para se ter saúde. Contudo, através dos mapas-falantes, a autora observou que as questões relacionadas com saúde geral e saúde bucal não pareceram fazer parte do universo das entrevistadas; só foi apontada, no mapa falante, a “saúde que gostariam de

ter” e não a “saúde que têm”.

### ***3.9 Conhecimentos em saúde bucal por jovens e adolescentes***

A fase da adolescência e juventude é um período propício para a gravidez; assim, os jovens se tornarão os agentes de saúde para seus filhos. Portanto conhecer os hábitos e crenças sobre saúde bucal das pessoas desta faixa etária pode vir a ajudar em programas de promoção de saúde. Linn (1976) entrevistou 2530 alunos do 2º ano do segundo grau de três escolas públicas de Mineápolis-EUA, para saber o que estes adolescentes achavam de sua saúde bucal. Oitenta por cento achavam que tinham cárie dental e que este problema era sério. A crença de que a cárie é inevitável foi citada por 11% destes jovens. Trinta e dois por cento acreditavam que se dependia da genética para se ter bons dentes. Entretanto 84% acreditavam que podiam evitar a cárie. A razão mais forte para se cuidar dos dentes foi para mantê-los na boca por muito tempo, pois interferem na aparência, ou seja, na estética.

Os resultados apontaram que quase todos os adolescentes escovavam os dentes e iam ao dentista para revisão, porém poucos sabiam a respeito da placa bacteriana e da função do fio dental. A minoria que usava o fio tinha por finalidade remover partículas de alimento e não a placa dental. O autor concluiu que a necessidade de educação em saúde bucal para os adolescentes é grande e merece especial atenção, pois representa uma nova etapa de socialização e apreensão de novos costumes. Pode-se assim divulgar as atitudes saudáveis para evitar que costumes, como ingestão de comidas e bebidas doces, passem a fazer parte da rotina da dieta alimentar desses jovens; e que a higiene bucal não deixe de ser realizada nesta fase de rebeldia. (Linn, 1976).

Tamietti et al. (1998) entrevistaram 436 adolescentes de uma escola pública de Belo Horizonte-MG a respeito de saúde bucal. A maior parte (62%) considerou seus conhecimentos sobre o tema como insuficientes. Sessenta e um por cento não consideraram a cárie como doença. Setenta e um por cento dos alunos não acreditavam na possibilidade do caráter hereditário da cárie. Quarenta e oito por cento dos adolescentes entrevistados acreditavam que as pessoas pobres tinham mais cárie que os mais ricos. Quarenta e um por cento dos alunos acreditavam que, quando velhas, as

pessoas inevitavelmente iriam usar dentadura. Os autores observaram que, apesar de o grupo entrevistado contar com atenção odontológica no espaço da escola, não possuía conhecimentos suficientes para a prevenção e manutenção da saúde bucal.

Weinstein et al. (1999), estudando uma comunidade indígena americana, também relataram a vontade das índias americanas de possuírem um programa de prevenção e orientação odontológica com uma linguagem integrada àquela comunidade.

Unfer & Saliba (2000) avaliaram o conhecimento popular e as práticas cotidianas em saúde bucal de 389 usuários de serviços públicos de saúde, de Santa Maria-RS. A faixa etária predominante foi de 21 a 30 anos. Os problemas dentários foram os problemas bucais mais conhecidos pela população estudada. Cárie, dor de dente e problema de canal foram as respostas mais frequentes. Problemas periodontais, como sangramento gengival, aftas e “sapinho”, foram citados com pouca frequência.

Estes mesmos autores observaram, no que diz respeito à percepção da própria saúde bucal, uma evidência na relação entre problemas e sinais e sintomas, e destacaram que as noções de saúde e doença bucal são concebidas pelo indivíduo através de critérios próprios, podendo refletir tanto suas experiências anteriores com cuidados dentários quanto com expectativas de saúde bucal relativas a algum grupo de referência.

### ***3.10 A saúde bucal de crianças e adolescentes no Brasil***

Dentre as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2000 os países deveriam ter atingido o valor do índice CPOD menor ou igual a 3,0, aos 12 anos de idade, e, aos 18 anos de idade, 85% das pessoas deveriam apresentar todos os dentes permanentes irrompidos presentes. As metas para 2001 sugerem que o índice CPOD, aos 12 anos de idade, não deverá ser maior que 1,0 (OPAS/OMS, 2001).

Narvai (2000), a propósito das metas da OMS para 2000, fez os seguintes comentários a respeito do Brasil: o valor do índice CPOD menor ou igual a 3,0 aos 12 anos de idade, estipulado pela OMS para 2000, pode ter sido atingido, pois dados estatísticos indicam um expressivo declínio na prevalência e severidade da cárie dentária entre escolares brasileiros. O autor lembrou que, em 1980, o valor estimado foi

7,3; o valor observado em 1986 foi 6,7, e o encontrado em 1996 foi 3,1. Com relação à segunda meta (85% dos adolescentes, aos 18 anos de idade, apresentando todos os dentes permanentes irrompidos), não havia dados disponíveis no Brasil para tal avaliação. Entretanto o autor lembrou que os resultados de uma pesquisa feita em 1986, com jovens na faixa etária de 15 a 19 anos, mostraram que apenas 33% dos brasileiros estavam na condição estabelecida pela OMS. Portanto tudo leva a crer que essa meta não foi atingida pelo Brasil.

Quanto ao aspecto da doença periodontal, Marcenes & Bönecker (2000) citaram estudos brasileiros que avaliaram saúde bucal de crianças e adolescentes. Tais estudos demonstraram que a prevalência de indivíduos acometidos por periodontite juvenil variou entre 0,3% a 2,6%. Entretanto foi ressaltado que, dentre os estudos, o de maior confiabilidade, pelo tamanho da amostra e por ser mais recente (datado de 1997), encontrou um índice de 0,3% na prevalência da periodontite juvenil.

Os mesmos autores também lembraram que a grande maioria dos estudos brasileiros usaram o Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (CPITN), para descrever o estado de saúde periodontal. Este índice é uma medida de necessidade de tratamento, não reflete o estado de saúde periodontal porque o uso deste índice tende a superestimar a necessidade de tratamento e a medida de doença em uma população. Além disso, não distingue periodontite de gengivite (Marcenes & Bönecker, 2000).

Levando-se em consideração o aspecto acima citado, pode-se observar que o estado de saúde periodontal do brasileiro, com relação à necessidade de tratamento, é aceitável, de acordo com o estudo epidemiológico nacional, realizado pelo Ministério da Saúde (1988), que utilizou o CPITN. Os dados mostraram que 20% da população urbana de adolescentes brasileiros entre 15 e 19 anos de idade apresentavam sangramento gengival, 7% apresentavam bolsas com profundidade entre 3,5 e 6 mm e somente 1% apresentava bolsas de profundidade maior que 6 mm.

Pinto (1993) descreveu que, em média, um adolescente de 15 a 19 anos de idade possuía apenas 2,1% dos sextantes bucais com bolsas entre 3,5 e 6 mm, e 0,2% dos sextantes bucais com bolsas de profundidade maior que 6 mm. Portanto a prevalência da doença periodontal severa, avaliada pela presença de bolsas de 6 mm ou mais, foi

insignificante na população de adolescentes no Brasil. Marcenes & Bönecker (2000) salientaram que há um grande número de estudos internacionais que utilizaram o índice CPITN, e estes estudos indicaram que bolsas com profundidade de sondagem maior ou igual a 6 mm são muito raras em adolescentes. Os resultados de levantamentos epidemiológicos confirmam uma baixa prevalência de periodontites de estabelecimento precoce. O estado de saúde periodontal da população brasileira é muito melhor que em muitos países industrializados, os quais, entretanto, apresentaram melhores resultados em relação a outros problemas bucais, como índice de cárie.

### ***3.11 Os estudos qualitativos***

Os métodos qualitativos devem ser usados, quando o objeto de estudo não é bem conhecido. Por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, podem descobrir novos nexos e explicar significados. Durante o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, emergem, freqüentemente, relações entre motivações e comportamentos inesperados, que não surgiriam utilizando-se um questionário estruturado, cuja característica técnica é a uniformidade do estímulo (Serapioni, 2000).

Minayo & Sanches (1993) afirmaram que a fala dos entrevistados torna-se reveladora de condições histórico-estruturais: sistemas de valores, normas e símbolos que reproduzem as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Agodi (1996) acrescentou que o limite à generalização está nesta historicidade (dos significados, dos processos e das instituições sociais), e uma descrição aprofundada não pode dar-se sem recorrer aos estudos qualitativos.

Minayo & Sanches (1993), a respeito da importância do confronto da fala na investigação qualitativa, ressaltaram que o conteúdo dos discursos, dentro de um quadro de referência, permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes.

Lefèvre & Lefèvre (2000) descreveram os pressupostos teóricos nos quais se baseia o estudo qualitativo. Dentre eles, a especificidade da abordagem qualitativa para

a incorporação da questão do significado e da intencionalidade, já que são inerentes aos atos, relações e estruturas sociais. A intencionalidade e o significado, que ocupam posições centrais na pesquisa qualitativa, aparecem clara e naturalmente nos discursos.

Pelo espaço proeminente que conferem aos discursos, as abordagens de corte qualitativo permitem a compreensão mais aprofundada dos campos sociais e dos sentidos neles presentes, na medida em que remetem a uma teia de significados, de difícil recuperação através de estudos quantitativos, em que o discurso, quando está presente, é sempre reduzido a uma expressão numérica (Lefèvre & Lefèvre, 2000).

Isto não quer dizer que não se possa recorrer, quando necessário, a instrumentos quantitativos, fazendo uso, portanto, como recomendou Serapioni (2000), da integração qualitativo/quantitativo para a explicação da realidade.

A análise qualitativa pode não chegar a quantificar, entretanto nada exclui que a análise quantitativa implique a necessidade de novas análises qualitativas. A contraposição entre qualidade e quantidade torna-se, portanto, matizada, e a integração, inevitável (Serapioni, 2000).

Trivinos (1987) lembrou que, sob o ponto de vista do marxismo, a dicotomia entre o qualitativo e o quantitativo não tem razão de existir. O autor ressaltou que toda pesquisa pode ser, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa, mas, na prática, ocorre que toda investigação baseada na estatística raramente aproveita essa informação para avançar numa interpretação mais ampla, ou seja, estudos qualitativos.

A respeito da integração das abordagens qualitativas e quantitativas, Stange & Zyzanski (1989) lembraram que os métodos qualitativos podem ser usados nas etapas iniciais de uma metodologia quantitativa, criando teorias e hipóteses ao objeto de estudo. Os autores comentaram que o uso concorrente dos métodos qualitativos e quantitativos pode servir para o cruzamento e verificação dos resultados, pode ajudar na compreensão da associação estatística, e o método quantitativo pode reforçar a validade dos dados qualitativos encontrados ou descrever melhor o campo de trabalho.

Steckeler et al. (1992) discutiram sobre a integração qualitativo/quantitativo e salientaram que o objetivo do estudo qualitativo é a inteligibilidade. Não se propõe a ser um estudo preditivo, mas descritivo dos significados dos fenômenos sociais. Os autores justificaram desta maneira a integração de ambas as abordagens metodológicas.

Santos (1999) considerou que, em muitas circunstâncias, as duas abordagens podem e devem ser utilizadas como complementares. Contudo cada abordagem metodológica apresenta vantagens e limitações, sendo a natureza do tema de interesse que, em grande parte, vai determinar qual a mais indicada para a investigação.

Rocha et al. (2000) lembraram que, mesmo em áreas homogêneas no espaço urbano que detêm características semelhantes, os processos sociais apresentam diferenças não-mensuráveis aos olhos do observador que quantifica a realidade.

Muitos cientistas sociais argumentam, porém, que o ponto fraco dos métodos qualitativos refere-se aos problemas da representatividade e generalidade dos conteúdos que emergem durante a pesquisa. Assim, Castro & Bronfman (1997) explicaram que, no estudo dos processos sociais de um reduzido grupo de casos, busca-se obter informações que permitam refletir sobre o processo que se estuda, sem pretender saber quanto aqueles processos sociais são freqüentes na sociedade. É na linguagem dos entrevistados que se torna possível perceber as chaves que permitem presumir a generalização dos achados, pelo menos nas comunidades que compartilham as mesmas características socioeconômicas e culturais dos sujeitos analisados (Castro & Bronfman, 1997).

Muitas pesquisas de natureza qualitativa não precisam apoiar-se na informação estatística, como lembrou Trivinos (1987). Isto não significa que sejam especulativas. Elas têm um tipo de objetividade e de validade conceitual, que contribui decisivamente para o desenvolvimento do pensamento científico.

A pesquisa qualitativa ressurgiu como método científico após um período de penumbra instaurado pelo grande desenvolvimento das técnicas estatísticas, em fins dos anos 40. Pouco a pouco se percebeu que valores e emoções permaneciam escondidos nos próprios dados estatísticos, já que as definições da finalidades das pesquisas e a formulação das perguntas estavam profundamente ligadas à maneira de pensar e sentir do pesquisador, o qual transpunha assim, para os dados, de maneira invisível, suas próprias percepções e preconceitos. O gravador colocou à disposição da pesquisa social novos meios de captar o real, reavivou-se o relato oral e a entrevista (Queiroz, 1987).

Contudo a entrevista que visa obter respostas válidas e informações pertinentes, é uma verdadeira arte que, segundo Marconi & Lakatos (1990), se aprimora com o

tempo, com treino e experiência.

As vantagens e limitações desta técnica também foram descritas por Marconi & Lakatos (1990):

- os relatos orais podem ser utilizados com todos os segmentos da população, analfabetos ou alfabetizados;
- oferece uma maior oportunidade para avaliar atitudes e condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz.

Dentre as limitações, Marconi & Lakatos (1990) lembraram:

- existência de dificuldade de expressão e comunicação de ambas as partes;
- pequeno grau de controle sobre a situação de coleta dos dados;
- possibilidade de ocupar muito tempo e ser de difícil realização.

A pesquisa qualitativa também requer um rigor metodológico sobre o qual Mays & Pope (1997) discutiram. Várias estratégias são requeridas dentro da pesquisa qualitativa para se evitarem *bias* e aumentar a confiabilidade dos resultados.

A amostra não deve ser necessariamente aleatória ou probabilística, já que a proposta do estudo é entender algum fenômeno social. O objetivo não é estabelecer uma amostra representativa e aleatória da população, mas identificar, nos grupos específicos de pessoas, as características de vida ou circunstâncias relevantes ao fenômeno social estudado. Tem-se assim uma ampla variedade de fontes de informações diferentes e independentes. Também é possível eleger “informantes-chaves” que podem representar importantes fontes de conhecimentos (Mays & Pope, 1997).

Através de uma amostra não probabilística, também denominada amostra hipotética, desenvolve-se uma teoria ou orientação elucidativa do processo de amostragem e coleta dos dados. Então a análise feita com a seleção inicial de informantes, através da coleta, codificação e análise dos dados, produzirá uma explicação teórica preliminar, que oriente decisões posteriores no sentido da coleta dos dados e a partir de quais grupos. A análise deste pré-teste não só permite também os refinamentos na abordagem das entrevistas, como serve de orientação para o maior estudo dos referenciais teóricos em questão. Torna-se, assim, um processo interativo à medida que a teoria também fornece subsídios que orientam o desenvolvimento das

entrevistas (Mays & Pope, 1997).

Para assegurar a confiabilidade das análises, são necessárias a transcrição meticulosa da gravação das entrevistas e as anotações das reações ou expressões porventura percebidas. A validade dos resultados é assegurada pelo processo chamado de “triangulação”: refere-se à coleta dos dados feita propositadamente em um campo onde a condição do estudo é bastante freqüente. A técnica da triangulação baseia-se em abranger e relacionar os processos e produtos centrados no sujeito (as percepções através das entrevistas), os elementos produzidos pelo meio ao qual o indivíduo pertence (índices estatísticos, propostas e diretrizes políticas) e os processos e produtos originados da estrutura sócio-econômica e cultural do macro-organismo social do sujeito; neste caso, o capitalismo (Mays & Pope, 1997).

Trivinos (1987) explicou que a técnica da triangulação tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. É impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social.

Outra estratégia de validação usada nas pesquisas qualitativas refere-se à verificação de se os referenciais teóricos são relatados de maneira sensata pelo grupo estudado. Esta constatação é feita através das entrevistas ou grupos focais.

Deve-se também lembrar as considerações éticas para se realizar a pesquisa qualitativa. Dicicco-Bloom (2000) ressaltou a importância da confidencialidade das informações, no sentido de preservar as identidades dos sujeitos da pesquisa, a necessidade da autorização por escrito para a realização das entrevistas e a aprovação do conselho de ética em pesquisa, fundamental para a realização destes estudos.

## METODOLOGIA

*É preciso captar a realidade de modo profundo, indo até as raízes, para  
trabalhá-la e elaborá-la de modo humano, habitável.  
Não se pode agir sem compreender como não se pode compreender sem agir!*

Laplanche

## 4 METODOLOGIA

Uma vez que, na presente pesquisa, procurou-se apreender os sistemas de valores, de normas, de representações, de símbolos próprios de uma cultura, colocando ênfase na idéia dos significados latentes do comportamento de adolescentes a respeito da saúde bucal, a abordagem da pesquisa foi qualitativa com enfoque histórico-estrutural.

A investigação histórico-estrutural, segundo Trivinos (1987), aprecia o desenvolvimento do fenômeno não só em sua visão atual que marca apenas o início da análise, como também penetra em sua estrutura íntima, latente, inclusive não visível ou observável à simples observação ou reflexão, para descobrir suas relações e avançar no conhecimento de seus aspectos evolutivos.

Um tratamento quantitativo também foi utilizado como complementar e auxiliar na compreensão de nosso objeto de estudo.

### 4.1 O campo de pesquisa

Belo Horizonte é dividida em nove grandes regionais assim denominadas: regional Barreiro, Centro sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (FIG. 1).

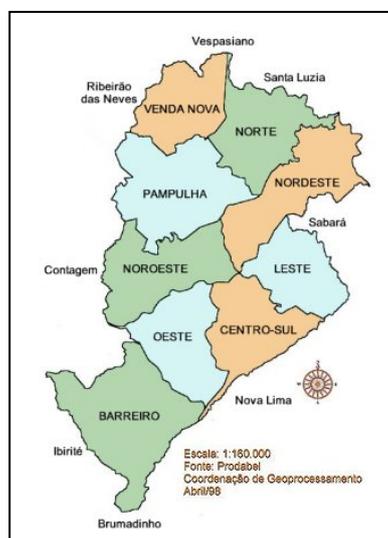


FIGURA 1 – Divisão geográfica das regionais



2000).

#### ***4.2 Trabalho de campo***

Os primeiros contatos com a coordenação de Saúde da Regional Noroeste da SMS-BH foram estabelecidos no mês de janeiro de 2001. Nesse momento foram apresentados os objetivos da pesquisa, bem como a metodologia a ser empregada. Concordando com a pesquisa, a diretoria da Regional nos encaminhou para a gerente do Posto de Saúde São José que permitiu a realização das entrevistas e exames clínicos naquele posto (Anexo A) já que aquele local dispunha de consultório odontológico e uma grande incidência de gravidez entre as adolescentes do bairro segundo os dados da SMS-BH em 2000.

Ainda no primeiro semestre de 2001 foram estabelecidos contatos com o Serviço de Odontologia e Ginecologia e Obstetrícia do Centro de Saúde para conhecer algumas características da realidade a ser estudada. Segundo os profissionais de saúde, era pequena a busca pela atenção odontológica por adolescentes grávidas no referido posto, não existindo também um programa de integração entre as equipes de odontologia e ginecologia. Entretanto, era alto o número de adolescentes que buscavam o serviço de pré-natal e estas eram bem assíduas ao programa durante todo o período da gravidez.

Em 1997, houve 212 crianças nascidas vivas, filhas de mães adolescentes residentes na área de abrangência do Posto de Saúde São José. Dentre essas mães, 52,5% fizeram mais de 6 consultas médicas de pré-natal (Belo Horizonte, 2000).

Decidiu-se então agendar as entrevistas com as adolescentes grávidas por intermédio do médico ginecologista que faria o convite, e caso aceitassem, após a consulta médica, marcariam um horário na recepção do Posto de Saúde.

Com a realização do Pré-teste, observou-se a necessidade de se adequar a linguagem de tal forma que os termos empregados fossem facilmente compreendidos e que o roteiro de entrevista pudesse dar uma maior liberdade de expressão às entrevistadas. Observou-se também que o método empregado para o recrutamento das participantes não foi bem sucedido. Houve uma pequena disposição das adolescentes

grávidas em agendar um horário, e dentre as que se disponibilizaram a fazê-lo uma grande porcentagem (40%) não compareceu.

Buscou-se fazer uma análise do método empregado e foi verificado que as gestantes não se sentiam motivadas a participar do estudo porque os objetivos não estavam bem claros e não havia a presença constante da pesquisadora para uma conversa ou aproximação inicial no sentido de que se sentissem a vontade para depois marcar a entrevista.

Através desta reflexão foram fixados cartazes em todo o Centro de Saúde contendo uma breve explicação dos objetivos do estudo e convidando as adolescentes a participarem da pesquisa. A pesquisadora passou a freqüentar o Centro de Saúde todas as tardes, com horário fixo, mesmo se não houvesse adolescentes agendadas.

A equipe de odontologia do local prestou uma grande ajuda no sentido de receber para o agendamento, a qualquer hora do expediente, as jovens que se dispuseram a participar do estudo.

O estudo principal foi realizado de maio a setembro de 2001 após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) com o parecer ETIC084/01 de 17/05/2001. (Anexo B). Desenvolveu-se por meio de entrevistas semi-estruturadas, também conhecida como etnográfica (Anexo C) realizadas em uma sala especialmente cedida para este fim no próprio Posto de Saúde. Todas as entrevistas foram anteriormente agendadas.

Mays & Pope (1997) lembraram que o ambiente físico interfere na pesquisa qualitativa, por isso as entrevistas foram feitas em local específico no próprio Posto de Saúde, gentilmente cedido pela coordenação e com horário agendado para que não houvesse prejuízo de fatores externos como barulho, interferência de terceiros, falta de tempo do entrevistado ou outro fator que pudesse desviar a atenção do entrevistador e do entrevistado.

Foi realizado exame clínico da cavidade bucal de cada entrevistada pela própria pesquisadora, com o objetivo de avaliar as necessidades de tratamento restauradores e/ou periodontais do grupo estudado (Anexo D).

Os exames clínicos para se determinar as necessidades de tratamento odontológico com relação à cárie dentária e tratamento periodontal foram realizados no

consultório odontológico do mesmo Posto de Saúde e seguiram os critérios da OMS, 1999 (Anexo E).

De acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), todas as participantes e os responsáveis, em caso de menores de idade, deveriam ser informados de como seria realizada a pesquisa e quais os objetivos da mesma. No caso de se diagnosticar necessidade de tratamento, este deveria ser oferecido de imediato às participantes (Brasil, 1996). Estas prerrogativas foram cumpridas: após os primeiros contatos obteve-se o consentimento informado das adolescentes e seus responsáveis quando estas não haviam completado 18 anos (Anexo F). Toda necessidade de tratamento diagnosticada foi encaminhada para o pronto atendimento no projeto de extensão “Promoção de Saúde Bucal em Adolescentes” da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenado pela Prof. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira (Anexo G).

#### ***4.3 População estudada***

Foram escolhidos dois grupos de adolescentes, de mesma faixa etária e de semelhante nível sócio-econômico (moradoras de uma única periferia de Belo Horizonte). A escolha das adolescentes para compor as duas amostras foi feita por meio de cartazes fixados no Centro de Saúde São José. Explicou-se os objetivos da pesquisa e pediu-se às adolescentes que marcassem um horário espontaneamente para nossa entrevista. Foram selecionadas para o estudo 30 adolescentes grávidas e 30 não-grávidas, que nunca haviam tido uma gestação até aquele momento, com idades pareadas. Esta foi a forma para garantir que a idade, bem como o fator sócio-econômico não introduzissem vieses nos resultados do trabalho.

As 60 adolescentes escolhidas foram divididas igualmente em dois grupos:

- Grupo 1 – 30 Adolescentes Grávidas
- Grupo 2 – 30 Adolescentes Não-Grávidas

Em relação ao tema, Rey (1999) afirmou que o número de sujeitos a participar da investigação qualitativa não pode ser definido *a priori*. O número dos sujeitos a

investigar depende das necessidades do investigador, sendo definido durante o processo investigatório.

#### ***4.4 As entrevistas***

Demo (1989) salientou que a produção do conhecimento é possibilitada através do diálogo, onde a informação é um produto do processo de discussão. O dado não é obtido apenas pela relação formalizada e neutra entre sujeito e objeto. Cada lado tem seu conteúdo próprio, e por isso, colaborador. Assim foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e individuais com as participantes.

Sobre as questões preliminares à entrevista, Trivinos (1990) lembrou que o informante deve obter uma idéia geral do que está interessado o pesquisador em relação aos objetivos do trabalho. Estas informações estavam contidas no termo de consentimento assinado por cada participante e seu responsável quando menor de idade, da forma mais clara e explícita possível.

De acordo com Minayo et al. (1999) o discurso das pessoas interrogadas exprime a relação delas com o objeto social, passa pelo individual para atingir o sociológico e cultural. Portanto, através de entrevistas semi-estruturadas, partiu-se de certos questionamentos básicos, que serviram como roteiro (Anexo C), na intenção de responder aos objetivos da pesquisa.

Segundo Trivinos (1990), a entrevista semi-estruturada ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Favorecendo não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de sua situação específica como de situações de dimensões maiores.

Antes de iniciar as entrevistas, algumas informações a respeito das entrevistadas foram coletadas pela pesquisadora. Foi anotado o endereço e telefone para contato posterior, o grau de escolaridade e itens de posse para classificação econômica segundo o Critério de Classificação Econômica - Brasil (Abipeme, 1996), (Anexo H) e o Diário

Dietético com base na recordação de 24 horas segundo Toledo (1996).

Com o consentimento das entrevistadas, as entrevistas foram gravadas e à medida em que iam sendo realizadas, foram transcritas pela pesquisadora, constituindo-se em material para leituras e pesquisa.

As entrevistas duraram em média 40 minutos. Rey (1999), referindo-se ao tempo das entrevistas, lembrou que a profundidade que se pretende alcançar na pesquisa qualitativa, não está vinculada ao tempo da entrevista, e sim ao *rapport* estabelecido entre entrevistador e entrevistado, ao caráter interativo que se deve desenvolver no processo investigatório. Segundo o autor, mais do que proporcionar um momento descontraído, o estabelecimento do diálogo permite que se alcance a qualidade da informação (Rey, 1999). O clima de cordialidade, de simpatia, de confiança, de lealdade, de harmonia entre o pesquisador e entrevistado foi essencial para atingir a máxima profundidade no espírito do informante sobre o fenômeno que se estudou (Trivinos, 1990).

As conversas se deram de forma amistosa, respeitando-se a disposição de cada entrevistada em falar sobre o assunto. Iniciou-se a conversa com temas amenos e de fácil resposta como contar o que gosta de fazer ou comer. De acordo com Gil (1991), torna-se difícil determinar a maneira correta de se conduzir a entrevista. Isto dependerá das circunstâncias estabelecidas. Para se iniciar a conversação, o autor sugeriu que o mais aconselhável é falar amistosamente para se criar uma atmosfera de cordialidade, livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão.

As formas de indagação utilizadas pela pesquisadora se deram por expressões mais neutras como: “Poderia me contar um pouco mais a respeito ...” ou “Qual sua idéia com relação a ...”. Gil (1991) lembrou que este tipo de abordagem diminui a possibilidade de sugestionamento às respostas durante as entrevistas.

Gil (1991) ainda lembrou que, tanto por razões de ordem ética quanto técnica, a entrevista deve encerrar-se num clima de cordialidade. Ressaltou que freqüentemente há necessidade de entrevistas posteriores, portanto, nestes casos, o encerramento da entrevista deve ocorrer no momento oportuno, pois o êxito da entrevista posterior depende muito da primeira. Assim, deve-se terminá-la quando o interrogado mantém ainda interesse em conversar sobre o assunto.

Trivinos (1990) lembrou que os sujeitos, individualmente, poderão ser submetidos a várias entrevistas, não só com o intuito de obter o máximo de informações, mas também para avaliar as variações das respostas em diferentes momentos. Neste estudo, em algumas entrevistas (11), foi necessário novas conversas para o maior aprofundamento em questões delineadas.

Com o intuito de retribuir às participantes a disposição em ir até o Posto de Saúde, às vezes, em mais de uma ocasião, para a realização das entrevistas e exame clínico bucal e tentando contribuir de maneira singela com a grande dificuldade financeira por elas relatada e vivida, foi montado para as gestantes, um kit para o bebê que continha um cobertor, um pacote de fraldas, uma roupinha (pagãozinho), gorro e sapatinho e, para aquelas que não estavam grávidas foi oferecida uma lembrança como forma de agradecimento. Estes recursos foram conseguidos através de uma campanha de doação que a pesquisadora se propôs a fazer.

#### ***4.5 Levantamento de necessidades em saúde bucal***

Com o objetivo de se fazer uma avaliação sobre as necessidades de tratamento odontológico do ponto de vista de cárie e tratamento periodontal do grupo de adolescentes colaboradoras do trabalho, observou-se clinicamente a condição bucal das mesmas seguindo-se os levantamentos básicos em saúde bucal preconizados pela OMS (1999).

A condição periodontal foi registrada através do CPITN. Três indicadores das condições periodontais foram utilizados na avaliação: sangramento gengival, cálculo e bolsas periodontais. Foi utilizada a sonda periodontal Duflex referência 12120. A boca foi dividida em 6 sextantes definidos pelos elementos dentários: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. Um sextante foi examinado somente se houvesse dois dentes ou mais presentes, os quais não estavam indicados para exodontia. Para indivíduos abaixo de 20 anos de idade, sendo o caso de nossa pesquisa onde a população é de adolescentes, ou seja jovens até 19 anos, a OMS (1999) estipulou somente 6 dentes indicadores a serem examinados. São eles: 16, 11, 26, 36, 31e 46. Esta determinação visou evitar o registro do aprofundamento de sulco associado com a erupção,

classificando-o como bolsa periodontal. Pelo mesmo motivo, quando indivíduos menores de 15 anos foram examinados, as bolsas periodontais não foram registradas, isto é, somente o sangramento e a presença de cálculo foram considerados. Caso não estivessem presentes dentes indicadores em um sextante qualificado para um exame, todos os dentes remanescentes naquele sextante foram examinados e o índice mais alto foi registrado como o índice para o sextante. Os códigos seguiram o padrão da OMS (1999), conforme o Anexo E.

Para a verificação de bolsas gengivais e cálculos, o dente indicador foi sondado, utilizando-se a sonda como instrumento “sensor” para a determinação da profundidade da bolsa periodontal e para a detecção de cálculo subgengival e de sangramento pela sondagem. A sonda foi inserida seguindo a configuração anatômica da superfície da raiz dentária. A força de sondagem não excedeu 20 gramas. Para calibração da força de sondagem, a pesquisadora adotou a metodologia sugerida pela OMS (1999) qual seja colocar-se a ponta da sonda sobre a unha do polegar, pressionando-a até que ocorra o empalidecimento. Utilizou-se ainda uma balança de precisão para medir e treinar a força de 20 gramas. Durante o período dos exames, a força de sondagem foi treinada todos os dias logo antes do início dos exames.

Para a pesquisa do cálculo subgengival, a OMS (1999) preconizou a utilização da menor força possível que permitisse a movimentação da sonda ao longo da superfície dentária.

A ponta da sonda foi inserida suavemente no sulco gengival ou na bolsa e a extensão total do sulco ou da bolsa foram sondados. A sonda foi movimentada com movimentos curtos, suavemente, para cima e para baixo ao longo do sulco dental ou da bolsa periodontal (OMS, 1999).

Lindhe (1999) fez uma avaliação crítica para o uso do índice CPITN, questionando a definição precisa da doença através deste sistema de avaliação. O autor relatou, através de uma análise da literatura, que a maior parte dos estudos epidemiológicos têm utilizado, por razões práticas, metodologias de registro parcial das condições periodontais. O fundamento lógico para o uso de exames parciais tem sido a suposição de que o tempo necessário para a realização de uma análise parcial, e conseqüentemente, o seu custo, é significativamente reduzido, e a quantidade de

informações perdidas é mínima, desde que os segmentos examinados reflitam adequadamente a condição periodontal de toda a dentição. Entretanto, as tentativas de determinar de maneira precisa a quantidade de informações perdidas através dos diferentes sistemas de registro parcial feitos por diversos pesquisadores, revelaram que a discrepância entre os dados obtidos por meio de análises parciais e de toda a dentição podem ser substanciais. Deve ser lembrado ainda que este índice foi projetado para determinar necessidade de tratamento em grandes grupos populacionais e facilitar estratégias profiláticas e terapêuticas e não descrever prevalência e severidade de doença periodontal (Lindhe, 1999). Como o objetivo do trabalho foi avaliar a necessidade de tratamento dentário e periodontal, achou-se conveniente usar o referido índice.

Para o exame de cárie dentária foi utilizado espelho clínico plano, seringa tríplice ar-água e luz artificial do refletor do equipo odontológico. A própria pesquisadora realizou os exames clínicos, submetendo-se anteriormente a uma calibração. Esta calibração foi realizada com pacientes usuários da Clínica de Atenção aos Adolescentes da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. O teste estatístico de concordância usado para verificação da variação intra-examinadora foi o teste Kappa (Siegel & Castellan Jr., 1988; OMS, 1999). Encontrou-se o valor de 0,886, considerado ser este um resultado de ótima confiabilidade (Siegel & Castellan Jr., 1988; OMS, 1999).

Um dente foi considerado presente na boca quando qualquer parte dele foi visível. Caso um dente permanente e um decíduo ocupassem o mesmo espaço, somente a condição do permanente foi registrada (OMS, 1999). Os códigos para as condições dentárias seguiram a OMS (1999) e se encontram no Anexo E.

Foi também realizado um registro para a maxila e mandíbula sobre a condição protética e a necessidade percebida de próteses seguindo os códigos da OMS (1999), (Anexo D).

É responsabilidade do profissional que realiza o exame assegurar que o paciente seja encaminhado para tratamento caso qualquer necessidade de tratamento seja diagnosticada e assim foi feito. Nenhuma condição potencialmente fatal como câncer bucal ou lesão pré-cancerígena foi diagnosticada clinicamente. Nenhuma outra condição

severa ou manifestação bucal nítida, como gengivite-ulcerativa-necrosante-aguda (GUNA) e gengivo-estomatite herpética aguda (GEHA) foi diagnosticada.

#### ***4.6 O emprego da avaliação quantitativa***

Para a Avaliação do diário dietético com base na recordação de 24 horas (Toledo, 1996), utilizou-se o critério de avaliação preconizado por Fanning & Smith citados por Rocha et al. (1998) e adaptado ao peso 2 para alimentos sólidos, retentivos ou ingeridos entre as refeições principais. Os alimentos foram classificados de acordo com sua consistência assim como pelo momento em que foram ingeridos. Para alimentos líquidos ou não retentivos que continham sacarose atribuiu-se peso um. Para alimentos pegajosos o peso foi dois. Se foi ingerido durante as refeições, o peso referente ao alimento foi multiplicado por um; nos casos de ingestão entre as refeições, o peso foi multiplicado por dois.

Os valores finais acima de sete indicaram consumo excessivo de sacarose.

A avaliação comparativa do consumo de sacarose foi feita de maneira quantitativa através do teste não-paramétrico de Mann-Whitney (Robson, 1983) baseado na relação das medianas dos índices de consumo de açúcar encontrados.

Também foi realizada uma análise quantitativa para a caracterização das participantes da pesquisa e avaliação da condição de saúde bucal das entrevistadas: o Teste Exato de Fisher (Siegel, 1975) foi utilizado para pesquisar associação entre o fato de estar grávida ou não com os comportamentos assim relacionados: Número de escovações diárias, visita para tratamento odontológico nos últimos 12 meses, consciência da necessidade de tratamento odontológico e vontade de ir ao dentista.

O Teste Exato de Fisher foi utilizado porque os dados não obedeceram a uma distribuição da Curva Normal e as respostas foram dicotômicas, ou seja, as respostas foram sim ou não (Siegel, 1975).

Para as condições bucais, ou seja, índice CPOD e seus componentes e condições periodontais: sangramento gengival, cálculo, presença de bolsas periodontais rasas e profundas (OMS, 1999), utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Este

teste foi o de escolha por não haver distribuição normal dos valores observados. É um teste que pode ser usado para análise de amostras independentes (Robson, 1983), como foi o desenho de estudo desta pesquisa.

#### ***4.7 O emprego da avaliação qualitativa***

Foi usada a análise de conteúdo para avaliação dos dados qualitativos. A análise de conteúdo surgiu nos EUA no início do século. Até os anos 50 predominava o aspecto quantitativo da técnica científica.

Bardin (1979) conceituou a análise de conteúdo como um conjunto de “técnicas de análise das comunicações” que visava obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição do conteúdo das mensagens. “Indicadores que permitiam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Macedo (2000) definiu esta técnica como um recurso metodológico interpretacionista que visava descobrir o sentido das mensagens de uma situação comunicativa.

Os empregos da análise de conteúdo são bastante variados. Através da análise de conteúdo, pode-se encontrar respostas para as questões formuladas e confirmar ou não afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação. Outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (Minayo, 1999).

Dentre as diversas propostas de análise dos dados, Minayo (1992) descreveu um método que denominou de hermenêutico-dialético.

A hermenêutica é uma prática muito antiga, sendo a arte de interpretar textos. Busca um sentido que está por trás do discurso aparente (Gomes, 2001). O autor lembrou que a atitude interpretativa continua existindo, em parte, na análise de conteúdo, mas é controlada por técnicas de validação.

No método sugerido por Minayo (1992) e utilizado do presente trabalho, a fala dos atores sociais foi situada em seu contexto para melhor compreensão da mesma. Essa

compreensão teve como ponto de partida o interior da fala e como chegada o campo da especificidade histórica que produziu a fala.

Para a operacionalização da proposta, os seguintes passos foram seguidos de acordo com Minayo (1992):

1. **Ordenação dos dados:** através de um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Ou seja, a transcrição das gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante.
2. **Classificação dos dados:** construída a partir de um questionamento que se faz sobre eles, com base em uma fundamentação teórica. Através de leituras exaustivas dos textos, estabeleceu-se interrogações para a identificação do que surgiu de relevante. Com base no que foi relevante no texto, elaborou-se as categorias específicas.
3. **Análise final:** estabeleceu-se as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo aos objetivos e promovendo assim uma relação entre o concreto e o abstrato, a teoria e a prática.

O discurso do sujeito coletivo, segundo Lefèvre & Lefèvre (2000), por ser a principal das figuras metodológicas, mereceu um desenvolvimento mais aprofundado. Assim, a forma utilizada para tabular os dados das questões discursivas, consistiu na leitura das respostas e na identificação de uma palavra, um conceito ou expressão que revelava a essência do sentido da resposta. Gomes (2001) as denominou como “Unidades de análise”. O autor lembrou que a “palavra”, é a menor unidade de análise, o “tema” é uma unidade maior a respeito da qual se tira uma conclusão. O “item”, segundo o autor, caracteriza a unidade total: uma narrativa completa sobre um assunto particular, e a “Medida de tempo e espaço” uma separação física no conteúdo da comunicação.

De acordo com Lefèvre & Lefèvre (2000) encontradas as unidades de análise e, mais especificamente, as palavras ou expressões adequadas para representar os depoimentos, temos o que se chama de “categoria”.

Na categorização, o agrupamento dos discursos, condição necessária para produzir conhecimento ou entendimento através da eliminação da variabilidade individual não pertinente do fenômeno pesquisado, foi pois classificatório. O que

passou a valer foi o nome ou título da classe, deixando de existir os discursos empíricos na medida em que as categorias ou o nome das classes passou a existir em seu lugar (Lefèvre & Lefèvre, 2000).

A categoria foi condição para a cientificidade na medida em que os discursos e os indivíduos que os professavam foram classificados, isto é, reduzidos ou equalizados nas classes, podendo então ser distribuídos por estas classes (Lefèvre & Lefèvre, 2000).

Os autores lembraram ainda que os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora. Buscou-se fazer o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como um quebra-cabeças, tantos discursos-síntese quantos julgou-se necessário para expressar uma dada “figura”, isto é, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno.

Para a elaboração do “Discurso do Sujeito Coletivo”, como chamaram Lefèvre & Lefèvre (2000), partiu-se dos discursos em estado bruto, que são submetidos a um trabalho analítico inicial, ou seja, na seleção das principais ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, e terminados sob uma forma sintética, onde se buscou a reconstituição discursiva da representação social. Como se o discurso de todos fosse o discurso de um.

As características metodológicas da Análise de Conteúdo foram citadas por Gomes (1999). A observação rigorosa destas características foi útil para a validação dos resultados obtidos. Assim o autor as definiu:

1. “**Objetividade**”: baseada num conjunto de normas que visa minimizar a subjetividade do pesquisador. Um dos caminhos para a objetividade foi de se trabalhar com categorias. As categorias apresentaram-se homogêneas, ou seja, não misturaram critérios de classificação; exaustivas, esgotando a totalidade dos discursos e exclusivas, ou seja, um mesmo elemento do conteúdo não pôde ser classificado em mais de uma categoria; assim tornaram-se objetivas e adaptadas ao conteúdo e objetivo.
2. “**Sistematização**”: referindo-se à inclusão ou exclusão do conteúdo ou categorias do discurso de acordo com regras consistentes e sistemáticas.
3. “**Inferência**”: operação pela qual se aceitou uma proposição em virtude de sua relação com outras propriedades já aceitas como verdadeiras. Para uma maior

compreensão desta característica da análise de conteúdo, o autor lembrou que a descrição é a primeira etapa da análise e a interpretação a última. Já a inferência é um procedimento intermediário que permite passar de uma etapa para a outra. Assim, houve uma necessidade de se articular a superfície dos textos e os fatores que determinaram suas características, deduzidos logicamente.

O produto final da análise desta pesquisa deve ser visto de forma provisória e aproximativa, pois em se tratando de ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras (Gomes, 1999).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

*A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam.  
Vale dizer: como alguém vive, com quem convive,  
que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta,  
como assume os dramas da vida e da morte  
e que esperanças o animam.  
Isso faz da compreensão sempre uma interpretação.*

Leonardo Boff

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Caracterização das participantes da pesquisa

Foram entrevistadas 30 adolescentes grávidas e 30 adolescentes não grávidas com idades pareadas seguindo o padrão do tipo caso-controle.

Segundo o Ministério da Saúde, a adolescência é o período que compreende as idades de 10 a 19 anos. A faixa etária das entrevistadas foi de 12 a 18 anos (Brasil, 1996).

Quanto à idade gestacional dez adolescentes encontravam-se no 1º trimestre da gravidez, treze no segundo trimestre e sete no último trimestre como ilustra o GRAF. 1.

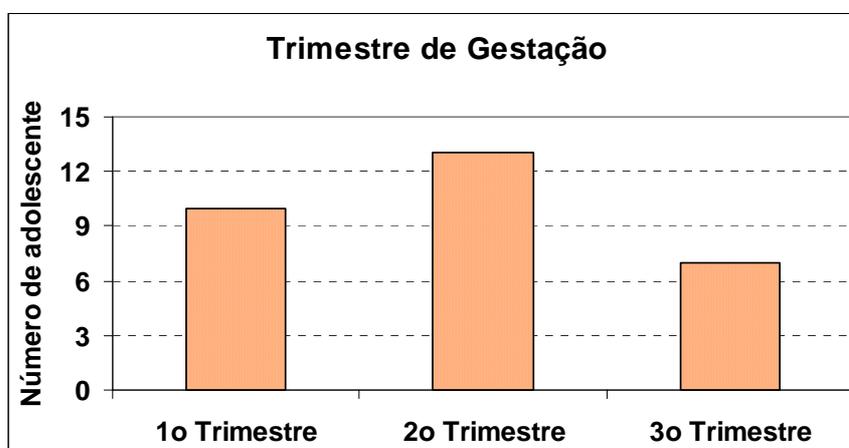
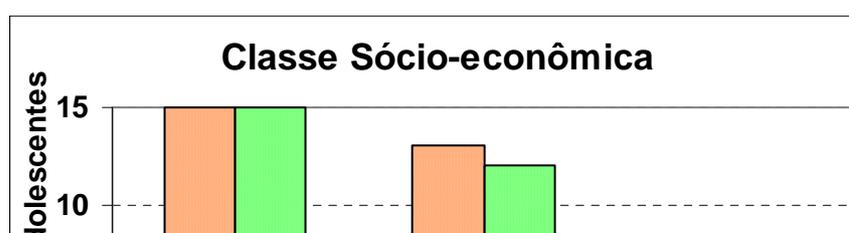


GRÁFICO 1- Idade gestacional das adolescentes

A classe sócio-econômica mostrou-se homogênea entre os 2 grupos predominando as classes econômicas “C” e “D” segundo o critério de classificação econômica-Brasil (Abipeme, 1996). Segundo esta classificação, a renda média mensal, por família, variou de 253 a 478 reais (GRAF. 2).



## GRÁFICO 2 - Classificação econômica das entrevistadas

Este critério de classificação foi construído para definir grandes classes em função do processo de segmentação vivenciado no mundo moderno. Não estabelece diferenças culturais pois tem características exclusivamente econômicas. Foi estabelecido em 1996 quando a moeda nacional estava equiparada ao dólar; assim a faixa de renda estabelecida foi baseada na moeda estrangeira (Abipeme, 1996). Contudo, observa-se hoje uma desvalorização do real, afetando o poder de compra dos consumidores em 50% já que o dólar está cotado duas vezes mais que o real. Verificou-se assim que as entrevistadas apresentam um baixo poder sócio-econômico, já que a maioria encontrou-se nas classes econômicas “C” e “D”.

A maioria das entrevistadas relatou não trabalhar fora. Apenas 5 adolescentes no grupo das não grávidas trabalhavam fora e 2 grávidas o faziam (TAB.1):

TABELA 1

Número de adolescentes grávidas e não grávidas que relataram estudar e trabalhar

| Variáveis |     | Grupos     |               |
|-----------|-----|------------|---------------|
|           |     | Gestantes  | Não Gestantes |
| Trabalha  | Não | 28 (93,3%) | 25 (83,3%)    |
|           | Sim | 2 ( 6,7%)  | 5 (16,7%)     |
| Estuda    | Não | 28 (93,7%) | 6 (20,0%)     |
|           | Sim | 2 ( 6,7%)  | 24 (80,0%)    |

Não houve uma correlação entre a condição de estar grávida e o fato de não trabalhar. Entretanto uma correlação negativa muito forte foi encontrada entre a condição de gestante e ser estudante ( $p < 0,000$ ).

No grupo de adolescentes não grávidas, 63,3% das entrevistadas apenas estudavam e 16,6% trabalhavam e estudavam, 20,1% não exerciam qualquer atividade. Entre as adolescentes grávidas, 6,7% destas só estudavam, 6,7% só trabalhavam e a grande maioria (86,6%) não relatou realizar qualquer atividade.

Segundo os últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Brasil (2000), no país, 55,7% dos adolescentes com média de idade de 16 anos só estudam, 22,8% trabalham e estudam, 10,3% só trabalham, 8,6% ocupam-se de afazeres domésticos e 2,6% não realizam nenhuma atividade.

O panorama da região metropolitana de Belo Horizonte, segundo o IBGE em 2000, foi de 64,9% dos adolescentes, com média de idade de 16 anos, apenas estudando, 18% trabalham e estudam, 7,1% só trabalham, 7,3% ocupam-se de afazeres domésticos e 2,7% não realizam nenhuma tarefa (Brasil, 2000).

As participantes desta pesquisa tiveram uma média de idade de 15,6 anos, ou seja, próxima à média de 16 anos da população avaliada pelo IBGE no Brasil e região metropolitana de Belo Horizonte. Verificou-se, portanto, que as participantes diferem do perfil descrito para a cidade de Belo Horizonte-MG. Com especial ênfase às gestantes, notou-se que estas marcadamente se encontram aquém dos valores esperados para esta parcela populacional.

Não se pode afirmar, com base nos resultados encontrados, que a gravidez foi o fator que interferiu na evasão escolar. O tipo de estudo feito não é capaz de verificar com certeza essas suposições, um desenho de estudo longitudinal responderia melhor a este questionamento. O que se pode afirmar é que o abandono da escola pelas adolescentes grávidas foi uma característica comum encontrada preponderantemente no grupo das adolescentes gestantes. Além disso, um grande número delas mencionou ter abandonado o estudo em decorrência da gravidez, como demonstram as falas:

*Parei de estudar porque eu tô grávida ué. As pessoa fica olhando torto, mais diferente, fica tratando agente diferente. Eu tenho vergonha, eu não gosto. (R.S., 15 anos)*

*Eu parei de estudar por causa dos enjôos que tava demais. Tava a maior parte do tempo no corredor que assistindo aula. (R.M., 15 anos)*

No Brasil existe uma relação entre baixa escolaridade e gravidez na adolescência. Percebe-se também um claro vínculo entre gravidez na adolescência e

pobreza. A gravidez na adolescência contribui para o afastamento da escola, a diminuição das possibilidades de empregos com melhores salários e a reprodução biológica da pobreza na medida em que essas jovens grávidas não poderão oferecer alimentação, assistência à saúde e educação adequadas aos seus filhos (Brasil, 2000).

A pergunta “como está sendo ficar grávida” feita às adolescentes grávidas, não foi discutida neste trabalho por ser considerada fora dos objetivos propostos. Esta questão foi abordada nas entrevistas como o objetivo de servir de “quebra-gelo” para as entrevistadas alcançarem uma maior liberdade de expressão nas conversas.

Considerando questões relativas à saúde bucal, não houve diferença entre os grupos quanto à frequência de visitas ao dentista nos últimos 12 meses, a frequência da higiene bucal, a vontade de ir ao dentista ou o reconhecimento da necessidade de tratamento odontológico. Os testes exatos de Fisher não mostraram associações significativas de interferência da gravidez nos fatores citados (TAB. 2).

TABELA 2

Opinião das adolescentes quanto às questões abordadas nas entrevistas

| Variáveis                                    |           | Grupos    |               |
|--|-----------|-----------|---------------|
|  |           | Gestantes | Não Gestantes |
| Nº de escovações diárias                     | Até 2     | 11        | 12            |
|  | Mais de 2 | 19        | 18            |
| Fez tratamento dentário no último ano?       | Não       | 22        | 24            |
|  | Sim       | 8         | 6             |
| Pensa necessitar de tratamento odontológico? | Não       | 9         | 6             |
|  | Sim       | 21        | 24            |
| Tem vontade de ir ao dentista?               | Não       | 9         | 10            |
|  | Sim       | 21        | 20            |

O índice de consumo de açúcar foi medido através do método recordatório de 24 horas e tabulado de acordo com a frequência e consistência dos alimentos segundo Fanning & Smith, citado por Rocha et al. (1998) e adaptado pela Faculdade de Odontologia da UFMG, não apresentando variação significativa entre os grupos (GRAF. 3).

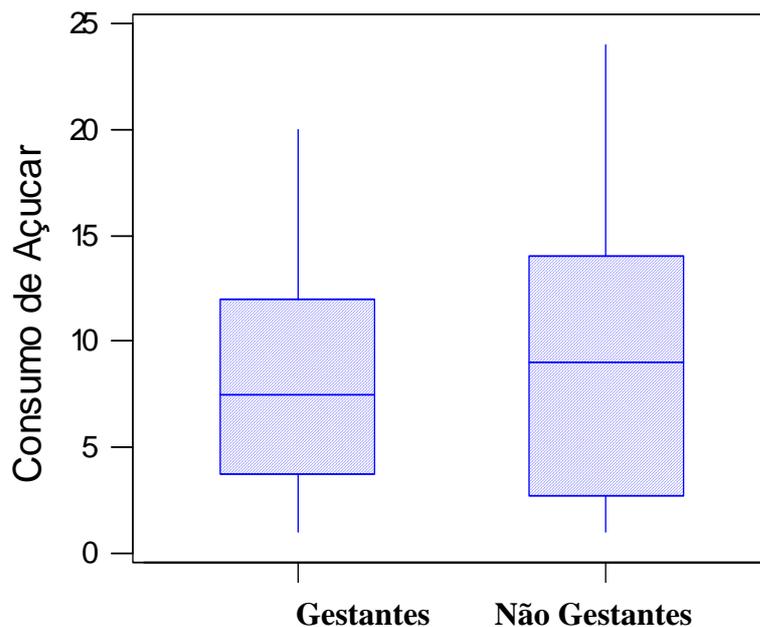


GRÁFICO 3 - Padrão de consumo de açúcar entre os grupos

Sabendo-se do papel do açúcar na manifestação da cárie dentária, foi verificado se havia diferença no consumo de alimentos doces entre os grupos (TAB. 3).

TABELA 3

Índice do consumo de açúcar das adolescentes grávidas e não grávidas participantes do estudo

| Variáveis                   | Medidas    | Grupos      |               |
|-----------------------------|------------|-------------|---------------|
|                             |            | Gestantes   | Não Gestantes |
| Índice de consumo de açúcar | Mínimo     | 1,00        | 1,00          |
|                             | 1º Quartil | 3,75        | 2,75          |
|                             | Mediana    | 7,50        | 9,00          |
|                             | 3º Quartil | 12,00       | 14,00         |
|                             | Máximo     | 20,00       | 24,00         |
|                             | Média (Sd) | 8,30 (5,37) | 8,87 (6,45)   |

O índice de consumo de açúcar variou de 1 a 20 no grupo das adolescentes grávidas e teve uma variação de 1 a 24 no grupo das não grávidas. Esta grande variação não foi significativamente diferente entre os 2 grupos. Estudando a fase da adolescência, Aberastury & Knobel (1985) observaram que o sofrimento, a contradição, a confusão e os transtornos são comuns a este período da vida. Assim, como lembrou Ruel-Kellermann (1984), comportamentos parafuncionais são comuns nesta faixa etária.

De acordo com a autora, a alta frequência de ingestão de alimentos pode ser considerada como um mecanismo compensatório para esta fase de tensão psicológica. A autora também salientou que a preferência pelos doces está relacionada à cultura vigente onde os doces têm um valor simbólico como substitutos do amor e afetividade.

O comportamento grupal, próprio da adolescência, lembrado por Freeman (1999), também contribui para se formar um padrão semelhante de comportamentos em saúde bucal entre os jovens. Giglio & Guedes-Pinto (1998) relataram que a sociedade ocidental valoriza o uso do intelecto pelos jovens, assim, muitas vezes não é dado importância ao tipo de alimentação e aos hábitos saudáveis em saúde bucal neste período da vida podendo resultar na propagação dos maus hábitos alimentares, como o grande consumo de doces.

Entretanto, Honkala (1983) lembrou que o comportamento da mãe é extremamente importante na formação dos hábitos dos filhos. O padrão intra-familiar também foi ressaltado por Pordeus (1991). Assim, se estas mães adolescentes têm um alto índice de consumo de açúcar, certamente este será um fator determinante para a adoção de uma dieta menos favorável à saúde bucal. O padrão alimentar da criança está relacionado, em muito, aos produtos que lhe são acessíveis, principalmente em casa.

Auad (1999) observou que a média de ingestão diária de produtos com sacarose foi significativamente menor entre os filhos das mães que apresentavam uma menor frequência de ingestão de sacarose entre as refeições principais.

Quanto aos baixos índices de consumo de açúcar que ocorreram, cabe-nos ressaltar que foram justificados pelas adolescentes, através das entrevistas, como indisposição para alimentação, quando grávidas, devido aos enjôos constantes.

*Eu quase não como não porque eu vomito tudo...não pára nada na barriga. Deve de ser pra ficá tudo limpo pro neném, pra ele é bom, pra mim é que é ruim vomitá toda hora, nossa...é só água mesmo (K.N., 16 anos, grávida).*

Episódios de enjôo e dores no estômago foram lembrados por Maldonado (1986) como causa para a intolerância alimentar bem como para indisposição física e psíquica da gestante.

A justificativa apresentada pelas adolescentes não grávidas para um índice muito baixo de ingestão de açúcar (quando ocorria), resultante da precária alimentação, foi a

falta de condições financeiras. Estas entrevistadas relataram alimentar-se apenas de macarrão e ovos. Tais adolescentes pertenciam à classe “E” de acordo com a classificação econômica Brasil (1996), com renda mensal de 220 reais para toda a família.

*Lá em casa só tem é isso só. Macarrão e ovo. Assim, as veis tem carne que minha mãe compra, mas é muito pouco. Ela sai pra trabaiá e eu tomo conta das minhas duas irmã. Não tem jeito de comprá nada não, não tem mais dinheiro... minha mãe vem de vez em quando com biscoito, mais isso eu nem sei o que é... (P.N., 14 anos, não grávida).*

## **5.2 Condição de saúde bucal**

Caracterizadas as participantes do estudo, tentou-se resgatar as condições de saúde bucal das adolescentes através de dados quantitativos que exercem uma relação de complementaridade aos dados qualitativos como lembrou Serapioni (2000).

Através da Ficha de Avaliação Clínica (Anexo D) foram observadas as seguintes variáveis para cada adolescente:

- Índice CPOD
- Número de dentes cariados
- Número de dentes perdidos
- Número de dentes obturados
- Número de Sextantes do arco dentário com sangramento gengival
- Número de Sextantes do arco dentário com cálculo
- Número de Sextantes do arco dentário com bolsa periodontal rasa (3,5 - 5,5 mm de profundidade de sondagem)
- Número de Sextantes do arco dentário com bolsa periodontal profunda (mais que 5,5 mm de profundidade de sondagem)
- Necessidade de Tratamento Periodontal (presente ou ausente)

Estas variáveis foram codificadas para se proceder a análise. A TAB. 4 resume as medidas estatísticas descritivas e a comparação entre os dois grupos para as variáveis das condições bucais: CPOD e seus componentes.

No grupo das adolescentes não grávidas observou-se 5 jovens com CPOD igual

a zero, entre as grávidas não houve índice CPOD = 0 (zero).

TABELA 4

Valores dos índices CPOD e de seus componentes avaliados ao exame clínico das adolescentes grávidas e não-grávidas

| Variáveis                | Medidas    | Grupos      |               |
|--------------------------|------------|-------------|---------------|
|                          |            | Gestantes   | Não Gestantes |
| Índice CPOD              | Mínimo     | 1,00        | 0,00          |
|                          | 1º Quartil | 3,75        | 1,75          |
|                          | Mediana    | 5,00        | 6,00          |
|                          | 3º Quartil | 7,25        | 8,25          |
|                          | Máximo     | 17,00       | 12,00         |
|                          | Média (Sd) | 5,90 (3,67) | 5,40 (3,50)   |
| Nº de Dentes Cariados    | Mínimo     | 0,00        | 0,00          |
|                          | 1º Quartil | 1,00        | 0,00          |
|                          | Mediana    | 2,00        | 1,50          |
|                          | 3º Quartil | 4,25        | 5,00          |
|                          | Máximo     | 11,00       | 10,00         |
|                          | Média (Sd) | 2,97 (2,56) | 2,57 (2,92)   |
| Nº de Dentes Perdidos    | Mínimo     | 0,00        | 0,00          |
|                          | 1º Quartil | 0,00        | 0,00          |
|                          | Mediana    | 0,00        | 0,00          |
|                          | 3º Quartil | 2,00        | 1,00          |
|                          | Máximo     | 5,00        | 4,00          |
|                          | Média (Sd) | 0,93 (1,48) | 0,43 (0,89)   |
| Nº de Dentes Restaurados | Mínimo     | 0,00        | 0,00          |
|                          | 1º Quartil | 0,00        | 0,00          |
|                          | Mediana    | 1,00        | 0,50          |
|                          | 3º Quartil | 3,00        | 5,25          |
|                          | Máximo     | 14,00       | 9,00          |
|                          | Média (Sd) | 2,00 (2,96) | 2,40 (3,10)   |

Por não haver uma distribuição normal dos valores observados, empregou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney (Robson, 1983), não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Nota-se uma grande proporção de altos índices de CPOD neste estudo, com média de 5,9 para as gestantes e 5,4 para as não gestantes. Este achado está de acordo com os resultados encontrados por Romero & Sanchez (1988) quando observaram que 42% das 214 gestantes mexicanas avaliadas tinham de 9 a 16 elementos dentais cariados e um alto índice CPOD. Os resultados obtidos por Santos (1996) em Belo

Horizonte-MG também foram semelhantes, com um CPOD médio de 5,26 entre os adolescentes de 12 a 18 anos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Scavuzzi et al. (1999) encontraram um índice CPOD mais elevado. Tal índice foi de 9,71 dentre as 204 gestantes avaliadas em Salvador-BA com faixa etária de 14 a 43 anos.

É bem estabelecido na literatura que a gravidez não aumenta a incidência de lesões cariosas ou da microflora patogênica. Cozzupoli (1981) e Elias (1995) salientaram que a gravidez leva a uma alteração hormonal, mas não é iniciadora de doenças.

Estudos bioquímicos da saliva, como o realizado por Lindhe & Attström (1967), comprovaram uma alteração na concentração de proteínas salivares pela ação hormonal da gravidez. Contudo, os estudos de Laine et al. (1988), entre outros, apesar de confirmarem as alterações nas concentrações de diversas proteínas salivares, não encontraram uma alteração significativa do ácido siálico, principal componente que interage com a parede celular bacteriana. Scavuzzi et al. (1999), pesquisando o impacto da gravidez na prevalência de lesões cariosas, não encontraram um incremento da prevalência de cárie no período gestacional das 204 gestantes examinadas em Salvador-BA.

Neste estudo não foi observada diferença significativa na prevalência de lesões cariosas entre as adolescentes gestantes e não gestantes. Easton (1960) e Viegas (1971) também compararam a incidência de cárie entre mulheres grávidas e não grávidas e não encontraram diferenças significativas.

A média de dentes cariados encontrada no grupo das gestantes foi 2,97 e no grupo das não gestantes foi 2,57. Estes valores foram mais altos que a média de 1,2 dentes cariados, de adolescentes de 12 a 18 anos, usuários do SUS, em Belo Horizonte, no ano de 1996 (Santos, 1996). Chapman et al. (1974) e Jago et al. (1983) também verificaram uma grande proporção de dentes cariados em gestantes de Brisbane – Reino Unido.

Os dentes perdidos ou com extração indicada representaram 16% dentre os componentes do índice CPOD do grupo das gestantes e 8% no grupo das não gestantes. Estes valores representaram a menor proporção dos componentes do índice CPOD se considerados distintamente; entretanto não correspondem à meta da OMS para 2001

que foi de se obter 85% das pessoas com todos os dentes presentes aos 18 anos de idade. O estudo de Cozzupoli (1981) que avaliou a condição de saúde bucal de 170 puérperas da grande São Paulo, demonstrou resultado semelhante. A ausência de dentes foi maior nas mulheres acima de 30 anos; havendo uma correlação negativa entre “bons” dentes e envelhecimento. Santos (1996) através de um estudo de prevalência das doenças da cavidade bucal dos usuários do SUS de Belo Horizonte observou que a partir dos 25 anos, o número de dentes por pessoa vai diminuindo com o aumento da idade.

A proporção de dentes restaurados foi baixa nas adolescentes do estudo. A média de dentes restaurados, encontrada no grupo das gestantes foi 2,0 e, no grupo das não gestantes foi 2,4. Estes achados estão próximos à representação da população adolescente usuária do SUS em Belo Horizonte, verificada por Santos (1996), que foi em torno de 2,9.

No grupo das gestantes, o componente cariado (C) representou 50% e os dentes perdidos ou com extração indicada representaram 16%. Assim, a proporção de dentes restaurados representou 34%. No grupo das adolescentes não-grávidas a proporção de dentes restaurados foi de 44%.

Estes achados sugerem a falta de acesso aos serviços de odontologia já que o indicador de tratamento realizado (dentes restaurados) não se sobrepõe às necessidades de tratamento (dentes cariados). Esta falta de acesso aos serviços de odontologia também foi verificada nas entrevistas com as jovens:

*Não vou no dentista porque aqui no posto não tem vaga e eu não tenho como pagar! Sempre que eu venho eu não consigo, tá muito cheio...  
(R.A., 16 anos, grávida)*

*Meu dente dói mais eu não consigo tratá porque aqui (no posto de saúde) não tem vaga, tem que dormir na fila e mesmo assim é só pra oiá!  
(F.N., 16 anos, não grávida)*

Por se tratar de uma população jovem e com pouco acesso aos serviços odontológicos, observou-se uma baixa prevalência de dentes restaurados. Não se pode afirmar, entretanto, através deste indicador, que as adolescentes possuem uma boa saúde bucal. A alta prevalência de cárie comprova a grande necessidade de tratamento.

Alterações periodontais também são frequentes na gravidez e na adolescência como lembrou Steinberg (1999). Para se avaliar a necessidade de tratamento

periodontal, dividiu-se a arcada dentária em sextantes e observou-se as alterações em cada sextante, registrando sempre a ocorrência mais grave. A TAB. 5 resume os resultados observados para as variáveis que classificam a saúde periodontal dos dois grupos de adolescentes.

TABELA 5

Condição periodontal avaliada por sextantes bucais das adolescentes do estudo

| Variáveis   | Medidas    | Grupos      |               |
|---|------------|-------------|---------------|
|   |            | Gestantes   | Não Gestantes |
| Sangramento gengival                                | Mínimo     | 0,00        | 0,00          |
|   | 1º Quartil | 1,00        | 2,00          |
|   | Mediana    | 2,50        | 3,00          |
|   | 3º Quartil | 4,00        | 4,00          |
|   | Máximo     | 6,00        | 5,00          |
|   | Média (Sd) | 2,43 (1,74) | 2,70 (1,42)   |
| Cálculo   | Mínimo     | 0,00        | 0,00          |
|   | 1º Quartil | 1,25        | 1,00          |
|   | Mediana    | 0,00        | 0,00          |
|   | 3º Quartil | 2,00        | 1,00          |
|   | Máximo     | 5,00        | 3,00          |
|   | Média (Sd) | 0,77 (1,19) | 0,50 (0,68)   |
| Nº de Bolsas Rasas<br>(profundidade : 3,5 – 5,5 mm) | Mínimo     | 0,00        | 0,00          |
|   | 1º Quartil | 0,00        | 0,00          |
|   | Mediana    | 0,00        | 0,00          |
|   | 3º Quartil | 1,25        | 0,00          |
|   | Máximo     | 4,00        | 3,00          |
|   | Média (Sd) | 0,67 (1,24) | 0,27 (0,74)   |
| Nº de Bolsas Profundas<br>(profundidade : > 5,5 mm) | Mínimo     | 0,00        | 0,00          |
|   | 1º Quartil | 0,00        | 0,00          |
|   | Mediana    | 0,00        | 0,00          |
|   | 3º Quartil | 0,00        | 0,00          |
|   | Máximo     | 1,00        | 0,00          |
|   | Média (Sd) | 0,03 (0,18) | 0,00 (0,00)   |

Foi comparado para cada achado (sangramento gengival, cálculo, bolsa rasa, e bolsa profunda), se havia diferença significativa entre o grupo das gestantes e das não gestantes. Nenhuma diferença significativa foi encontrada usando-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

O sangramento é a alteração gengival mais comum na puberdade e adolescência decorrente das respostas gengivais ao acúmulo de restos alimentares, matéria alba, placa

e cálculo. A ocorrência pode variar de 30 a 100% dos casos. Os índices mais frequentes são de 60 a 75% de acordo com Steinberg (1999). Assim medidas de prevenção, através da orientação para a eliminação da placa bacteriana e medidas de higiene bucal são importantes para as gestantes (Cozzupoli, 1981) e para os adolescentes (Guedes-Pinto, 1991).

Steinberg (1999) lembrou que as alterações na cavidade bucal podem não ser necessariamente o resultado da ação hormonal direta no tecido. Pode ser o efeito de irritantes locais como a placa bacteriana, sendo a resposta tecidual exacerbada pela atividade hormonal.

Neste estudo, observou-se uma alta prevalência de sangramento gengival nas adolescentes de ambos os grupos (GRAF. 4).

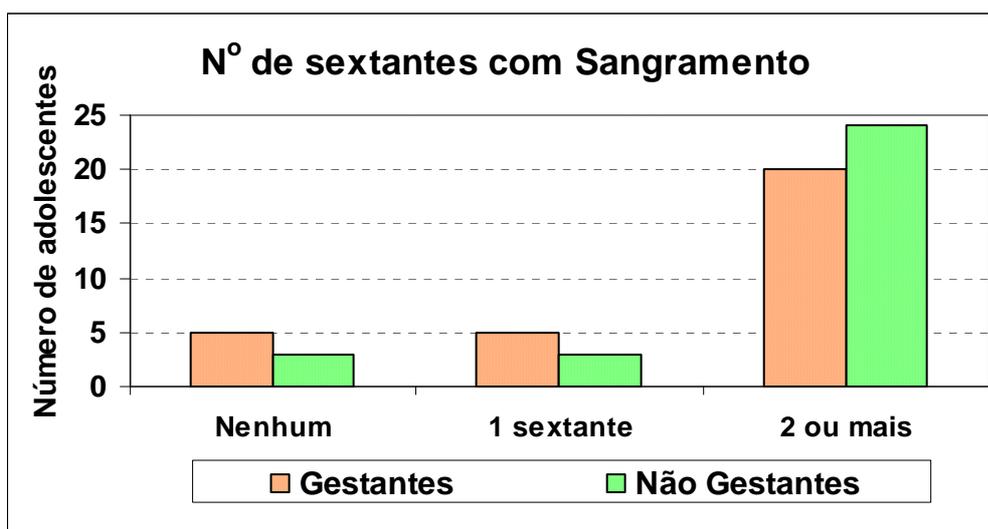


GRÁFICO 4 - Prevalência de sangramento gengival, por sextantes bucais, das adolescentes grávidas e não grávidas

A alta prevalência de sangramento gengival entre todas as adolescentes está de acordo com a literatura que trata do tema, considerando a manifestação mais prevalente na adolescência e também na gravidez. As necessidades de tratamento constituem-se na eliminação da placa supragengival e instrução de higiene bucal (OMS, 1999). Oitenta e três por cento das adolescentes grávidas e 90% das adolescentes não grávidas manifestaram sangramento gengival em algum sítio durante a sondagem. Não houve diferença entre os 2 grupos com relação à prevalência de sangramento gengival que se apresentou alta em ambos.

Uma alta prevalência de sangramento gengival também foi encontrada por Cunha et al. (1985) que observaram a presença de gengivite em 52,5% das 40 gestantes entrevistadas no Rio de Janeiro-RJ, com faixa de idade de 24 a 29 anos. Costa (1993) diagnosticou sangramento gengival em 100% dos 360 adolescentes de Belo Horizonte, com faixa etária de 11 a 15 anos participantes daquele estudo. Santos (1996) verificou que a presença de sangramento foi o problema mais prevalente entre os adolescentes usuários do SUS em Belo Horizonte-MG. Gomes & Paiva (1999) verificaram sangramento gengival em 100% das 56 gestantes e 31% das não gestantes de 14 a 43 anos de idade, residentes em Goiânia-GO. Entre as 62 adolescentes da Guatemala, de 11 a 15 anos de idade, avaliadas por Pomes et al. (2000); 66% apresentavam sangramento gengival à sondagem. Gesser et al. (2001) observaram uma alta prevalência de sangramento gengival, em torno de 86,6% dentre os 300 jovens avaliados em Florianópolis-SC.

Também avaliou-se o número de sextantes com cálculo em ambos os grupos de adolescentes deste estudo (GRAF.5).

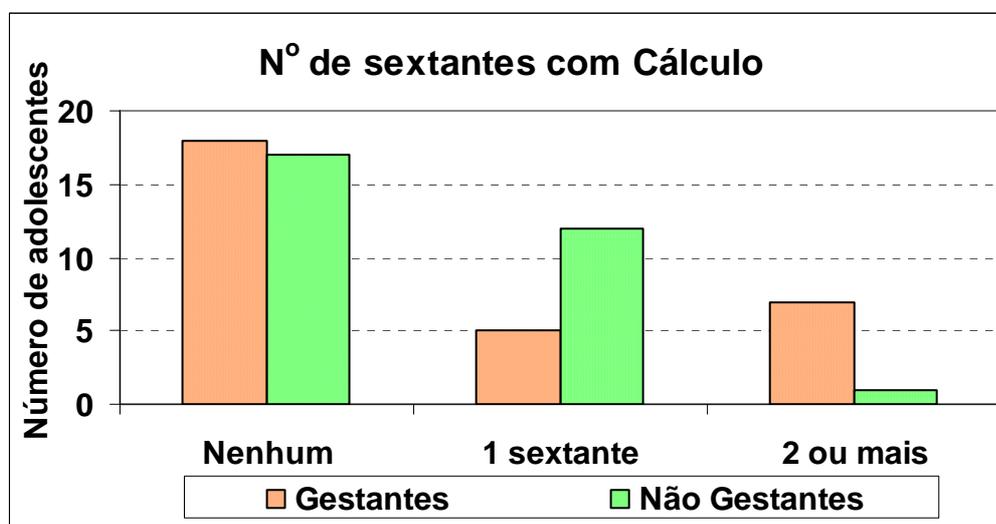


GRÁFICO 5 - Prevalência de cálculo nas adolescentes gestantes ou não gestantes

A presença de cálculo supra ou subgengival implica a necessidade de raspagem e polimento das superfícies dentais e medidas preventivas adequadas como instrução de higiene bucal (OMS, 1999). Neste estudo, 40% das adolescentes grávidas e 43% das não-grávidas apresentaram cálculo supra ou sub-gengival. Não houve diferença estatística deste tipo de prevalência entre os grupos. Costa (1993) e Santos (1996) encontraram uma média de 58,3% na prevalência de cálculos em jovens de Belo

Horizonte, com idade entre 11 e 15 anos. Gesser et al. (2001) encontraram resultados semelhantes com 51% de manifestação entre os 300 jovens daquele estudo. O cálculo é um indicador de uma insuficiente higienização bucal no passado. Assim, a alta prevalência encontrada neste trabalho aponta para a necessidade de investimento na educação preventiva em saúde bucal na adolescência.

O GRAF. 6 demonstra a relação da manifestação de bolsas periodontais rasas, ou seja, bolsas periodontais com profundidade de sondagem de 3,5 a 5,5 mm de acordo com os critérios de classificação da saúde bucal da OMS (1999) (Anexo E) em ambos os grupos de adolescentes.

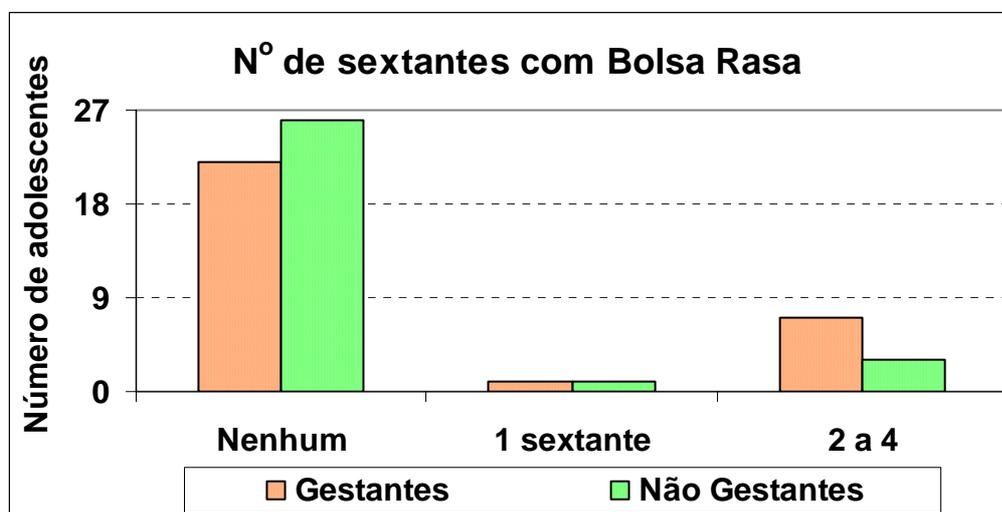


GRÁFICO 6 - Prevalência de bolsas periodontais rasas nos grupos das adolescentes gestantes e não gestantes

Os resultados apontaram que 22 gestantes (73%) não apresentaram qualquer sítio com bolsas periodontais rasas. Uma adolescente gestante apresentou apenas 1 sextante acometido com bolsa periodontal rasa e sete delas (23,33%) apresentaram de 2 a 4 sextantes comprometidos com uma perda de inserção característica de bolsa periodontal rasa.

No grupo das adolescentes não grávidas, 26 (86,67%) não possuíam qualquer sextante bucal comprometido com bolsa periodontal rasa, uma adolescente apresentava 1 sextante com bolsa periodontal rasa e 3 jovens (10%) apresentaram de 2 a 4 sextantes com tal comprometimento periodontal.

Não houve diferença significativa da prevalência deste tipo de manifestação entre os grupos.

A presença de bolsa periodontal rasa indica necessidade de tratamento periodontal especializado do sextante avaliado, sendo necessária orientação para a higienização, raspagem e alisamento radicular (OMS, 1999).

Pomes et al. (2000) encontraram resultados piores quando avaliaram a condição periodontal de 62 adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária de 11 a 15 anos de diferentes localidades da Guatemala. Setenta e nove por cento apresentavam um alto índice de placa e a manifestação de bolsas periodontais maiores que 3 mm foi de 42%.

A presença de bolsas periodontais mesmo rasas, ou seja, de 3,5 a 5,5 mm, de acordo com a OMS (1999) é característica de doenças periodontais. Toledo (1996) salientou que tais doenças são de baixa prevalência em crianças e adolescentes brasileiros. Nesta idade existe uma maior resistência fisiológica do ligamento e osso alveolar, quando não envolvida qualquer doença sistêmica (Toledo, 1996). Os resultados deste estudo estão de acordo com este autor.

Costa (1993) e Santos (1996) verificaram uma proporção de 30,6% na prevalência de bolsas periodontais rasas, em jovens de Belo Horizonte, de classe sócio-econômica baixa e idades entre 12 a 15 anos.

Marcenes & Bönecker (2000) relataram a prevalência das alterações periodontais de crianças e adolescentes brasileiros. A prevalência de indivíduos acometidos por periodontite juvenil foi baixa, variando entre 0,3% a 2,6%. Assim sendo, a prevalência deste tipo de alteração parece ser menor ou semelhante às registradas em outros países como os EUA. Os autores ressaltaram que, através de uma revisão de literatura pertinente, a prevalência estimada de periodontite daquele país foi de 0,13% a 0,53% .

A OMS (1999) classificou as bolsas periodontais como profundas quando a medida de sondagem for acima de 5,5 mm. Seguindo este critério o GRAF. 7 demonstra a prevalência de adolescentes com bolsas periodontais profundas no grupo pesquisado.

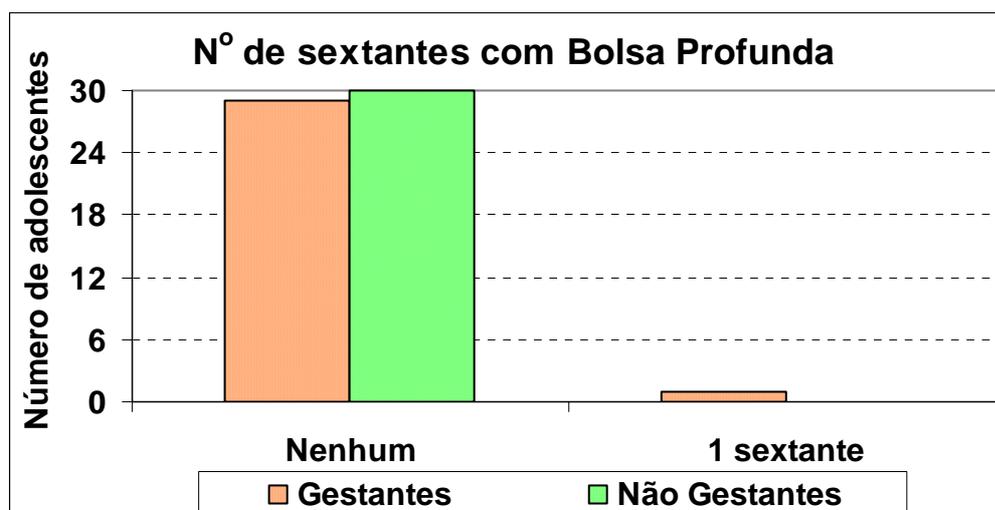


GRÁFICO 7 - Prevalência de bolsas periodontais profundas nas adolescentes gestantes e não gestantes

De todas as participantes do estudo, apenas 1 adolescente grávida manifestou a presença de um único sextante com bolsa periodontal profunda, isto é, com profundidade de sondagem maior que 5,5 mm. Este caso indica a necessidade de tratamento periodontal especializado e complexo, ou seja, a orientação para higiene oral, a raspagem e alisamento radicular associados a cirurgias periodontais.

A bolsa periodontal profunda é uma manifestação pouco freqüente entre os adolescentes brasileiros (Marcenes & Bönecker, 2000). Costa (1993) verificou uma proporção de 11,1% na prevalência de bolsas periodontais profundas nos 360 jovens avaliados clinicamente em Belo Horizonte-MG. Santos (1996) estudou a prevalência de bolsas profundas em usuários do SUS em Belo Horizonte-MG, com idades entre 11 e 16 anos e verificou que o percentual de adolescentes com profundidade de sondagem maior que 5,5 mm foi mais baixo, em torno de 4%.

Os indicadores de doença periodontal severa também foram raros nos estudos com adolescentes realizados por Pomes et al. (2000) e Gesser et al. (2001). Com relação a alterações na lâmina dura, resultando em maiores perdas minerais e manifestação de bolsas periodontais profundas, Abdalla et al. (1999) descreveram que esta pode ser uma característica das alterações hormonais da gravidez quando forem associadas a um quadro já instalado de pouca saúde gengival influenciada por um acúmulo de placas, uma higienização bucal precária ou alterações sistêmicas.

Tratando-se das infecções periodontais severas, diversos estudos observaram

uma relação entre infecção periodontal e nascimento de bebês de baixo peso; que é um importante fator de risco para a mortalidade neonatal e infantil, bem como para a desnutrição na infância (Correia & McAuliffe, 1999).

Damare et al. (1995) encontraram uma relação entre infecção periodontal e nascimento de bebês de baixo peso na medida em que observaram que mediadores químicos suspeitos de serem responsáveis pelo baixo peso ao nascer encontravam-se em igual proporção no líquido crevicular gengival e no meio intra-amniótico.

Os estudos de Offenbacher et al. (1996 e 1998) indicaram que quanto maior a dose do marcador de atividade de doença periodontal, ou seja, a PgE2, menor o peso do bebê ao nascimento. Dasanayake (1998) relacionou o estado de saúde periodontal com o peso de crianças ao nascimento após eliminar os fatores de interferência para esse quadro. Concluiu que a precária saúde periodontal materna foi um fator independente para a manifestação de nascimentos de bebês de baixo peso.

A doença periodontal pode estar associada a nascimentos de bebês de baixo peso e em outros casos não levar a essa consequência. É um fator modificador, como os fatores genéticos e sócio-econômicos. Contudo, a doença periodontal é mais fácil de ser controlada e evitada quando comparada aos outros fatores. Assim, o controle da doença periodontal pode representar uma drástica colaboração para a saúde e qualidade de vida das pessoas (Offenbacher et al., 1998).

Analisando-se os indicadores de saúde bucal como um todo, não houve diferença significativa entre os grupos. O índice CPOD encontrado foi alto, havendo uma maior presença do componente cariado (em torno de 50%) em ambos os grupos de adolescentes. O componente indicador de dentes perdidos ou com extração indicada revelou a menor proporção em ambos os grupos (16% no grupo das gestantes e 8% no grupo das não gestantes).

O sangramento gengival foi a alteração periodontal mais prevalente, diagnosticada em 90% do total das adolescentes. O cálculo foi diagnosticado em 50% das adolescentes, a bolsa rasa (profundidade de sondagem 3,5 a 5,5 mm) em 20% e a bolsa profunda (maior que 5,5 mm) em apenas uma jovem (1,66%). Assim, observa-se que 90% das participantes do estudo necessitam de orientação para higiene e profilaxia, 50% necessitam de raspagem, 20% necessitam de curetagem subgengival e apenas

1,66% requer tratamento cirúrgico, caracterizado como uma intervenção mais complexa. Conclui-se que, na maioria das vezes, as necessidades de intervenções referem-se à procedimentos simples, viáveis em programas de baixo custo para a prevenção e manutenção da saúde bucal.

### **5.3 Análise qualitativa**

Através da análise do conteúdo das entrevistas, não foram observadas diferenças nas representações dos temas abordados pelas adolescentes grávidas e não grávidas.

A leitura constante das conversas, transcritas na medida em que iam sendo realizadas, possibilitou a construção de “indicadores” sobre os quais o estudo foi se desenvolvendo.

Rey (1999) introduziu o conceito de “indicadores” para designar aqueles elementos que adquirem significação em decorrência da interpretação do investigador. Gomes (2001) denominou-as de “categorias”.

A interpretação presente nesta pesquisa deu-se a partir da produção dos indicadores ou categorias abaixo relacionados e serão melhor detalhados em itens específicos:

- A multiplicidade de ambientes formadores de opiniões sobre Saúde Bucal
- A Odontologia em si e a Odontologia para si
- Saúde bucal: saberes e cuidados
- Função social dos pais

#### **5.3.1 A multiplicidade de ambientes formadores de opiniões sobre saúde bucal**

Através do discurso das adolescentes pôde-se observar a riqueza de informações sobre saúde bucal vindas de diversos meios como o ambiente familiar, escolar, profissional e a mídia. Entretanto, a mãe foi a pessoa mais citada como grande influenciadora na percepção sobre a atenção odontológica e os hábitos em saúde bucal dos filhos, como demonstraram as falas a seguir:

*Se os pais falam o que é o dentista sem colocar medo, você tem condição de ter incentivo pra ir no dentista perguntar, tá legal?... Se os pais não falasse, não tem jeito não de ir cuidar dos dente, não vai sabê, não vai querê! (L.S., 17 anos, não grávida).*

*Tudo que eu sei aprendi com minha mãe, quando eu era pequena ela falava toda hora pra escová...aprendi com ela, ela é que se preocupa comigo. Acho que tive oportunidade de aprender essas coisa (relativas a manutenção da saúde bucal) por causa da minha mãe ensiná! (A.R., 15 anos, grávida)*

Freud (1974) explicou o interesse dos filhos em seguir os valores familiares através da teoria Freudiana do complexo de Édipo. A psicanálise, como relatou Gelbert (1993), elucidou a transmissão dos valores de família através do inconsciente. Freeman (1999) lembrou também que a psicanálise definiu ainda os processos de socialização ressaltando a socialização primária como um período em que as crianças imitam ou se identificam com as atitudes e comportamentos dos pais. Esta etapa pode representar a base sólida para que as influências do meio social não desmotivem a criança a continuar seguindo os hábitos saudáveis aprendidos em casa (Freeman, 1999).

Diversos estudos apontaram a mãe como principal promotora de saúde bucal de seus filhos. Sarnat et al. (1984) observaram uma correlação positiva entre menores índices de cárie em crianças da classe média de Israel cujas mães apresentavam atitudes mais positivas com relação à própria saúde bucal. Na África do Sul, Gordon & Reddy (1985) observaram que o consumo de açúcar e a frequência tinha correlação entre as 100 mães e filhos entrevistados. No Brasil, Pordeus (1991) observou a íntima relação do ambiente familiar na formação dos hábitos das crianças e das características semelhantes da saúde bucal entre os membros da mesma família. Auad (1999) constatou um significativo menor consumo de açúcar nas mamadeiras dos filhos de cirurgiões-dentistas que entre os filhos de advogadas e administradoras, uma vez que aquelas também apresentavam uma maior preocupação quanto à limpeza bucal da criança após a utilização da mamadeira.

As mães são modeladoras de atitudes de seus filhos, fato verificado por Chen (1986) em estudo com 1000 famílias americanas. Contudo, Paunio (1994) lembrou que a desinformação dos pais, a respeito de condutas adequadas sobre saúde bucal, é uma realidade que merece ser considerada como estratégia fundamental para o sucesso da promoção em saúde bucal.

A escola exerceu influências opostas entre as adolescentes entrevistadas com relação à contribuição em saúde bucal. Ao mesmo tempo em que algumas elogiaram o papel da escola na divulgação dos meios de prevenção em saúde bucal, outras criticaram a forma como foram “impostos” tais programas.

*Lá na escola ía gente mandá a gente escová, eles só manda, não ensina. Então eu aprendí assim, ví meus primo escovando e imitei, aí eu faço igual, da escola eu não aprendí! (A.R., 15 anos, grávida)*

*Na escola eles só mandava ir escová. Até que quando ía fazê lavagem na escola, eu saía da fila, eu não achava interessante...Nem eu nem as menina daquela época, eles não falava da importância de escová os dente. Todo mundo achava que doía, que machucava, que ía ficar dolorido ... (E.R., 15 anos, não grávida).*

Dickson & Abegg (2000) discorreram sobre a postura autoritária de profissionais que se revelam pelo fato de que eles “sabem” o que é melhor para o paciente. Estes profissionais não consideram o que as pessoas sabem ou fazem. Impõem suas recomendações como se fossem as mais corretas. Carneiro (2001) completou dizendo que o desrespeito existe na medida em que, o que está culturalmente assimilado, sendo cotidianamente realizado e transmitido de pessoa para pessoa, de geração para geração, passa, de um momento para outro, a não ter valor algum.

Já outras falas revelaram a contribuição dos programas em saúde bucal nas escolas:

*Foi na escola que ia dentista pra passar pra gente os negócio, mostrá os dente como que são estragado, mostrá como cuidá dos dente, valeu! (R.F., 17 anos, grávida).*

Historicamente, a educação em saúde vem sendo utilizada como uma estratégia importante para melhorar as condições de saúde da população. A educação em saúde bucal tem sido identificada nas ações educativas realizadas em escolas e nas práticas do setor público em geral (Martins, 1998). Ao que parece, os programas de saúde bucal desenvolvidos em escolas públicas podem introduzir importantes atividades preventivas e educativas no espaço escolar (Vasconcelos et al., 2001).

No ambiente escolar observou-se o precioso papel do professor como alguém com quem os alunos têm mais intimidade e por isso goza de maior confiança e atenção por parte de algumas adolescentes entrevistadas:

*A professora de geografia falava que era pra gente escová muito os dente, duas, três vezes por dia... Ela falava que tinha muita menina bonita com a boca feia, aí eu fiquei cismada que era comigo e passei a escová mais. (D.J., 18 anos, grávida)*

*O rapaz, o dentista que foi lá na escola, falou assim que era muito bom ir no dentista, que eles tratavam da gente com o maior cuidado. Aí, eu falei comigo mesma, ah, vou lá perguntá minha professora de português, ela chamava Sílvia. E ela falou assim que era bom mesmo, ela é entendida né? Os professô tudo, aí foi que eu resolvi ir no dentista. (G.C., 12 anos, grávida).*

A importância da educação e prevenção para a manutenção da saúde bucal torna fundamental o papel dos professores na divulgação dos conceitos relacionados à promoção de saúde. Porém, o que se constata, é que os conhecimentos dos professores acerca das questões referentes à saúde bucal são muito próximos do senso comum; merecendo um enfoque especial já que são também formadores de hábitos e comportamentos saudáveis para as crianças (Matta et al., 2001a).

Segundo Narvai (1994), desde 1971, com a “Lei da Educação”, Lei Federal 5.692, de 11/08/71, a Prefeitura de Belo Horizonte instalou atendimento odontológico nas escolas e, em 1975, a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte implementou, junto ao Sistema Incremental, um programa preventivo incorporado ao atendimento clínico, constando basicamente de palestras sobre educação para saúde, iniciando, assim, projetos para promoção da saúde bucal.

A escola é ainda hoje considerada um espaço importante para a promoção em saúde bucal, já que as crianças passam grande parte de seu tempo neste ambiente, como lembraram Vasconcelos et al. (2002). Entretanto, deve-se levar em consideração as expectativas dos alunos para que esses programas sejam adequados à realidade vigente.

Chapman et al. (1974) entrevistaram 303 gestantes no Reino Unido e verificaram que a escola representou a fonte de informação para 23% das entrevistadas. Os dentistas representaram apenas 14% da origem dos conhecimentos em saúde bucal daquelas entrevistadas. Neste estudo, o papel dos cirurgiões-dentistas dentro da multiplicidade dos meios de educação em saúde bucal foi de confirmar as informações apreendidas nos outros ambientes como na mídia:

*Eu escuto sempre alguma coisa de cuidar dos dentes e da boca na televisão. Muitos jornal fala, mais ainda fala na escola, na minha casa*

*também minha mãe fala. As coisa que os outro fala é bom, mas eu gosto sempre de perguntar pro dentista se é verdade (K.R., 16 anos, grávida).*

### **5.3.2 A odontologia em si e a odontologia para si**

Parafrazeando Alves (2000), diz-se “em si” para designar tudo aquilo que é o que é, desprovido de consciência. E “para si” a maneira como o objeto é representado pela consciência do sujeito. Dessa forma, esta categoria englobou as falas que expressaram as subcategorias ou itens que trataram dos discursos sobre a representação da atenção odontológica por estas jovens, sobre os medos do tratamento odontológico e suas origens e dos motivos para se procurar ou não atenção odontológica.

#### **5.3.2.1 A representação da atenção odontológica**

O papel do dentista permanece como uma função restauradora curativa.

*O dentista é que trata bem dos dente, não deixa doer. Eu faço o que eu posso, mas o dentista é que sabe o que é bom para os dentes, por isso não tem problema fazê tratamento nem na gravidez. (A.M., 16 anos, grávida).*

*O dentista é o único que pode cuidar direito da saúde da boca das pessoa! Pra ter dente bom! ...Eu só consigo escovar os dente, mas sozinha não dá para ter dente bom, eu não sei porque, mas tem que ir no dentista! (R.C., 17 anos, não grávida).*

Blinkhorn (1981) salientou que a falta de informações influencia a conduta das pessoas com relação à saúde bucal. Estudando a percepção em saúde bucal de 33 gestantes, de 20 a 30 anos, em Belo Horizonte-MG, Matta et al. (2001) observaram que a falta de orientação foi o motivo mais alegado, pelas gestantes daquele estudo, para que não procurassem atenção odontológica na gravidez.

A fala de A.M. (16 anos) demonstrou que a adolescente tem consciência de que não sabe o suficiente para ser capaz de cuidar por completo de sua saúde. Também R.C. (17 anos) demonstrou não saber bem por que, mas numa atitude passiva aceita a submissão perante o dentista, detentor do poder. Este é o modelo antigo mas ainda dominante da relação paciente-profissional. Minayo (1989) lembrou que as concepções do indivíduo se constroem em relação ao seu meio e posição na sociedade. Essa imagem surge como reflexo da realidade objetiva de cada indivíduo, é construída através da vivência do cotidiano e de reinterpretações do discurso do profissional. Bernd et al.

(1992) acrescentaram que, assim, a maneira como os indivíduos pensam ou agem é determinada histórica e culturalmente.

A passividade das pessoas com relação à própria saúde bucal encontra explicação também no campo da retórica (Carneiro, 2001). Na percepção de muitas pessoas ou grupos sociais, a cidadania não é posta como um valor a ser conquistado. Em decorrência disto, pode-se afirmar que grande parte das pessoas é passiva, esperando a normalização de suas vidas e que a solução de seus problemas venha sempre da parte dos dirigentes. Por isto, talvez, ainda lhes falte a consciência de que podem ser ativas.

Por outro ângulo, a visão fragmentada do conhecimento, embora necessária ao conhecimento científico-tecnológico, contribui para que o profissional de saúde muitas vezes não perceba a dimensão social do seu fazer, perdendo a noção de conjunto da situação-problema. Não se percebe, assim, a doença, como uma forma de mensagem social, posicionando-se como mero executor de tarefas técnicas (Gomes, 1999).

### **5.3.2.2 Os medos e suas origens**

A falta de um *rapport* entre o paciente e o profissional, com uma linguagem clara e acessível, também dificulta o engajamento da população nos programas de promoção de saúde, além de constituir origem de receios quanto à atenção odontológica. Boltanski (1979), interpretando o modo como se produz o discurso popular, lembrou que, para construir o discurso, as classes populares selecionam os termos que têm sentido e os juntam num todo que tenha coerência para elas. Assim, neste estudo constatou-se que uma das origens dos medos em odontologia, expressos nas entrevistas, relacionou-se à falta de compreensão dos objetivos da intervenção, propiciado por um discurso extremamente técnico do profissional.

*Eu tenho pavor de chegar lá no dentista, eles vai falando complicado, uns negócio de estomatite, aí ocê pensa que tem alguma coisa grave... deve de ter mesmo, mas eu num sei nem quero sabê deles (J.V., 17 anos, não grávida).*

Geralmente, o profissional de saúde não sabe comunicar-se adequadamente com a população. Devido à sua formação cientificista, tende a desconsiderar o saber popular. Privilegia o conhecimento biológico em detrimento do social. Tal atitude dificulta a integração entre a teoria aprendida e a prática que se faz necessária (Gomes, 1999).

Notou-se que o receio em procurar atenção odontológica estava bastante presente nos dois grupos de adolescentes, e a única causa que não foi comum aos dois grupos foi a correlação da figura do dentista à do obstetra conforme expresso na fala:

*Tenho medo de médico, da boca e do que tira o neném, ai meu Deus! (L.S., 15 anos, grávida).*

Maldonado (1986) lembrou que a aproximação do parto representa uma angústia para a gestante, podendo levá-la ao *stress*, intolerância ou extenuação psíquica. Assim, a relação de intolerância em relação a qualquer profissional de saúde, bem como ao cirurgião-dentista, poderia ser esperada no grupo de adolescentes grávidas.

Outra origem dos medos com relação ao tratamento odontológico, citada pelas adolescentes de ambos os grupos, foi o aspecto dos instrumentais odontológicos, além da falta de informação à paciente da função dos instrumentais.

*Eu tinha medo de dentista sim, porque os médico falavam que vão abrir nossa boca, enfiar umas coisa lá dentro, eles falam uns nome estranho é... bisturi, são coisas enormes, sei lá fiquei apavorada, deles tentá abrí minha boca com força, machucá minha boca, colocá tudo pra fora... Tive muito medo (M.S., 13 anos, não grávida).*

*... Dentista é bom para sua saúde mas é ruim de ir, eu não gosto não. Sei lá, acho que tenho medo. É aquelas máquina, pelo amor de Deus! (S.A., 13 anos, grávida).*

Resende (1994) lembrou que historicamente, a prática odontológica era primitiva e rudimentar e usada, inclusive, como forma de penalidade e tortura para quem transgredisse as leis. Assim, o autor lembrou que profissional de saúde deve ter atenção na forma de manipular estes instrumentais. Cruz et al. (1997) também observaram que o tamanho e forma dos instrumentais foram citados como uma origem do medo de dentista. Estes autores desenvolveram um estudo qualitativo em Belo Horizonte, com 40 pacientes jovens (20 a 30 anos) e 40 pacientes mais velhos (acima de 50 anos). O medo foi associado principalmente à agulha e ao motor.

A influência da opinião de terceiros foi vista e sentida como fator dificultador no engajamento em ações de manutenção e promoção de saúde bucal:

*... sei lá, dizem que lá é ruim, que eles têm uma máquina de fazer doer que eles colocam no dente, assim a menina lá perto de casa falou. (A.F., 14 anos, não grávida).*

*Tem também é que tirá da cabeça do povo essa idéia de que dentista é chato. Todo mundo fala isso, ah, dentista é ruim, dá medo. Muita gente tem medo de dentista, isso é de família, aí não vai né ? (A.R., 15 anos, grávida).*

Os trabalhos de Pride (1991) e Cruz et al. (1997) encontraram resultados semelhantes, onde o medo foi influenciado por expectativas de outros, como amigos e parentes. Pride (1991) lembrou que o medo é assimilado de uma maneira natural, até mesmo inconsciente, as pessoas apresentam um condicionamento/aprendizagem de sentir medo. Kern (1997) ressaltou que a representação do tratamento odontológico se fundamenta no vivido e se estabelece nas relações sociais, no concreto da vida social. Giglio e Guedes-Pinto (1998) lembraram ainda que esses medos podem também ter origem direta, fruto de uma experiência desagradável anterior, ou indiretas, quando o consultório lembra ambientes semelhantes onde ocorreram situações de medo.

### **5.3.2.3 Os motivos de se procurar o dentista**

O discurso predominante dos motivos de se procurar o dentista concentra-se nas dores e emergências, em ambos os grupos entrevistados.

*Eu vou só quando tá doendo mesmo, eu corro, mas se tá doendo o cabeção eu vou. (L.S., 17 anos, não grávida).*

*procurá o dentista eu não fui não porque isso é quando o dente tá doendo, tá furado. (A.P., 17 anos, não grávida).*

*Ía ser bom ter um dentista só pra nós né, eu ía poder vim toda hora cuidar dos dente. Mas eu ía vim só quando eu precisasse, pra dá limpeza e biturá né, pra dá pra todo mundo. Se num precisasse num ía vim não. (A.E., 16 anos, grávida).*

Boltanski (1984) lembrou que a percepção de dor varia conforme o grupo social. É também determinada pela oferta e capacidade de consumo. Por isso, a percepção de dor como doença grave é mais comum nas classes mais altas. Ferreira (1994) ressaltou que dor é o relato mais freqüente associado à doença; existe uma íntima relação entre a experiência de dor e o reconhecimento de um estado mórbido, até mesmo pela raiz etimológica comum advinda do latim *dolor* e *dolentia*. Por isso, a dor causa um sentimento de aversão, o que a faz surgir como o mais comum e elementar dos sintomas das consultas de saúde.

A estética foi a outra causa mencionada para se procurar o dentista.

*O dentista não deixa o dente ficar torto, ele ensina a escovação certa e passar o fio para os dentes ficarem clarinhos, branquinhos e certinhos, bom pra rí! (L.S., 17 anos, não grávida).*

*Tem que ir no dentista para ter dentes, faz parte do ser humano, tem que ter dente mais pela vaidade né? Perdê dente da frente, já pensou? Atrás pode caí TU-DO! Mas na frente não vem não. (R.M., 14 anos, grávida).*

O sorriso representa saúde e a harmonia dentária é sinônimo de beleza e felicidade, assim, o motivo mais atraente para os cuidados com os dentes é a estética. (Ruel-Kellermann, 1984). Apesar de só a estética ter sido citada, Ruel-Kellermann (1984) lembrou ainda que fatores psicossociais também motivam o ser humano a desejarem seus dentes na boca, pela função que estes exercem: a mastigação e uma boa digestão, uma boa dicção e uma comunicação agradável.

Goffman (1980) explicou que a convivência no mundo coloca os sujeitos sempre face a face com os outros participantes. Para o autor, o termo face remete a *self*, ou seja, um valor social positivo que uma pessoa reclama para si através do delineamento aprovado pela sociedade. Assim, Ruel-Kellermann (1984) ressaltou que a perda dos dentes anteriores é percebida de maneira mais dramática que os posteriores; havendo uma sensação de castração e deficiência.

Os dentes são importantes para a identidade e para a integridade egóica das pessoas. Wolf (1998) observou que a boca, os dentes, o sorriso e a mordida adquiriam um lugar de auto-referência e critério de aceitação social das dez pessoas entrevistadas individualmente e 18 entrevistadas através de formulário com 34 questões. Todos os participantes eram de classe econômica média, residentes em São Paulo-SP.

A auto-imagem é muito importante, pois a primeira representação unificada que o sujeito tem de si é a imagem corporal. O corpo é um objeto observado, estudado e controlado, segundo o interesse de um desempenho que esteja à altura da imagem da pessoa (Wolf, 1998).

#### **5.3.2.4 Os motivos para não se procurar o dentista**

Dentre os motivos para não se procurar o dentista, as adolescentes grávidas entrevistadas não acreditavam que a gravidez fosse uma barreira ou empecilho à

atenção odontológica, embora obedecessem às mães, quando estas diziam que a atenção odontológica na gravidez podia fazer algum tipo de mal.

*Tinha vontade de ir no dentista, mas não procuro dentista grávida porque minha mãe fala e a gente fica cismada (A.D., 17 anos, grávida).*

*A ida no dentista na gravidez é normal, é como de uma outra vez. Pra manter aquele negócio né, pra ver se tá tudo certinho, é aquela regulagem né? De 6 em 6 meses. (A.A., 18 anos, grávida).*

*Eles falam que mulher grávida não pode ir no dentista, minhas tia e minha mãe falaram isso. Porque dava um efeito errado no neném ou podiam fazer coisa errada na nossa boca que depois que nascesse agente ia ver que não era do dente, era do menino, falam um monte de coisa, mas eu vou, elas não sabem de nada!. (S.B., 15 anos, grávida).*

A literatura revela haver receios e tabus sobre a atenção odontológica na gravidez. Menino & Bijella (1995) constataram a partir das entrevistas com 150 gestantes de Baurú-SP, com idades entre 13 e 44 anos, que 20% referiram-se ao medo de que o tratamento odontológico na gravidez prejudicasse o bebê. Oliveira Jr. et al. (1997) observaram um receio de 42% das 115 gestantes de classe média e alta entrevistadas em Araraquara-SP, de que a atenção odontológica neste período prejudicasse o desenvolvimento do feto. Vieira et al. (1998) constataram que a principal dúvida das gestantes que recorreram ao Serviço de Informação Teratogênica do Rio de Janeiro foi sobre os riscos para o feto caso a mãe se submetesse a um tratamento odontológico.

Entretanto, as participantes grávidas do estudo não demonstraram receios quanto a atenção odontológica durante a gestação. A grande necessidade de tratamento apresentada pelas adolescentes pode ser uma justificativa para estes resultados. A idade contestadora em que estão vivendo (Aberastury & Knobel, 1985) ou o maior acesso a campanhas de prevenção em saúde bucal (Werneck, 1994) podem interferir no resultado obtido que difere de outros estudos onde as entrevistadas não eram apenas jovens.

Liefde (1984) relatou que a maioria das gestantes da Austrália e Nova Zelândia não se sentiam estimuladas ao tratamento odontológico por considerarem que este, poderia fornecer poucos resultados visíveis para a maioria daquelas.

A maioria das gestantes não procurou o dentista, mas as justificativas não envolveram a gravidez como empecilho à busca da atenção odontológica. Em ambos os

grupos, a “preguiça” foi apontada como motivo para não se procurar atenção em saúde bucal:

*Vontade eu até tenho de ir no dentista pra ele cuidar direito da minha boca, mas quando começa assim, eu vou e aí fico com preguiça e aí paro, é... é isso! Não tenho medo de dentista não, é preguiça! (R.S., 15 anos, grávida).*

*Já pensei né, em ir no dentista, mas não dava. Me dava preguiça de procurar e eu não sabia como falar né, como conversar com as pessoas. Hoje minha irmã me chamou, pegou o papelzinho pra mim vir aqui em você (Posto de Saúde). Nunca fui no dentista porque sei lá, eu não gosto de ir num lugar assim sozinha não. (M.E., 15 anos, não grávida).*

Com relação a este fato, Coutinho (2000) lembrou que a fadiga crônica é uma manifestação freqüente nesta faixa etária, resultante de fatores estressores próprios da adolescência. As mudanças corporais, a definição do papel sexual e os conflitos de relacionamento levam também a estes tipos de desajustes psicossomáticos.

Ainda sobre a “preguiça” expressa no conteúdo das entrevistas, pode-se considerá-la como uma forma de desajuste à sociedade, não sabendo o adolescente, muitas vezes, como resolver as questões do mundo adulto. Uchôa (1976) lembrou que na adolescência os jovens passam por uma crise pessoal relativa à transição da fase de dependência para a independência e por isso, apresentam controles incertos de sua força de ação, precisando e desejando, às vezes, da autoridade e controle dos pais. Esta característica ficou explícita na fala de M.E. (15 anos) “... e eu não sabia como falar né, como conversar com as pessoas”. Esta foi uma segunda justificativa da adolescente para não ter procurado atenção odontológica.

Quando se analisa a terceira parte da fala de M.E. (15 anos) “... Nunca fui no dentista porque sei lá, eu não gosto de ir num lugar assim sozinha não ...” fica explícita uma característica comum da adolescência e que merece ser levada em conta. A tendência grupal, ou seja, o comportamento de se manter em grupos, descrito por Aberastury & Knobel (1985), como forma de identificação humana já que passa por uma fase de contradições. Assim poderá sentir seu mundo mais fortificado. Com isso, deve-se levar em conta a abordagem em grupo para as campanhas de saúde bucal, pois este fator pode ser considerado um incentivo para o sucesso de programas em saúde bucal.

A falta de informação e a prioridade secundária com relação à saúde bucal também foram citadas como empecilho para que as adolescentes grávidas procurassem atenção odontológica durante a gravidez:

*Eu achava que era assim, as muié grávida não vinha no dentista porque eu nunca ví nenhuma vim no dentista, mas isso não é comentado sabe? Se fosse algum dentista assim que falasse que era pra eu ir no dentista no pré natal eu ía (A.R., 15 anos, grávida).*

*eu tava pensando em ir no dentista mas depois da gravidez. Porque agora é muita consulta, exame, tem a escola também e não ia dar tempo. (G.C., 12 anos, grávida).*

*... limpando os ouvidos, tomando banho, arranjando o cabelo, as unha, ficando limpinha, com roupa limpa, é isso, assim eu fico com saúde (L.E., 15 anos, não grávida).*

Du Gas (1984), discorrendo sobre as necessidades humanas básicas, lembrou que as pessoas têm as mesmas necessidades durante toda a vida. Contudo, a natureza destas necessidades e sua importância relativa para o bem-estar individual variam com o estágio de desenvolvimento físico e psicossocial. Assim, apesar da adolescente G.C. (12 anos) apresentar necessidades de tratamento odontológico, sua fala não revela preocupação a este respeito. De acordo com o discurso da adolescente, naquele momento outras necessidades são mais prementes.

Observou-se que a atenção odontológica não foi prioridade em saúde para as adolescentes do estudo. Serrano & Delano (1969) também identificaram a indiferença de mulheres grávidas, a não ser na presença de dor, aos aspectos preventivos e de reparação dos problemas bucais existentes.

A teoria de Maslow, citada por Eyer & Bernocchi (1993), definiu as necessidades básicas hierarquicamente em 5 níveis: necessidades fisiológicas, necessidade de segurança, necessidade de amor, de consideração e de auto-realização.

Assim, Buss (2000) e Gaudereto (2001) lembraram que os fatores comportamentais e hábitos em saúde estão relacionados à qualidade de vida, incluindo o padrão de alimentação, nutrição, habitação e saneamento. Como as adolescentes deste estudo pertencem principalmente às classes C e D, segundo o critério de Classificação Econômica Brasil (1996), com média de renda mensal familiar variando de 478 a 253 reais, observou-se na fala de algumas adolescentes que, quando existem necessidades materiais básicas, a saúde bucal não é prioridade:

*Ir no dentista eu acho beleza, o povo vão, mas eu não vou não. Porque não tenho dinheiro, tem vez que eu penso, gastar dinheiro com dente? É um absurdo, tem outras coisa! (E.M., 18 anos, não grávida).*

Rocha (1993) também constatou que a busca de atenção odontológica não era prioridade entre as 304 gestantes de um distrito sanitário em Salvador-Bahia. Menino & Bijella (1995) verificaram que, dentre as 150 gestantes cadastradas em um núcleo de saúde de Baurú, com idade entre 13 e 44 anos, a procura por tratamento odontológico não foi prioridade. Alves (2000) encontrou uma importância secundária referente à saúde bucal entre as adolescentes grávidas colaboradoras daquele estudo realizado no Rio de Janeiro-RJ. As jovens deram ênfase maior aos desejos de se conseguir independência financeira, liberdade, paz, amor e contato com a natureza, enfim uma vida tranqüila. Aquele grupo teve a percepção ainda que inconsciente do que é importante para se ter saúde bucal; entretanto não pareceu fazer parte do universo das entrevistadas, pois só foram apontados nos mapas falantes da “saúde que gostariam de ter” e não na saúde que tinham.

Em contrapartida, Rogers (1991) entrevistando 500 mães até 3 dias pós parto em um hospital-maternidade em Birmingham-Reino Unido, observou que apenas 5% daquelas mulheres disseram ter “esquecido” da atenção odontológica na gravidez. No Brasil, o estudo feito por Oliveira Jr. et al. (1997) com 115 gestantes das classes média e alta de Araraquara-SP, revelou um alto grau de interesse em saúde bucal pelas entrevistadas.

A falta de programas públicos em saúde bucal pode favorecer para que a manutenção da saúde bucal seja deixada para segundo plano. As idéias sobre promoção em saúde bucal no sistema público de saúde são recentes, contribuindo assim para o pouco desenvolvimento neste campo de ação. No Brasil, a filosofia da odontologia preventiva vigorou a partir dos anos sessenta, por meios de seminários com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Associação Latino-Americana de Odontologia (Narvai, 1994). Em Belo Horizonte, o início de programas voltados a desenvolver no paciente a capacidade da manutenção de sua saúde bucal só iniciaram-se em 1975, junto ao programa do Sistema Incremental nas escolas municipais. Após a VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, que combateu a pluralidade administrativa para programas em saúde, passaram a ser distribuídos, em 1987,

comprimidos de flúor, cremes e escovas dentais nas escolas como forma de maior cobertura para prevenção em saúde bucal. Entretanto, a odontologia não saiu de sua passividade para tratar das respostas às necessidades específicas dos grupos populacionais, como ressaltou Garrafa (1983). Assim as pessoas não têm consciência do potencial individual para a manutenção da saúde bucal.

A falta de acesso foi uma justificativa bastante freqüente para as adolescentes de ambos os grupos não procurarem atenção odontológica restauradora ou preventiva.

*Eu não vou no dentista porque agora tá difícil, a gente dorme na fila pra conseguir e eu não posso. (R.M., 17 anos, grávida).*

*... eu vim aqui pra tentá marcar mas não consegui, falou que só consegue de manhã. Mas eu acordo 6 horas pra ir trabalhar. Não tenho medo de dentista porque vou desde novinha, tenho é ninguém pra vim aqui de manhã marcá pra mim. (L.S., 17 anos, não grávida).*

A dificuldade de acesso ao serviço público de saúde é uma realidade e um desafio a ser enfrentado pelo governo. Em 28 de dezembro de 2000, o governo criou um novo incentivo para programas de saúde bucal, que garantiu o financiamento a ações de odontologia no Programa Federal denominado Programa Saúde da Família (PSF). Este programa visa reorganizar as ações básicas em saúde bucal com o objetivo de se cumprir uma meta de prestar assistência odontológica a 55% da população brasileira em 2001-2002. Entretanto, segundo os dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS), somente 12,78% da população brasileira teve acesso às ações de saúde bucal (Whestphal, 2000). Em Belo Horizonte, até fevereiro de 2002, a atenção em saúde bucal vinculada ao PSF ainda não havia sido implantada.

A dificuldade financeira limitou a procura por atenção odontológica particular em programas para manutenção da saúde bucal.

*eu já tentei várias vezes vir aqui no posto, mas não tem jeito, não tem vaga! Particulá não posso ir ... eles fala aí agora na propaganda que tem que usar uns produto novo, mas eu não tenho condição de comprar! Tem vez que minha mãe compra e não compra pasta de dente. Agora eu tô comprando e pondo lá, mas o problema é meu irmão, ele sempre acaba, consome tudo as pasta de dente que a gente compra e o dinheiro acabou, tem jeito de cuidar dos dente assim? (D.J., 18 anos, grávida).*

*O governo pode pagar, mas igual esse negócio (tratamento ortodôntico) meu aqui, o governo não paga pra mim tratá. Eu vou até mandar uma carta pro Ratinho, sabia? Só que pra eu querê cuidá eles tem primeiro*

*que arrumá pra tê jeito deu lavá eles (os dentes) e aí ter mais capricho!... A última vez que eu fui ele só colocou fez essa obturação e não continuou o tratamento. Porque lá era um posto de saúde, aí o dentista ía, você marcava lá sua ficha, aí ele resolvia seu problema. aí depois ele tinha que cuidá das outras pessoas...Na escola, por parte da prefeitura, eu já tinha passado da idade. (K.N., 18 anos, não grávida).*

A grande maioria das entrevistadas abordou as atitudes dos dentistas na relação paciente-profissional como fator de interferência negativa na procura pela atenção odontológica:

*Eu não acho muito legal ir no dentista não. Tem dentista que não é educado. Então não vale nem a pena você ir de manhã no dentista. São grosso sabe? Não sabe conversar com as pessoas. Então eu não animo ir no dentista não. (A.E., 16 anos, grávida).*

*É pra ir no dentista eu até vou, mas o dentista podia ter uma cara aberta, não ter cara fechada, ter uma mão leve pra também não ficar machucando lá, Deus me livre! (F.C., 16 anos, não grávida).*

Entretanto, há também entrevistadas que têm boa relação com o cirurgião dentista.

*... eu acho bom ir no dentista, porque sempre quando eu vou eles falam que meus dente tão ótimos! Aí eu fico mais elogiada. Não tenho medo nenhum porque sempre que eu vou é pra eles falá bem de mim, não é pra fazê obturação. (F.N., 18 anos, não grávida).*

Cruz et al. (1997) também encontraram discursos semelhantes, onde os entrevistados ressaltaram que a personalidade e atitude do dentista frente ao paciente podia afastar ou estimular a busca pela atenção odontológica. Gerbert (1994) destacou que há um consenso na literatura, que os componentes relativos à personalidade e atitude do dentista, frente ao paciente, juntamente com a competência profissional, são os fatores mais importantes para o sucesso dos programas de atenção odontológica.

Constatou-se, através do discurso das adolescentes, que as expectativas de tratamento não correspondidas exercem um efeito negativo para a busca da atenção odontológica:

*Eu fui no dentista porque tava doendo muito, fui ver se arrancava o dente mas ganhei foi a dipirona. De outra veis eu nunca voltei não. (S.E., 16 anos, não grávida).*

Todo homem é um objeto de saber, como lembrou Foucault (1984). Não é uma tábula rasa. Faz suas interpretações e avaliações que merecem ser consideradas na

atenção em saúde bucal. Kern (1997) lembrou que a representação do tratamento bucal para a pessoa não é algo imaginário. Fundamenta-se no cotidiano e no concreto da vida. Particularmente na adolescência, há o desejo de soluções rápidas e definitivas e o profissional de saúde precisa estar atento a estes anseios, caso contrário pode gerar um afastamento do paciente dos consultórios e comprometer os programas de manutenção e prevenção em saúde bucal.

### 5.3.3 Saúde bucal: saberes e cuidados

Considerando o tema Saúde Bucal, os conceitos sobre saúde, o interesse pelo tema, os relatos do impacto da gravidez na condição de saúde bucal e os meios de lidar com a saúde e doença bucal, próprios da cultura do grupo, foram alocados em uma categoria específica denominada neste estudo como “Saúde bucal: saberes e cuidados”.

Em ambos os grupos, os conceitos sobre saúde bucal que ficaram explícitos, através das entrevistas, não apresentaram relação com a saúde geral. Ou seja, através das falas notamos que saúde está relacionado a força de trabalho e a boca só é lembrada quando alguma parte dói:

*Para cuidar da minha saúde eu vou no médico regularmente saber como tá meu útero e meu intestino, porque eu tenho intestino preso, boca, é bom ter boca boa, faz você ficar bem consigo mesma. Boca boa é aquela que os dente tá todos perfeitos, tem nenhuma coisa, você tá bem com você própria. Quando fala essa palavra assim, boca saudável, eu acho assim, que a gente tem que cuidar da gengiva, dos lados da língua, os dente, pra ter a gengiva saudável a gente tem que ir no dentista que tem uns negócios que emperram na gengiva da gente e pro dente tem que cuidá pra não pegá tártaro nem pegá esses bichinho que fica no dente. Mas isso é pro cê sentí melhó, porque saúde mesmo se atrapalha você já viu né, num dá nem pra trabaiá em casa! (F.N., 18 anos, não grávida).*

*Às vezes tem um dente estragado, mas isso não é uma boca ruim, se não tiver mau hálito! É difícil sabe, você ver uma boca que não tenha nenhum dente estragado, até que uma carinha alí, a não ser uma boca cheia de cárie e podre aí é que é ruim. O resto não atrapalha a saúde não! (R.M., 17 anos, grávida).*

Minayo (1989) lembrou que, dentro do tipo específico do capitalismo brasileiro, onde o bem-estar social é tão precário, a doença para os trabalhadores significa miséria e fome, pois estes segmentos revestem-se de uma evidência gritante de necessidades materiais. Assim, Ferreira (1994) lembrou que qualquer alteração que interfira na

capacidade do paciente realizar suas tarefas habituais, como trabalhar, implica em se sentir doente.

Observou-se neste estudo, no que diz respeito à percepção da própria saúde bucal, uma evidência na relação entre problemas e sinais e sintomas. Unfer & Saliba (2000) lembraram que as noções de saúde e doença bucal são concebidas por cada indivíduo por critérios próprios, podendo refletir suas experiências anteriores com cuidados dentários ou com expectativas de saúde bucal relativas ao grupo de referência.

O mau hálito foi outro fator relacionado à cavidade bucal, despertando desconforto, apesar de não ser considerado prioridade para as jovens como se observa na transcrição a seguir:

*... eu trato mais meu corpo que minha boca. A boca é a última. Porque quando eu tô apressada assim, tem vez que eu nem escovo os dente sabe? Igual ontem eu fui sair com meu namorado ... aí eu tomei banho, tomei café e fui comprar uma roupa, nem escovei os dente, ficou pra trás, por último né? Eu esqueço demais de escovar os dente, é a pressa né? Por exemplo, não pode deixá de pentiá cabelo porque aparece, a boca você pode chupá uma bala e pronto, não vai ficar com mau hálito. (L.S., 17 anos, não grávida).*

Ter um hálito bom relacionou-se com higiene e não com saúde propriamente dita. Assim, a “limpeza” pode ser colocada em segundo plano nas horas conturbadas, já que a boca não é um espaço muito visível, como relatou L.S. (17 anos).

Wolf (1998) observou que um dos fatores que mais perturbavam os participantes do seu estudo era a possibilidade de ter halitose. O autor concluiu que a boa aparência e a demonstração de cuidados corporais indicam concordância com as normas de boa apresentação e interação social.

A maioria das adolescentes do estudo relatou escovar os dentes diariamente. O interesse pela limpeza dos dentes sempre esteve presente na história do homem, não é uma concepção recente. Desde os primórdios os homens sempre encontraram algum motivo para limpar seus dentes (Martins, 1993).

*Escová ... eu sei que eu acordo e escovo o dente, depois do almoço eu escovo e só, acabou. Não cuido da boca, só ando limpa só, faço unha. Tomo mais é banho, ponho roupa limpa, minha boca eu só escovo ela só (V.A., 15 anos, grávida).*

Observou-se, nas falas das entrevistadas, que sempre se referiam a “só” escovar

os dentes. Esta partícula “só” remete à idéia da necessidade de algo mais para a manutenção da saúde bucal. Assim, para efetivamente oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para que tenham comportamentos saudáveis sob o ponto de vista da manutenção da saúde bucal, é necessário trabalhar “com” as pessoas, valorizando-as como seres humanos, ao invés de trabalhar “sobre” as pessoas, impondo condutas ou padrões comportamentais (Carneiro, 2001). Conhecer a realidade das pessoas é importante para que os programas em saúde bucal sejam efetivos. Como demonstra a fala a seguir, neste estudo a situação econômica das entrevistadas é um fator que impossibilita a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

*Na escola eu compro muito chicletes, muita bala, não agüento ficar sem, porque eu não lancho aqui na escola né, meu dinheiro não dá. Aí eu fico com fome, aí eu chupo bala. Eu saio da minha casa 6 horas e chego onze e meia, eu chupo bala o tempo todo, só assim eu consigo estudar! (S.E., 16 anos, não grávida).*

O conceito de promoção de saúde visa resgatar a importância do ser humano na defesa de sua própria saúde (Fleck, 2000). Entretanto, a abordagem tradicional de educação em saúde, que trabalha com base científica biológica e intervenção comportamental, raramente considera elementos importantes como insuficiência de recursos materiais, sentimentos de impotência, baixa auto-estima e autoconfiança diminuída (Dickson & Abegg, 2000).

Tratando-se dos mitos com relação à alteração da saúde bucal na gravidez, as jovens gestantes que participaram deste estudo relataram ter ouvido que “a gravidez amolece o dente, tira as forças do dente ou os estraga”. Entretanto, surpreendentemente, todas as adolescentes não julgaram que a gravidez tivesse interferido na condição da saúde bucal, independente do mês gestacional, como se pode observar nas falas:

*... antes que eu tava grávida, eu tive muita dor de dente. Inchava tudo aqui assim ó. Já sentia dor de dente antes de ficar grávida. Deve de ser por causa que eu não escovo direito e num vou no dentista! (R.S., 15 anos, grávida).*

*Dente na gravidez estraga só quando toma muito antibiótico. Porque quando a mulhé precisa tomar remédio quando tá esperando menino, aí os dente estraga, mas aí é por causa do remédio. (G.R., 14 anos, grávida).*

Apesar da grande necessidade de tratamento com relação à cárie dentária ou

condição periodontal, constatada em ambos os grupos no exame clínico, algumas adolescentes não manifestaram desejo de procurar atenção odontológica.

*Eu não fui no dentista e nem vou. Se marcá pra mim eu não vou! É bom, mas pra mim não, pros outro! (G.S., 16 anos, não grávida).*

*Igual eu tenho dente estragado né, todo mundo fala que pode transmitir pro neném depois que ele nascer. Eles falam mas eu não acredito muito não, nem minhas amiga. Eles não sabe nada!!! E se eu pudesse escolher eu não ia no dentista mesmo não, porque é ruim demais. (A.M., 16 anos, grávida).*

Sobre os aspectos comportamentais, Jersild (1969) lembrou que na adolescência é comum se ter atitudes contestadoras ou sob a forma de agressividade. Aberastury & Knobel (1985) lembraram que estas atitudes representam uma forma de disfarçar os medos referentes à incapacidade de se relacionar devido ao período de angústias pelas quais estão passando.

Sobre os determinantes de comportamentos e atitudes em saúde bucal dos adolescentes, Freeman (1999) lembrou da grande interferência dos amigos na conduta em saúde bucal deste grupo. O comportamento grupal reflete uma fortificação de seu mundo interno tão afetado por uma fase de conflitos e mudanças (Aberastury & Knobel, 1985).

Giglio & Guedes-Pinto (1998) ainda lembraram da característica própria da adolescência de desvalorização ou abandono do corpo. É uma reação de raiva frente às transformações corporais pouco respeitadas pela sociedade ocidental, em detrimento do uso da intelectualidade. Assim, muitos não aceitam o corpo que têm e, por esta negativa, o trabalho odontológico com adolescentes pode, muitas vezes, ser dificultado (Giglio & Guedes-Pinto, 1998).

A cárie dentária foi a manifestação mais comum sobre alterações bucais reconhecida por todas as adolescentes. Entretanto, não foi percebida como doença em ambos os grupos, na medida em que sua manifestação é comum no meio em que vivem.

*... quase todos nós tem problema de dente, né não? Cárie é uma coisa comum, normal ter. Cárie é uma doença não, porque a gente consegue cuidar e não ter né? Quer dizer sem a preguiça acho que a gente consegue não ter cárie, mas isso eu nunca vi. (L.C., 16 anos, grávida).*

*Eu não coloco assim cárie como uma doença. É uma coisinha de nada*

*que não te prejudica porque é bem pequenininha que a gente não vê. Não atrapalha suas obrigações, não é doença, é tipo uma lagartinha. Mas não é um problema de saúde também, porque pode consertar. (A.C., 16 anos, não grávida).*

Através da análise quantitativa da condição de saúde bucal das entrevistadas, se observa um alto índice CPOD em ambos os grupos de adolescentes do estudo; grávidas e não grávidas. O índice de dentes cariados, dentro do CPOD representou a maior proporção nos dois grupos indicando grande necessidade de tratamento. Entretanto, confrontando as falas das adolescentes, com os dados objetivos do exame clínico, percebe-se que as alterações dentárias não são vistas como doença e, a saúde bucal não é percebida como parte da saúde geral.

Esta crença apresentada pelo senso comum representa um produto do complexo sistema de processamento das campanhas educativas para prevenção e promoção de saúde. É uma maneira de resposta emocional para que não se sintam fracas ou impotentes diante de um quadro para elas inevitável. Keller & Tróccoli (1991) explicaram este sistema de interpretação psicológica comparando às respostas emocionais para a dor de cabeça: se uma dor de cabeça é interpretada como gripe, provoca muito menos dano que se for interpretada como um tumor cerebral. Ou seja, pode ser visto como um mecanismo de defesa, onde o psicológico engloba respostas emocionais para lidar com a própria emoção (Keller & Tróccoli, 1991).

Nas classes sócio-econômicas mais baixas, a doença é percebida pelo grupo quando interfere em sua força de trabalho (Boltanski, 1984). O corpo é pensado, representado e passível de leituras diferenciadas de acordo com o contexto social no qual está inserido. Assim, a noção de saúde é uma construção social, o indivíduo é doente segundo a classificação de seu meio social e de acordo com os critérios e modalidades que ele fixa (Ferreira, 1994).

Barbosa & Chelotti (1997), avaliando o conhecimento de aspectos relacionados à saúde bucal, com 501 mães e gestantes de classe média-alta de São Paulo-SP, observaram, como neste estudo, que a doença cárie foi mais conhecida que sua prevenção. Concluíram que este fato pode ser devido ao tipo de odontologia predominante que dá mais ênfase aos procedimentos restauradores em detrimento das ações de promoção de saúde. Unfer e Saliba (2000) encontraram resultados semelhantes

observando que a cárie e dor de dente foram os problemas dentários mais reconhecidos pelos 398 participantes do estudo, todos usuários de serviços públicos de Santa Maria-RS.

Há uma cultura popular da qual fazem parte os cuidados com os dentes. Observa-se que na cultura deste grupo, há condutas estabelecidas com relação aos meios de se prevenir incômodos na boca e o que fazer em caso de dor.

*Bochechar com bicarbonato tira o sujo do dente. Porque a escovação não pode ser muito rígida não para não tirar a cerinha do dente. E tem que ir de vez em quando no dentista né? Pra biturá os dente, porque uma vez biturados não precisam mais ser tratados. Mas tem que biturá antes, porque a falta de tratamento faz o dente cariar e derreter! (P.E., 15 anos, não grávida).*

*Dipirona no dente passa a dor. O álcool com água quente alivia mas só por um tempo a dor de dente, banhar com água e sal também! A Criolina acaba com a dor de dente mas quebra o dente porque intochica. (P.S., 16 anos, não grávida).*

*Pasta de dente no buraco do dente é bom porque esteriliza o dente. Para aliviar um pouco a dor de dente é bom passar anestesiol e dipirona, ou então novalgina, ou pingar querosene no dente, e é bom também colocar gelo. (A.M., 16 anos, grávida).*

Quanto à fala de P.E. (15 anos) com relação ao bicarbonato, nota-se uma confusão com relação à interpretação de discursos científicos que relacionam o bicarbonato como auxílio na limpeza dos dentes devido à sua abrasividade. Água morna e sal ajudam para a drenagem de abscessos e foi citada por P.S. (16 anos) para o alívio temporário da dor de dente. Com relação à interpretação e reprodução dos discursos médicos pelas classes populares, Boltanski (1984) lembrou que estas nunca estão livres de subentendidos. A interpretação dos conselhos com relação às condutas em saúde, se fundamenta no vivido, no cotidiano, no concreto da vida social. Assim, Boltanski (1984) lembrou que a cultura popular cria seus meios de manter a capacidade produtiva, considerada o conceito de saúde. Baseado neste argumento de Boltanski (1984) pode-se observar que no grupo de adolescentes deste estudo também existem condutas estabelecidas para o alívio e prevenção da dor de dente.

A perda dos dentes não foi relacionada à doença. Observou-se, também, que diante das dificuldades financeiras a extração foi considerada uma solução:

*... arrancá dente é legal. Porque tipo assim, a menina tá com dente*

*estragado, ficá com o dente estragado o cara não vai gostar né? Vai ter que arrancar, aí se arrancar, tudo bem! Aí fica mais bonito o sorriso da pessoa. Dente na frente arrancado fica mais feio né? Porque atrás ninguém vai ver, na frente todo mundo vai ver, mas estragado é pior, é sujo ... Mas aí eles vai rí da gente né, vai falá, nó que palhaça, tá com o dente da frente arrancado. Mas depois acostuma. (K.N., 18 anos, não grávida).*

*Eu arranquei e achei melhor tirar do que espalhar pra boca toda, mas a gente não acostuma viver sem dente, e olha que é atrás, imagina viver sem dente na frente, você vai rir e fica aquele trem. (V.C., 15 anos, não grávida).*

Observou-se, também, a crença de que a perda dos dentes é inevitável em algum momento da vida:

*Tem jeito de uma pessoa ter uma boca boa sempre, sem problema nenhum não. Um dia vai acabá .Quando ocê tivé véio você não vai ter dente, porque os velhos tudo não tem dente, isso é natural, não adianta, a hora chega. (A.D., 17 anos, grávida).*

A consciência da pessoa está voltada a toda uma vivência significativa, construída a partir da representação do mundo vivido (Kern, 1997). A crença de que perder os dentes é inevitável em algum momento da vida, expressa o sentimento de impotência e limites quanto à própria saúde, uma visão de mundo. Entretanto um depoimento foi diferenciado. O fato de conhecer as dificuldades econômicas para a recuperação da saúde bucal, despertou o interesse pela prevenção e valorização da saúde bucal; o ambiente familiar foi determinante para esta atitude.

*O meu irmão, por minha família ser pobre, ele sempre teve essa vontade de correr atrás para aprender. Ele marca dentista pra eu fazê tratamento com flúor, ele que marcou pra mim no começo da gravidez, ele me explica as coisa, que é importante mantê a saúde e não perdê para não precisá pagá caro pra cuidá, aí eu acho muito importante isso por causa dele, por isso eu vim aqui hoje. (A.E., 16 anos, grávida).*

Baric et al. (1974) lembraram da forte influência da família no processo de internalização de rotinas e hábitos. Pordeus (1991), estudando as características intra-familiares, observou que os membros de cada família seguem um “padrão de comportamento em saúde”. Assim, Auad (1999) lembrou que o maior esclarecimento dos adultos interfere em condutas mais favoráveis em saúde bucal no ambiente familiar.

No que se refere a uma conscientização de que os responsáveis podem ajudar na manutenção da saúde bucal das crianças, o grupo revelou uma responsabilização

precoce da própria criança pela manutenção de sua saúde. Apenas para as crianças muito pequenas foi percebida a necessidade da atenção dos pais nos aspectos referentes à manutenção e hábitos em saúde bucal.

*Os menino tem que escová direito, quando é muito pequenininho os pais tem que ajudar né? Até os 5 anos a mãe tem que cuidar, depois ele tem que aprender sozinho! (A.E., 16 anos, grávida).*

O nível sócio-econômico interfere na pouca instrução dos pais em relação às condutas em saúde bucal (Gaudereto et al., 2001). Esta instrução insuficiente teve relação direta com a conduta das 443 adolescentes da Finlândia, participantes dos estudos de Honkala et al. (1983), onde os autores observaram uma correlação positiva entre a frequência de escovação materna, o nível educacional dos pais e os hábitos de escovação daqueles adolescentes. Blinkhorn (1978), em um estudo com 288 mães de crianças inglesas de 2 a 4 anos, observou que 62,9% das participantes acreditavam ser a mãe a principal responsável pela implementação do hábito de escovação. Além disso, foi observada uma relação significativa entre o padrão de visita da mãe ao dentista e o ensino da escovação a seus filhos. Setenta e oito por cento das mães com um padrão regular de visitas, ensinavam pessoalmente a seus filhos, enquanto somente 47% das mães sem um padrão regular realizavam esse procedimento.

Contudo, Blinkhorn (1980), avaliando os fatores que influenciavam a transmissão da rotina de escovação por parte das mães, observou que 62% destas afirmaram que seus filhos tinham capacidade para escovar seus dentes sem assistência materna, por considerarem a escovação uma tarefa simples, requerente de pouca destreza manual. A transmissão do hábito de escovação foi melhor realizada por mães de famílias pequenas, com um padrão próprio de frequência ao dentista. As mães que visitavam regularmente o dentista valorizavam mais as questões relacionadas à saúde bucal. Entretanto, segundo o autor, a classe social e o nível educacional não são barreiras para a educação em saúde bucal.

Sabe-se também que a família, e principalmente a mãe, é a primeira e principal promotora de saúde bucal aos filhos (Gelbert, 1993), assim Honkala et al. (1983) lembraram que é válido o investimento de programas para cuidados e orientação em saúde bucal à toda família. Paunio (1994) observou uma grande redução dos índices de cárie nas crianças da Finlândia após a implementação de um amplo programa de

orientação às gestantes e mães de recém-nascidos em todo país.

A psicanálise retratou bem o processo de socialização primária, responsável pela transmissão dos valores de mãe para filho, ainda que ocorra inconscientemente. É o período onde as crianças imitam ou se identificam com as atitudes e comportamentos dos pais (Freud, 1998). Constata-se assim, que o exemplo e dedicação dos pais com relação à saúde bucal é muito importante para a formação dos mesmos hábitos por seus filhos.

Diversos estudos comprovam a correlação das atitudes dos pais ao comportamento, hábitos de higiene bucal, alimentação saudável e a boa condição de saúde bucal de seus filhos (Kinnby et al., 1991 e 1995; Tsubouschi et al., 1994).

O estabelecimento de práticas saudáveis depende do envolvimento familiar (Blinkhorn, 1981). O interesse e a preocupação demonstrados por grávidas indicam que a intervenção em educação em saúde neste período encontrará uma reação positiva. O modelo de socialização sugere que o comportamento da criança pode ser formado principalmente pela família e, particularmente, pela mãe. Desta forma, Ismail (1999) lembrou que a educação em saúde bucal das gestantes pode resultar na possibilidade de ensino de rotinas de comportamento, durante o período da socialização primária, quando os dentes decíduos estão irrompendo na cavidade bucal.

#### **5.3.4 Função social dos pais**

Outro aspecto que ficou evidente no discurso das entrevistadas foi a questão da responsabilização da mulher nos assuntos relativos à saúde em geral, aos cuidados, educação e prevenção.

O grupo apontou a manutenção da saúde bucal como tarefa das “mães”, existindo uma cobrança social quando as próprias mães falharam em orientá-las sobre o assunto.

Deixaram claro a posição que as mães ocupam como principais agentes de manutenção em saúde bucal dos filhos e que aceitam esse papel social.

Aos homens não foi aplicada qualquer responsabilidade quando se referiam a assuntos de saúde ou educação.

*Os pais deve incentivar os filhos a cuidar da saúde da boca, quer dizer, pais é modo de dizer, é a mãe né? É sempre ela que cuida, o pai é desligado disso. (A.L., 17 anos, grávida).*

*A mãe tem que cuidar da boca do filho, ensiná escová, ajudá escová, levá no dentista, porque a mãe tem paciência e o pai é mais bruto e não tem paciência. (M.S., 13 anos, não grávida).*

*... é a mãe que tem cuidá dos dente dele (do filho) pra ter os dente bom ... O pai também tem que incentivar, falar que é bom, mas cuidar é mais a mãe, porque a mãe convive com o menino o dia inteiro. (J.R., 13 anos, grávida).*

*A mãe tem que tomar conta da saúde do menino. limpá direitinho, levá no dentista, essas coisa assim. Lavá os trem direito, frevê os trem direito. Sabe o que é frevê? Então, frevê os trem direito, não dá trem do chão pro menino, esses trem. A mãe é responsável pela saúde do filho. O pai não né, ele cuida de outras coisa! (J.C., 15 anos, grávida).*

O papel de agente multiplicador de saúde é bem estabelecido como papel feminino na figura da mãe. Trata-se de um processo historicamente construído, onde a luta das mulheres pelo reconhecimento de seus direitos se atrelou à luta pela saúde, conforme descreveu D'Acri et al. (1994).

Estudos sobre a percepção do papel feminino em diversas camadas sociais e em diferentes sociedades conferem à mulher a responsabilidade pela educação e manutenção da saúde de seus filhos (Dibenedetto & Tittle, 1990; Biernart & Wortman, 1991; Wiersma & Van Den Berg, 1991; Rosenfield, 1992; Correia & Mcauliffe, 1999; Blanco & Feldman, 2000).

Na Irlanda, Kinirons & McCabe (1995) observaram que a mãe, em 83,5% dos casos, era a responsável por levar a criança ao dentista, independente de trabalhar fora ou não. Segundo os autores, a mãe é a figura chave nos cuidados com a criança e seu próprio interesse e padrão de visita ao dentista são bons indicadores do estado de saúde bucal da criança pré-escolar.

A emancipação da mulher não desvinculou a responsabilidade feminina na manutenção da saúde dos filhos. Neste estudo percebeu-se, também, a cobrança e o reconhecimento deste papel social da mulher.

*Minha mãe é uma tapada, nunca vigiou. Ela achava que nós vai assim pro banheiro, que a gente escovava, tadinha!!! A minha mãe é que não conversava desses negócio, tinha que falar! (J.C., 15 anos, grávida).*

*... meu dente é fraco, dá cárie a toa porque minha mãe não cuidava direito, então dá muita cárie. (E.R., 15 anos, não grávida).*

A cobrança do papel social feminino na manutenção da saúde bucal dos filhos pode ser interpretada como uma forma de interesse na manutenção da saúde bucal dos futuros filhos. Percebe-se, então, um ambiente propício para esta abordagem em saúde bucal no meio social destas jovens, gestantes ou não. O reconhecimento do papel desempenhado pelas mães serve de exemplo e reforço para condutas positivas em saúde bucal.

*Já, minha mãe, ela mesmo me levou, eu, meu pai e meus irmãos, para o conserto dos dentes sabe? Resolvê os problema. Assim que é, mãe deve vigiar, ..., levar no dentista. Os dentista ajudam muito e ao mesmo tempo ajuda pouco, porque a criança tá é com a mãe desde novinha. O pai a maioria trabalha, fica fora, não tem tempo de cuidar de nada dos filho. (A.F., 14 anos, não grávida).*

## CONCLUSÕES

*Experimente treinar o entusiasmo: Ele se exercita com o trabalho realizado!!!*

Selma Said

## 6 CONCLUSÕES

Através da análise estatística, observou-se que a gravidez interferiu na possibilidade das adolescentes estudarem. Entretanto este fato não representou motivo de preocupação entre as jovens participantes do estudo. Não se pode afirmar contudo, que a gravidez seja o motivo real para o afastamento dos estudos, apesar de também ter sido a justificativa citada pelas jovens nas entrevistas. Não foi observada uma relação entre a condição de trabalhar e o fato de estar grávida. A maioria das adolescentes grávidas (93,3%) e não grávidas (83,3%) não trabalhava fora.

Tratando-se do impacto da gravidez no comportamento em saúde bucal, não foi verificado diferença entre o grupo das gestantes ou não gestantes. Todas as entrevistadas relataram o hábito de escovar os dentes diariamente. A média de consumo de açúcar foi alta em ambos os grupos (8,3 entre as gestantes e 8,9 entre as não gestantes).

A gravidez não foi citada como fator de alteração da saúde bucal ou como obstáculo para a atenção odontológica. Entretanto, foi lembrada como motivo de não se procurar o dentista em obediência à mãe. Em outros depoimentos observou-se uma atitude contestadora, por parte de algumas adolescentes grávidas, com relação à aceitação da crença de que odontologia na gravidez possa prejudicar o feto.

Entretanto a atenção odontológica não foi vista como prioridade pelas entrevistadas. Foram citadas necessidades básicas mais prementes em decorrência do baixo poder aquisitivo das mesmas. Apesar de julgarem que necessitavam de atenção odontológica, 73% das gestantes e 80% das não gestantes não procuraram o dentista nos últimos 12 meses; não houve diferença significativa neste tipo de comportamento entre os 2 grupos. A preguiça, o desânimo em sair sozinha, a falta de informação ou desenvoltura para conversar foram as justificativas para não procurarem o serviço de odontologia apesar de 70% das entrevistadas relatarem o desejo do tratamento odontológico.

As condutas em saúde bucal aceitas pelo senso comum e citadas pelas

adolescentes, referiram-se a meios de se prevenir ou amenizar dores. Esta cultura estabelecida foi citada como decorrente da dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde e da deficiência na relação paciente-profissional. A dificuldade financeira também foi lembrada como fator de interferência na adoção de hábitos saudáveis à saúde bucal.

Diversos meios influenciaram a formação das crenças e condutas em saúde bucal. Os pais e a escola foram os mais citados. Entretanto, a escola também recebeu críticas sobre a imposição dos programas em saúde bucal. As adolescentes também referiram-se ao papel social da mulher e da mãe como responsável pela saúde bucal das crianças à medida em que tem obrigação de escovar os dentes dos filhos quando pequenos, servir de exemplo para esses, oferecer alimentos saudáveis e limpos e levar as crianças ao dentista. A função do dentista baseou-se nas atividades restauradoras para a estética e alívio de sinais e sintomas.

O medo foi um fator relacionado às consultas odontológicas. Suas origens foram em decorrência da falta de compreensão dos objetivos do tratamento dificultada pelo discurso técnico do profissional. O aspecto dos instrumentais odontológicos e a influência da opinião de terceiros também foram citados como barreiras para a busca por atenção odontológica. A associação da figura do obstetra com o dentista foi outra causa de medo citada por adolescentes grávidas.

Com relação a conhecimentos em saúde, a boca não foi incluída como saúde geral. As alterações bucais não foram consideradas doenças porque não interferiram na força de trabalho, além de ter sido ressaltado que para tais alterações há tratamento. Quando tais afecções bucais causavam dor, eram consideradas “problema” mas não doença. O mau hálito foi lembrado como desconforto para a pessoa.

A exodontia foi vista como opção de tratamento pois a perda dos dentes foi considerada inevitável em algum momento da vida. Contudo, a perda dos dentes anteriores foi sentida como fator de interferência para o bom convívio social e para a baixa auto-estima.

A cárie foi a alteração mais freqüente avaliada clinicamente, entretanto não foi concebida como condição objetiva de doença.

Através da avaliação clínica, não foi observada diferença significativa no índice

CPOD do grupo de adolescentes grávidas (5,9) e não grávidas (5,4), apresentando-se alto em ambos. Com relação à saúde periodontal, 90% das participantes necessitavam de orientação e higienização bucal; 50% necessitavam de remoção de cálculo, 20% de curetagem subgengival e apenas 1,66% de intervenção cirúrgica.

Assim, constata-se que intervenções simples em saúde bucal aliadas às expectativas dos usuários, podem contribuir para a manutenção da saúde bucal e qualidade de vida destas adolescentes.

## 7 ABSTRACT

This study examined the oral health of a group of pregnant and non-pregnant adolescents, with same social and economic characteristics and of the same age group. The study also evaluated the adolescents' need for oral treatment to the extent of cavities and periodontal illness. Such evaluation verified whether a difference could be noticed between the oral healths of the two groups. Through the adolescents' perceptions, this study attempted to measure the impact of the pregnancy to their behavior and to their oral health. The data was collected from individual interviews with 60 adolescents (30 pregnant and 30 that had never been pregnant), of ages between 12 and 18 years old. All the adolescents lived in the Sao Jose village, a suburb of Belo Horizonte, MG. The research was based on the qualitative studies principle, with statistics handling of some data on the oral health conditions, obtained through clinical examination. The statistical data was used to complement the information collected. It was verified that there is no difference in the behaviors and beliefs regarding oral health between the two groups. Even though the adolescents seemed concerned about their oral esthetics, dentistry was not a priority. The dentist was remembered only in emergency occasions. The pregnancy was not seen responsible for changes in the oral health, or as a nuisance at the dentist visits. However, high ratio of the adolescents did not visit their dentist in last the 12 months. No statistical differences were noted in the DMFT index between the groups of the pregnant adolescents (5.9) and non-pregnant (5.4), a high value in both groups. The increase on the number of cavities was the change most mentioned, even though the adolescents did not perceive it as illness. As for periodontal needs, simple procedures were needed to address gum bleeding, which was the most common issue verified: 90% of the adolescents. Calculus was observed in 50% of the adolescents, which pocket depth 3.5 - 5.5 mm in 20% and pocket depth >5.5 mm in one individual (1.66%). No statistical differences were noted in regards to this alteration between the two groups. In summary, 90% of the participants needed to learn about oral hygiene and prophylaxis, 50% needed scraping, 20% required curetage under the gum and only 1.66% was submitted to surgery.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 A LUTA, 1916. Pelas publicações - A escravidão social da mulher. A Luta, Pelotas, ano I, n. 2, 19 de fevereiro 1916 *apud* D'ACRI, V. **Os trabalhadores e a questão da saúde 1890-1920**. 1986. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- 2 A SEMANA SOCIAL, 1917. a emancipação da mulher. A Semana Social, Maceió, n. 20, 16 de setembro 1917 *apud* D'ACRI, V.; ALMEIDA, R. O.; SILVA, R. T. B. A luta das mulheres pela saúde. In: AGOSTINI, M.; D'ACRI, V. **Trabalho feminino e saúde**. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1994. cap. 1, p. 13-36.
- 3 AALTONEN, A. S. The frequency of mother infant salivare close contacts and maternal caries activity affect caries occurrence in 4-year-old children. **Proc. Finn. Dent. Soc.**, Finland, v. 87, n. 3, p. 373-382, Mar. 1991.
- 4 AALTONEN, A. S.; TENOVUO, J. Association between mother infant salivary contacts and caries resistance in children: a cohort study. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 16, n. 2, p. 110-116, Mar./Apr. 1994.
- 5 ABDALLA, A. E.; VILLA, R. G.; MORA, O. A. Cuidados com a gestante. **JADA Brasil**, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 78-80, ago. 1999.
- 6 ABERASTURY, A., KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. 92 p.
- 7 ABIPEME/ANEP. Critério de Classificação Econômica – Brasil/ABIPEME/ABA/ ANEP, 1996. Disponível em: <www.anep.org.br>. São Paulo, 1996. p. 1-8.
- 8 AGODI, M. C. Qualitá e quantitá, um falso dilemma. In: CIPOLLA, C.; DE LILLO, A. **Il sociólogo e le sirene**. Milão: Angeli, 1996. p. 106-135.
- 9 AGOSTINI, M.; D'ACRI, V. **Trabalho feminino e saúde**. Rio de janeiro: Panorama Ensp, 1994. 120 p.
- 10 ALALUUSUA, S. et al. Caries related microbiological findings in a group of teenagers and their parents. **Caries Res.**, Copenhagen, v. 23, n. 1, p. 49-54, Jan. 1989.
- 11 ALALUUSUA, S.; REIKONEN, O. V. Streptococcus mutans establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. **Scand. J. Dent. Res.**, Copenhagen, v. 91, n. 6, p. 453-457, Dec. 1983.

- 12 ALVES, M. U. A. **Da saúde bucal em si à saúde bucal para si**: percepções de jovens grávidas de baixa inserção sócio-econômica-cultural. 2000. 138 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- 13 ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- 14 AUAD, S. M. **Cárie dentária**: prevalência e métodos preventivos utilizados por filhos de cirurgiãs-dentistas de Belo Horizonte, na faixa etária de 1 a 5 anos. 1999. 230 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 15 BARATA, R. C. B. A historicidade do conceito de causa. In: ABRASCO. **Textos de apoio** - Epidemiologia 1. 2. ed. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1990. p. 13-27.
- 16 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**, São Paulo, número especial, p. 13-17, mar. 1997.
- 17 BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- 18 BARIC, L.; BLINKHORN, A. S.; ARTHUR, C. M. A health education approach to nutrition and dental health education. **Health Educ. J.**, London, v. 33, n. 3, p. 79-90, Mar. 1974.
- 19 BARREIRA, A. K.; ANJOS, A. C. V.; SOARES, C. D.; ROCHA, M. C. S.; VIDAL, S. M. Percepção dos pais quanto à saúde bucal na clínica de odontopediatria da FOUFBA. **Rev. Fac. Odontol. Bahia**, Salvador, v. 16, p. 13-20, dez. 1996.
- 20 BARUCH, G. K.; BARNETT, R. Role Quality, multiple role involvement, and Psychological well-being in midlife women. **J. Pers. Soc. Psychol.**, Washington-DC, v. 51, n. 3, p. 578-585, Mar. 1986.
- 21 BELLINI, H. I. Ensaio sobre Programas de Saúde Bucal. **Biblioteca Científica da ABOPREV**, Rio de Janeiro, fasc. 3, supl. 1, p. 6-12, out. 1991.
- 22 BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. SINASC/ Noroeste/ Epidemiologia. **Censo - Sistema de informação**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.
- 23 BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. SINASC/ Noroeste/ Epidemiologia. **Dados sobre nascidos vivos de mães residentes na regional Noroeste jan. 2000**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2000.
- 24 BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal. O caso das gestantes do valão. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 34, p. 33-39, mar. 1992.
- 25 BIERNAT, M.; WORTMAN, C. B. Interpersonal Relations and Group Processes. **J. Pers. Soc. Psychol.**, Washington-DC, v. 60, n. 6, p. 844-860, June 1991.

- 26 BIRCH, L. L.; FISHER, J. Development of eating behaviors among children and adolescents. **Pediatrics**, Evanston, v. 10, n. 4, p. 539-549, Oct. 1998. (Suppl.).
- 27 BLANCO, G.; FELDMAN, L. Responsabilidades em el hogar y salud de la muyer trabajadora. **Salud Pública Mex.**, Cuernavaca, v. 42, n. 3, mayo/jun. 2000.
- 28 BLINKHORN, A. S. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers-sociological implications. **Int. Dent. J.**, Guildford, v. 31, n. 1, p. 14-22, Jan. 1981.
- 29 BLINKHORN, A. S. Factors influencing the transmission of the tooth brushing routine by mothers to their pre'scholl children. **J. Dent.**, Bristol, v. 8, n. 4, p. 307-11, Dec. 1980.
- 30 BLINKHORN, A. S. Influence of Social norms on toothbrushing behavior of preschool children. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 6, n. 5, p. 222-226, Sept. 1978.
- 31 BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 185 p.
- 32 BORQUES, I. A mulher e a educação. **A Voz da União**, São Paulo, ano I, n. 10, 1º jan. 1923.
- 33 BOTELHO, E. M.; SANTA-ISABEL, M. R.; COSTA, N. K. Q. motivação em odontologia preventiva. **Odontólogo Moderno**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 11/12, nov./dez. 1981.
- 34 BRAMBILLA, E. et al. Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. **JADA**, Denver, v. 129, n. 7, p. 871-877, July 1998.
- 35 BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP. **Comportamento sexual da população brasileira**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1999c.
- 36 BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Série C, estudos e projetos, n. 4. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1988. 137 p.
- 37 BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde do adolescente**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996.
- 38 BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 196/96**, de 1996. Dispõe sobre a pesquisa em humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 24 p.
- 39 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Assistência Pré-natal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.
- 40 BURKET, L. W. **Oral medicine**. 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincot, 1952. p. 228-231.
- 41 BURKET, L. W. **Oral medicine**. Diagnosis an treatment. 6nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincot Company, 1971. p. 323-328.

- 42 BUSS, P. M. Promoção de Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 5, n. 1, p. 163-177, maio 2000.
- 43 CABRAL, A. C. V. et al. Gravidez e Adolescência. **J. Bras. Ginec.**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 6, p. 251-253, jun. 1985.
- 44 CARNEIRO, A. M. O. **Percepção em saúde bucal**: valores, atitudes e problemas de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brazlândia-DF. 2001. 118 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Área de Concentração Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 45 CARVALHO, E. M. C. Abordagem Odontológica durante a Gestação. **Rev. da Fac. Odontologia da UFBA**, Salvador, v. 6, p. 43-58, jan./dez. 1986.
- 46 CASTRO, R.; BRONFMAN, M. N. Algunos problemas no resueltos em la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. In: IV CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E MEDICINA, 1997, Cocoyoc, México. Cidade do México, 1997. (mimeo)
- 47 CAULFIELD P. W.; CUTTER, G. R.; DASANAYAKE, A. P. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: Evidence for a discrete window of Infectivity. **J. Dent. Res**, Washington, v. 72, n. 1, p. 37-45, Jan. 1993.
- 48 CERQUEIRA E SILVA, M. C. **Hábitos e comportamentos do adolescente na atualidade**. 1987. 96 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Departamento de Tocoginecologia, Universidade Federal do Paraná - UFPA, Curitiba.
- 49 CHAPMAN, P. J.; MACKAY, E. V.; McDONALD, A. M. A dental survey of an antenatal population. **Aust. Dent. J.**, Sidney, v. 19, n. 8, p. 261-263, Aug. 1974.
- 50 CHEN, M. C. S. Children's preventive dental behavior in relation to their mother's socioeconomic status, health beliefs and dental behaviors. **J. Dent. Child.**, Chicago, v. 53, n. 2, p. 105-109, Mar./Apr. 1986.
- 51 CHEN, M. C. S.; HUNTER, P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 43, n. 8, p. 1213-1222, Aug. 1996.
- 52 CHIODO, G. T.; ROSENSTEIN, D. I. Dental treatment during pregnancy. A preventive approach. **JADA**, Chicago, v. 1, n. 10, p. 365-368, Oct. 1985.
- 53 CIPOLLA, C.; DE LILLO, A. **Il sociólogo e le sirene**. Milão: Angeli, 1996.
- 54 COATES, V.; FRANÇOSO, L. A.; BEZNOS, G. W. **Medicina do adolescente**. São Paulo: Savier, 1993. 525 p.
- 55 COHEN, L. K.; JAGO, J. D. Toward the formulation of sociodental indicators. **Int. J. Health Serv.**, London, n. 6, p. 681-682, June 1976.
- 56 CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, jan./fev. 2001. Seção Leis e Projetos, p. 8.
- 57 CORBMAN, A. L. *apud* COZZUPOLI, C. A. Pregnancy and tooth decay. **Detroit D. Bul.**, Detroit, v. 17, p. 14-15, May 1948.

- 58 CORDEIRO, C. C.; COSTA, L. C. S. Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. **R.B.O.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 5, p. 255-256, set./out. 1999.
- 59 CORRÊA, M. S. P. N. Com o futuro nas mãos. **Rev. ABO Nacional**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 146-151, nov./dez. 1993.
- 60 CORREIA, L. L.; MCAULIFFE, J. F. Saúde materno-infantil In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Médice, 1999. p. 375-403.
- 61 COSTA, F.O. **Prevalência de doença periodontal de início precoce em crianças e adolescentes de uma escola pública de Belo Horizonte-MG**. 1993. 147 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia - Área de concentração: Periodontia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 62 COSTA, I. C. et al. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG**, Araçatuba, v. 5, n. 2, p. 87-92, abr./maio/jun. 1998.
- 63 COSTA, N. R. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989.
- 64 COUTINHO, M. F. G. Doenças Psicossomáticas na Adolescência. In: 56º CURSO NESTLÉ DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA. Rio de Janeiro, out. 2000.
- 65 COUTO, J. L.; COUTO, R. S.; DUARTE, C. A. Motivação do Paciente: avaliação dos recursos didáticos de motivação utilizados para a prevenção da cárie dentária e doença periodontal. **RGO**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 143-150, mar./abr. 1992.
- 66 COZZUPOLI, C. A. **Odontologia na gravidez**. São Paulo: Panamed, 1981. 154 p.
- 67 CROLL, T. P. The need for early infant and toddler dental care: a pictorial argument. **Quintessence Int.**, Berlin, v. 19, n. 10, p. 719-730, Aug. 1988.
- 68 CRUZ, J. S. et al. A imagem do cirurgião-Dentista: um estudo de representação social. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 307-313, out./dez. 1997.
- 69 CUNHA, M. B.; SANT'ANNA, D.; CUNHA, J. J. Prevalência da gengivite na gestante. **RBO**, Rio de Janeiro, n. 1-3, p. 3-7, jan./jun. 1985.
- 70 CUTRESS, T. W.; HUNTER, P. B. V.; DAVIS, P. B. Adult oral health and attitudes to dentistry. **Dental Research**, New Zealand, Unit Medical research council of new Zealand Wellington, 1979.
- 71 D'ACRI, V. **Os trabalhadores e a questão da saúde 1890-1920**. 1986. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

- 72 D'ACRI, V.; ALMEIDA, R. O.; SILVA, R. T. B. A luta das mulheres pela saúde. In: AGOSTINI, M.; D'ACRI, V. **Trabalho feminino e saúde**. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1994. cap. 1, p. 13-36.
- 73 DADOORIAN, D. Adolescentes: porque elas engravidam. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 47-51, jan./fev. 1996.
- 74 DAMARE, S. M.; MAYNOR, G.; JENZANO, J. Relationship between Periodontal and amniotic fluid inflammatory mediators in pregnancy. **J. Dent. Res.**, Washington-DC, v. 74 (special issue), p. 158, abstracts, Mar. 1995.
- 75 DASANAYAKE, A. P. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. **Ann. Periodontol**, North Carolina, v. 3, n. 1, p. 206-12, July 1998.
- 76 DAVENPORT, E. S.; WILLIAMS, C. E. C. S.; STERNE, J. A. C. The East London Study of maternal Chronic Periodontal Disease and Prevalence data. **Annals of Periodontology**, North Carolina, v. 3, n. 1, p. 213-221, July 1998.
- 77 DAVEY, A. L.; ROGERS, A. H. Multiple types of the bacterium *Streptococcus mutans* in the human mouth and their intra-family transmission. **Arch Oral Biol**, Oxford, v. 29, n. 6, p. 453-460, June 1984.
- 78 DEAKINS, M.; LOBBY, J. The effect of pregnancy on the mineral content of dentin of human teeth. **Am J Obstet Gynecol.**, St Louis, v. 46, p. 261-265, Apr. 1943.
- 79 DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989. 287 p.
- 80 DIAS, M. A. S. et al. **Mortalidade neonatal em filhos de mães adolescentes no município de Belo Horizonte**: uma análise de risco. 1995. 49 f. Monografia (Especialização em Medicina Preventiva e Social) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 81 DIBENEDETTO, B.; TITTLE, C. K. Gender and Adult Roles: Role commitment of woman and man in a job-family trade-off context. **Journal of Counseling Psychology**, Washington-DC, v. 37, n. 1, p. 41-48, 1990.
- 82 DICICCO-BLOOM, B. Ethical considerations for qualitative Research. **J Dent Educ**, Washington-DC, v. 64, n. 8, p. 616-618, 2000.
- 83 DICKSON, M.; ABEGG, C. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal In: BUISCHI, Y. (Org.). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes médicas, 2000. Série EAP/APCD, v. 22, p. 40-71.
- 84 DU GAS, B. W. **Enfermagem prática**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.
- 85 DUARTE, C. A.; MARCONDES, P. C.; RAYEL, A. T. Transmissibilidade da microbiota bucal em humanos: repercussão sobre o dente e periodonto, revisão de literatura. **Rev. Periodontol.**, Chicago, p. 211-216, jan./jun. 1995.

- 86 EASTON, G. S. Incidence of dental caries during and after pregnancy. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 39, n. 4, p. 697-698, Apr. 1960.
- 87 EDWARDS, T. S. F.; ROWNTREE, R. S. T. Dental attitudes of primigravid women. **J. Periodontal Res.**, Copenhagen, v. 4, n. 4, p. 325-332, Apr. 1969.
- 88 ELIAS, R. **Odontologia de alto risco: pacientes especiais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 117-132.
- 89 EYER, T.; BERNOCCHHI, L. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1993.
- 90 FALABELLA, M. E. V.; FALABELLA, J. M. Granuloma gravídico. Caso clínico. **Revista Periodontia**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 167-170, jul./dez. 1994.
- 91 FANNING, E. A.; SMITH, B. Diet and health. Oxford: Oxford University Press, 1991. p. 84-101, 156-161 *apud* ROCHA, C. B. et al. Relação dieta/cárie na odontopediatria. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 25-31, jan./jun. 1998.
- 92 FARIA, C. F. et al. Avaliação de conhecimento e atitudes relacionados à prevenção em odontopediatria: um estudo com gestantes, mães e profissionais da área médica. Parte I -Avaliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 33, n. 2, p. 121-132, jul./dez. 1997.
- 93 FARIA, C. F.; OLIVEIRA, C. M. R.; PORDEUS, I. A. Prevenção em odontopediatria: estudo piloto envolvendo mães, gestantes, pediatras, ginecologistas / obstetras. SBPqO, 1996. In: REUNIÃO CIENTÍFICA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISAS ODONTOLÓGICAS, 13., 1996, Águas de São Pedro. **Anais...** São Paulo: SBPqO, 1996. p. 86.
- 94 FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Manual de orientação-assistência pré natal**. Rio de Janeiro: Carlos Augusto Alencar Júnior Editor, 2000. (Editorial) 139 p.
- 95 FERREIRA, J. O corpo sígnico In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. **Saúde e doença**. Um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-112.
- 96 FIOCRUZ ENSP. Práticas de Educação em Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ ENSP, 1992. 201 p.
- 97 FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. Características e Perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 5, n. 1, p. 33-38, mar. 2000.
- 98 FONSECA, Y. P. C. Transmissão de doenças orais infecciosas de mãe para filho. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 234-235, maio/jun. 1998.
- 99 FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4. ed. São Paulo: Graal, 1984. 295 p.
- 100 FOURNIOL FILHO, A. **Pacientes especiais e a odontologia**. São Paulo:

- Santos, 1998. p. 215-228.
- 101 FRANÇA, J. L. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 5. ed. rev. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001. 211 p.
  - 102 FREEMAN, R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. **Br. Dent. J.**, London, v. 187, n. 1, p. 15-18, July/Oct. 1999.
  - 103 FREUD, A. The role of bodily illness in the mental life of children In: EKINS, R.; FREEMAN, R.; WORTH, P. H. **Selected Anna Freud**, 1998.
  - 104 FREUD, S. **Totem e tabu**. Rio de Janeiro: Standard Brasileira, 1974. v. 13, Das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.
  - 105 FUJIMOTO, E.; BASSO, E. C. B.; CHELOTTI, A. A importância da interação médico-odontológica na promoção de saúde bucal do paciente infantil. **Rev. Paul. Pediatria**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 195-199, dez. 1997.
  - 106 GARCIA-GODOY, F. La salud como parte del proceso de socialización. **Acta Odontol. Pediat.**, Texas, v. 7, n. 1, p. 11-13, June 1986.
  - 107 GARCIA-GODOY-HIJO, F. A odontologia preventiva para o ano 2000: uma visão alternativa do mito atual. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 16, n. 33, p. 141-145, maio/ago. 2001.
  - 108 GARN, S. M.; HOWE, N. H.; COLE, P. E. Sibling similarities in dental caries. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 55, n. 5, p. 914-915, Sept./Oct. 1976.
  - 109 GARRAFA, V. **Contra o monopólio da saúde**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983. 143 p.
  - 110 GAUDERETO, D. C.; PORDEUS, I. A., PAIVA, S. M. A influência dos fatores biopsicossociais na experiência de cárie em pré-escolares de Belo Horizonte/MG. In: 17º CONGRESSO BRASILEIRO DE ODONTO-PEDIATRIA. **Anais...** Jornal Brasileiro de Pediatria, v. 4, n. 19, maio/jun. 2001.
  - 111 GELBERT, S. O. Quem educa quem? In: MELO, J. A. C. (Org.). **Educação, razão e paixão**. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1993. p. 83-88.
  - 112 GERBERT, B. Dentists and patients who love them professional and patients view of dentistry. **J. Am. Dent Assoc.**, Chicago, v. 125, n. 3, p. 265-272, Mar. 1994.
  - 113 GESSER, H. C.; PERRES, M. A.; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores sócio-econômicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 289-293, jun. 2001.
  - 114 GIER, R. E.; JANES, D. R. Dental management of the pregnant patient. **Dental clinics of North América**, Missouri, v. 27, n. 2, p. 419-429, Apr. 1983.
  - 115 GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas-RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 259-265, jun. 2000.

- 116 GIGLIO, E. M.; GUEDES-PINTO, A. C. Princípios de psicologia e sua relação com a odontopediatria. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 1998. p. 153-171.
- 117 GOEPFERD, S. J. Infant oral health: a rationale. **Journal of Dentistry for Children**, Iowa, v. 53, n. 4, p. 257-260, July/Aug. 1986.
- 118 GOFFMAN, E. A elaboração da face. In: FIGUEIRA, S. (Org.) **Psicanálise e ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.
- 119 GOMES, A. C. Z.; PAIVA, E. M. M. Alterações inflamatórias gengivais em gestantes- Há diferença para não gestantes? **ROBRAC**, Goiânia, v. 9, n. 27, p. 4-7, jun. 2000.
- 120 GOMES, K. R. O.; MORON, A. F.; SOUZA E SILVA, R. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 1-12, jun. 1999.
- 121 GOMES, R. **A análise de conteúdo**. Belo Horizonte, 2001. Entrevista concedida a Maria Luiza da Matta Felisberto Fernandes.
- 122 GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa In: MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 67-80.
- 123 GOMES, W. B.; AMAZARRAY, M. R. A experiência de assumir a gravidez na adolescência: um enfoque fenomenológico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 1-10, mar. 1998.
- 124 GOMES-SZYMANSKI, H. Educação para a família: Uma proposta de trabalho preventivo. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 34-39, abr. 1994.
- 125 GOMES-SZYMANSKI, H. **Um estudo sobre significado de família**. 1988. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- 126 GORDON, Y.; REDDY, J. Prevalence of dental caries, patterns of sugar consumption and oral hygiene practices in infancy in S. Africa. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 13, p. 310-314, dez. 1985.
- 127 GORLIN, R. J.; GOLDMAN, H. M. **Thoma's oral pathology**. 6nd ed. St. Louis: Mosby, 1970.
- 128 GOVE, W. R.; TUDOR, J. Adult sex roles and mental illness. **American Journal of Sociology**, Washington, v. 78, p. 812-835, 1973.
- 129 GRAY, P. G.; TODD, J. E.; SLACK, G. L. **Adult oral health in England and Wales in 1968**. London: Her Majesty's Stationary Office, 1970.
- 130 GUEDES-PINTO, A. C. Diagnóstico e patologia bucal. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1991. p. 363-603.
- 131 GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 1998.
- 132 HARRIS, J. W. Pregnancy and labor in young primiparae. **Jonhs Hopkins Hospital Bulletin**, Baltimore, n. 371, Jan. 1922.

- 133 HAWKINS, J. W.; ABER, C.; CANNAN, A. Women's reported self-care behaviors during pregnancy. **Health Care for Women International**, Washington, v. 19, p. 529-538, 1998.
- 134 HILL, G. B. Preterm birth: Associations with genital and possibly oral microflora. **Annals of Periodontology**, Chicago, v. 3, n. 1, p. 222-232, July 1998.
- 135 HONKALA, E.; PARONEN, O.; RIMPELA, M. Familial aggregation of dental habits in Finland. **J. Pedod.**, Birmingham, v. 7, n. 4, p. 276-290, Summer 1983.
- 136 IANKILEVICH, M. **Um parto místico?** Palavras a uma gestante. Petrópolis: Vozes, 1987. 89 p.
- 137 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Aspectos demográficos Censo 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- 138 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Evolução e perspectivas de mortalidade infantil no Brasil** - estudo e pesquisa, n. 2. Rio de Janeiro: IBGE, 1999a.
- 139 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Informação demográfica e sócio-econômica da população jovem no Brasil** - estudo e pesquisa, n. 3. Rio de Janeiro: IBGE, 1999b.
- 140 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais** - estudo e pesquisa, n. 4. Rio de Janeiro: IBGE, 1999c.
- 141 ISMAIL, A. I. The role of early dietary habits in dental caries development. *Spec. Care Dent.*, Chicago, v. 18, n. 1, p. 40-45, Jan./Feb. 1999.
- 142 IUSEM, R. Necessidade do tratamento odontológico das gestantes. **Seleções Odontol.**, São Paulo, v. 4, n. 16, p. 28-31, jan./fev. 1949.
- 143 JAGO, J. D.; CHAPMAN, P. J. Dental status of pregnant women. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 62 (special issue), p. 669, abstract, 1983.
- 144 JEJEBHOY, S. J. The importance of social science research in protecting adolescent's sexual and reproductive choice. **Med. Law**, Geneva, v. 18, 1999.
- 145 JERSILD, A. T. **Psicologia da adolescência**. 4. ed. São Paulo: Nacional, 1969. 596 p.
- 146 JORGE, M. L. R. **Comportamento infantil no ambiente odontopediátrico: fatores de predição**. 2000. 138 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 147 KAHHALE, E. M. S. P.; ODIERNA, I. C. Assistência multiprofissional à adolescente grávida: dificuldades somato-psico-sociais. **Rev. Ginec. Obst.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4-9, jan. 1997.
- 148 KELLER, M. L.; TRÓCCOLI, B. T. O uso do modelo do senso comum na

- promoção de saúde. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 189-199, abr. 1991.
- 149 KERN, F. A. A representação da saúde bucal. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 12, n. 24, p. 153-173, dez. 1997.
- 150 KINIRONS, M.; McCABE, M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. **Community Dent. Health**, Houndsmills, v. 12, n. 4, p. 226-229, Dec. 1995.
- 151 KINNBY, B.; MATSSON, L.; ASTEDT, B. Aggravation of gingival inflammatory symptoms during pregnancy associated with the concentration of plasminogen activator inhibitor type 2 (PAI-2) in gingival fluid. **J. Periodont. Res.**, Denmark, v. 31, p. 271-277, 1996.
- 152 KINNBY, C. G.; LANKE, J.; LINDÉN, A. Influence of social factors on sugary products behavior in 4-year-old children with regard to dental caries experience and information at child health centers. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 53, n. 2, p. 105-111, Aug. 1995.
- 153 KINNBY, C. G.; PALM, L.; WIDENHEIM, J. Evaluation of information on dental health care at child health centers. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 49, p. 289-295, Aug. 1991.
- 154 KLEIN, H. The family and dental disease-IV: Dental disease (DMF) experience in parents and offspring. **JADA**, Denver, v. 33, n. 1, p. 735-743, June 1946.
- 155 KOCH, G. et al. **Odontopediatria**. Uma abordagem clínica. 2. ed. São Paulo: Santos, 1995. 373 p.
- 156 KÖHLER, B.; ANDRÉEN, I. Influence of caries. Preventive measures in mothers on cariogenic Bacteria and caries experience in their children. **Archs Oral Biol.**, Chicago, v. 39, n. 10, p. 907-911, Oct. 1994.
- 157 KOHLER, B.; ANDRÉEN, I.; JONSSON, B. The effect of caries-preventive measures in mothers of dental caries and the oral presence of the bacteria *Streptococcus mutans* and Lactobacilli in their children. **Arch. Oral Biol.**, Chicago, v. 29, n. 11, p. 879-883, Nov. 1984.
- 158 KONISHI, F. Orientando o paciente-odontologia para gestantes. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 27, jan./fev. 1995.
- 159 LAINE, M.; TENOVUO, O. P.; OJANOTKO-HARRI, A. Pregnancy related changes in human whole saliva. **Archs Oral Biol.**, Chicago, v. 33, p. 913-917, Dec. 1988.
- 160 LAPP, A. C.; THOMAS, M. E.; LEWIS, J. B. Modulation by progesterone of interleukin-6 production by gingival fibroblasts. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 66, n. 4, p. 279-284, Apr. 1995.
- 161 LEE, J.; KIYAK, H. A. Oral disease beliefs, behaviors, and health status of Korean-Americans. **J. Publ. Health Dent.**, Raleigh, v. 52, n. 3, p. 131-136, Spring 1992.
- 162 LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. **Discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa**

- qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2000. p. 11-66.
- 163 LEITE, A. L. G.; MAIA, K. B.; SOUZA, A. P. Conceito dos adolescentes sobre saúde bucal. **Anais...** XXXII – XXIV ENCONTRO NACIONAL DE DIRIGENTES DAS FACULDADES DE ODONTOLOGIA. Rev. ABENO, Uberlândia, 1999.
- 164 LEVY, L. D.; LACHTER, A. G.; SALVO, M. Adolescencia y embarazo. Aspectos Psicosociales. **Obst. Y Ginec. Lat. Americ.**, v. 48, n. 10-12, Out./Dic. 1990.
- 165 LIEFDE, B. The dental care of pregnant women. **N. Z. Dent. J.**, Wellington, v. 80, n. 41, p. 41-43, Apr. 1984.
- 166 LINDHE, J.; ATTSTROM, R. Gingival exudation during the menstrual cycle. **J. Periodont Res.**, Chicago, v. 2, p. 194-198, Feb. 1967.
- 167 LINDOW, S. W. Dental treatment in pregnancy [letter]. **Br. Dent. J.**, London, v. 185, n. 8, p. 378-379, Oct. 1998.
- 168 LINN, E. Teenagers' attitudes, knowledge and behaviors related to oral health. **JADA**, Chicago, v. 92, n. 5, p. 946-951, May 1976.
- 169 LITTNER, M. M.; KAFFE, I.; TAMSE, A. Management of the pregnant. **Patient Quintessence International**, New Malden, v. 15, n. 2, p. 253-257, Feb. 1984.
- 170 LIVINGSTON, H. M.; DELLINGER, J. M.; HOLDER, R. Considerations is the management of the pregnant patient. **Spec Care Dentist**, Chicago, v. 18, n. 5, p. 183-188, Sept./Out. 1998.
- 171 LLOYD, P. F. Pregnancy and dentistry. **J. Dent. Ass. S Afr**, Cape Town, v. 34, n. 17, p. 763-765, Nov. 1979.
- 172 LÖE, H.; SILNESS, J. Periodontal disease in pregnancy. Prevalence and severity. **Acta Odont. Scand.**, Oslo, n. 21, p. 533-551, Sept./Oct. 1963.
- 173 LONG, J.; PORTER, K. L. Multiple roles of midlife woman: a case for new directions in theory, research and policy. In: BARUCH, G. K. **Women in midlife**. New York: Plenum, 1984. p. 46-52.
- 174 LOPEZ, E. M. **Psicologia evolutiva da criança e do adolescente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1957. 332 p.
- 175 MACEDO, R. S. Etnopesquisa crítica e multireferencial nas ciências humanas e na educação. Salvador: EDUFABA, 2000.
- 176 MAIA-FILHO, N. L. et al. Gravidez entre adolescentes precoces: um evitável problema social. **J. Bras. Ginec.**, São Paulo, v. 104, n. 10, p. 363-367, 1994.
- 177 MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 163 p.
- 178 MARCENES, W.; BÖNECKER, M. J. S. **Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. Série EAP/APCD, v. 22, cap. 4, p. 72-94.

- 179 MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231 p.
- 180 MARKS, K. Os pensamentos de Marx. In: QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. V. O.; OLIVEIRA, M. G. **Um toque de clássicos: Durkheim, Marx e Weber**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1995. p. 63-103.
- 181 MARTINS, E. M. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. **Cad. Odont.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 30-40, abr./jun. 1998.
- 182 MARTINS, E. M. **Saúde bucal, uma necessidade socialmente construída: um estudo da experiência da clínica odontológica São Geraldo**. 1993. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 183 MASLOW. Teoria de Maslow sobre as necessidades humanas básicas *apud* EYER, T.; BERNOCCHHI, L. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1993.
- 184 MATTA, M. L. et al. A escolaridade como fator de interferência na percepção em saúde bucal de gestantes. **Pesq. Odont. Bras.**, São Paulo, v. 15-supl., p. 151, set. 2001a. (Resumo).
- 185 MATTA, M. L. et al. Conhecimentos e aplicação individual dos métodos de prevenção em saúde bucal por professores de Belo Horizonte. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 19, p. 249, maio/jun. 2001b. (Resumo).
- 186 MAUGHAN, B.; LINDELOW, M. Secular change in psychosocial risks: the case of teenage motherhood. **Psychological Medicine**, London, v. 27, p. 1129-1144, 1997.
- 187 MAYS, N.; POPE, C. **Qualitative research in health care**. London: BMJ, 1997. 79 p.
- 188 MEDEIROS, U. V. Atenção Odontológica para bebês. **Rev. Paul. Odont.**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 18-27, nov./dez. 1993.
- 189 MELO, J. A. C. (Org.) **Educação, razão e paixão**. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1993. 108 p.
- 190 MENDES, E. V.; MARCOS, B. **Odontologia Integral: bases teóricas e suas implicações no ensino e na pesquisa odontológica**. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984. 124 p.
- 191 MENINO, R. T. M.; BIJELLA, V. T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. **Rev. FOB**, Bauru, v. 3, n. 1/4, p. 5-16, jan./dez. 1995.
- 192 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa saúde da família: uma estratégia de mudança do modelo de saúde, passos para a implantação no município**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 1997.

- 193 MINAYO, M. C. S. Cultura: Tradição e Contradição. In: MELO, J. A. C. **Educação, razão e paixão**. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1993. p. 43-50.
- 194 MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 80 p.
- 195 MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**; pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 269 p.
- 196 MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: Uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, out./dez. 1988.
- 197 MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 5, n. 1, 2000.
- 198 MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 239-262, maio/jun. 1993.
- 199 MINAYO, M. C. S.; SOUZA, H. O. Na dor do corpo o grito da vida. In: COSTA, N. R. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. v. 2, cap. 3, p. 75-99.
- 200 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A reorganização da saúde bucal na atenção básica**. Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 21, p. 68-73, dez. 2000.
- 201 MONTEIRO, D. R.; PERES, S. G. O. Espaço do adolescente: falando sobre adolescentes. In: FIOCRUZ ENSP. **Práticas de Educação em Saúde**. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1992.
- 202 MOORE, P. A. Selecting drugs for the pregnant dental patient. **JADA**, Denver, v. 129, n. 9, p. 1281-1286, Sept. 1998.
- 203 MORINUSHI, T. et al. Effective dental health care guidance for the infant aged 4 months. *Jap. J. Ped.*, v. 20, n. 3, p. 401, 1982 *apud* WALTER, L. R. F. et al. **Odontologia para o bebê**. Londrina: Artes Médicas, 1996. 246 p.
- 204 MURAMATSU, Y.; TAKAESU, Y. Oral health status related to subgingival bacterial flora and sex hormones in saliva during pregnancy. **Bull Tokyo Dent Coll**, Tokyo, v. 35, n. 3, p. 139-151, Aug. 1994.
- 205 NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1990. p. 342-351.
- 206 NARVAI, P. C. Cárie dentária: cai prevalência em São Paulo. **Jornal da USP**, São Paulo, n. 374, p. 9-15, 2000.
- 207 NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113 p.
- 208 NASCIMENTO, Z. C. P.; LOPES, W. C. Gravidez na adolescência: Enfoque odonto-preventivo. **ROBRAC**, Goiás, v. 6, n. 20, p. 27-31, dez. 1996.
- 209 OFFENBACHER, S. et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. **Annals of Periodontology**, Chicago, v. 3,

- n. 1, p. 233-250, July 1998b.
- 210 OFFENBACHER, S.; BECK, J. D.; LIEFF, S. SLADE, G. Role of periodontitis in systemic health: Spontaneous Preterm. **Br J. Dent. Educ.**, London, v. 66, n. 10, p. 852-858, Oct. 1998a.
- 211 OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTIK, G. Periodontal infection as a Possible risk factor for preterm low birth weight. **J. Periodontol**, Chicago, v. 67, n. 10, p. 1103-1113, Oct. 1996 (Supplement).
- 212 OITICICA, J. O desperdício da energia feminina. A vida. Rio de Janeiro, n. 7, 31 de janeiro de 1915 *apud* D'ACRI, V.; ALMEIDA, R. O.; SILVA, R. T. B. A luta das mulheres pela saúde. In: AGOSTINI, M.; D'ACRI, V. **Trabalho feminino e saúde**. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1994. p. 13-36.
- 213 OJANOTKO-HARRI, A. D. et al. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. **J. Clin Periodontol.**, Chicago, v. 18, n. 1, p. 262-266, Jan. 1991.
- 214 OLINTO, M. T., GALVÃO, L. W. Características reprodutivas de mulheres de 15-49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 64-72, jan. 1999.
- 215 OLIVA FILHO, A. G.; OLIVEIRA, L. S. Odontologia na gravidez In: ELIAS, R. **Odontologia de alto risco** - pacientes especiais. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 117-132.
- 216 OLIVA FILHO, A. G.; OLIVEIRA, L. S. Odontologia na gravidez In: ELIAS, R. **Odontologia de alto risco**: pacientes especiais. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p. 117-132.
- 217 OLIVEIRA JR., O. B.; UEDA, J. K.; DUARTE JR., S. L. L. Contribuição para a eficácia de programas de prevenção. Identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. **Rev. Assoc. Maringense Odontol.**, Maringá, v. 1, n. 1, set./dez. 1997.
- 218 OLIVEIRA, A. C. A. P., OLIVEIRA, A. F. B. Saúde bucal em gestantes: um enfoque educativo-preventivo. **JBP**, Curitiba, v. 2, n. 7, p. 182-185, 1999.
- 219 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4. ed. São Paulo: Santos, 1999. 66 p.
- 220 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Informativo** – Brasil. Disponível em: <[www.opas.org](http://www.opas.org)>. Acesso em: 04/05/2001.
- 221 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Saúde bucal**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <[www.opas.org.br/opas.cfm](http://www.opas.org.br/opas.cfm)>. Acesso em: 10/01/2002.
- 222 PAIVA, V. **Evas, Marias e Liliths** - As voltas do feminismo. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1986.
- 223 PAUNIO, P. Dental health habits of young families from southwestern Finland. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Munksgaard, v. 22, n. 1, p. 36-40, Feb. 1994.
- 224 PAUNIO, P.; RAUTAVA, P.; HELENIUS, H. Children's poor toothbrushing

- behavior and mothers' assessment of dental health education at will baby clinics. **Acta Odontol Scand.**, Oslo, v. 52, n. 1, p. 36-42, Jan. 1994.
- 225 PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, jan. 2001.
- 226 PEREIRA, D. B. **Educação dentária da criança**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1929. 79 p.
- 227 PEREIRA, J. C.; NETTO, A. R. Saúde Doença e Sociedade. A tuberculose - O tuberculoso. In: ABRASCO. **Textos de apoio - Epidemiologia 1**. 2. ed. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1990. p. 237-248.
- 228 PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.
- 229 PERSON, L. A. et al. Infant feeding and dental caries – a longitudinal study of swedish children. **Swed Dent J.**, Jököping, v. 9, n. 5, p. 201-206, May 1985.
- 230 PIETROMONACO, R. M. Psychological consequences of multiple social roles. Paper presented at the meeting of the **American Psychological Association**, Toronto, Aug. 1984.
- 231 PIMENTA, A. O beijo e a transmissão de doenças. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 1359-1368, jul./ago. 1994.
- 232 PINA, D.; BENGSTON, V. The division of household labor and wife's happiness: Ideology, employment, and perceptions of support. **J. Marriage Fam.**, Washington, v. 55, p. 901-912, 1993.
- 233 PINTO, V. G. **A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir**. Brasília: Santos, 1993.
- 234 PINTO, V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1990. 415 p.
- 235 POMES, C. E.; BRETZ, W. A.; LEON, A. Risk Indicators for periodontal diseases in Guatemalan Adolescents. **Braz Dent J.**, Washington, v. 11, n. 1, p. 49-57, Jan. 2000.
- 236 PORDEUS, I. A. Intra-family patterns of dental health status and behaviours. A study of brazilian families. 1991. 414 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - University College London, London.
- 237 PRIDE, J. Dealing with dentistry's dilemma. **J. Am Dent Assoc.**, Chicago, v. 122, n. 10, p. 91-92, Sept. 1991.
- 238 PROCREATION and priority. **British Dental J.**, London, v. 137, p. 333-334, Apr. 1974. (Editorial).
- 239 QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do dizível ao indizível. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 272-286, mar. 1987.
- 240 RAMALHO, A. **Odontologia e obstetrícia: problemas odontológicos relacionados com a gravidez**. São Paulo: Fonseca, 1968. 129 p.

- 241 RESENDE, V. L. S. **A história da odontologia**. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 1994. 26 p.
- 242 REY, F. G. **La investigación cualitativa en psicología: rumbos e desafios**. São Paulo: Educ, 1999. 184 p.
- 243 REZENDE, A. L. M. **Saúde: dialética do poder e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986. p. 85-99.
- 244 RIBEIRO, E. R. O. et al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 136-142, abr. 2000.
- 245 RIBEIRO, P. C. P. Prevenção da gravidez na adolescência; uma visão interdisciplinar. In: 56º CURSO NESTLÉ DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA, Rio de Janeiro, out. 2000.
- 246 ROBSON, C. **Experiment, design and statistics in psychology**. 2nd ed. England: Penguin Books, 1983. p. 119-129.
- 247 ROCHA, A. D.; OKABE, I.; MARTINS, M. E. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 63-81, fev. 2000.
- 248 ROCHA, C. B. et al. Relação dieta/cárie na odontopediatria. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 25-31, jan./jun. 1998.
- 249 ROCHA, M. C. B. S. **Avaliação do conhecimento e das práticas de saúde bucal -gestantes do Distrito Sanitário Docente Assistencial Barra / Rio Vermelho - município Salvador-BA**. 1993. 132 f. Tese (Doutorado em Odontologia - Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 250 ROGERS, S. N. Dental attendance in a sample of pregnant women in Birmingham, UK. **Community Dent health**, Houndsmills, Hampshire, v. 8, p. 361-368, Mar. 1991.
- 251 ROMERO, R. M. D.; SÁNCHEZ, C. M. Los Odontólogos educam a sus pacientes? **Rev. Salud. Adm.**, México, v. 15, n. 5, p. 317-320, Sep./Out. 1998.
- 252 ROSA, F. B. et al. Projeto para um sorriso feliz: programa de orientação de prevenção para mães. **Rev. ABO Nac.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 36-39, fev./mar. 1996.
- 253 ROSENFELD, S. The cost of sharing: Wive's employment and husbands' mental health. **J. Health Soc. Behav.**, Washington, v. 1, n. 33, p. 213-225, 1992.
- 254 ROSSELL, F.; MONTANDON-POMPEU, A. A. B.; VALSECKI JR., A. Registro periodontal simplificado em gestantes. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 157-162, abr. 1999.
- 255 ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Médice, 1999.
- 256 RUEL-KELLERMAN, M. What are the psychosocial factors involved in motivating individuals to retain their teeth? **Dreams and Facts. Int. Dent. J.**, London, v. 34, n. 2, p. 105-109, 1984.

- 257 SABA-CHUFII, E. et al. Avaliação dos métodos de motivação-educação em higiene bucal. **RGO**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 82-90, mar./abr. 1992.
- 258 SALEM, T. O ideário do parto sem dor: Uma leitura antropológica. In: **BOLETIM DO MUSEU NACIONAL**. Rio de Janeiro, n. 40, 1983.
- 259 SALVOLINI, E. et al. Biochemical modifications of human whole saliva induced by pregnancy. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 105, p. 656-660, June 1998.
- 260 SAMANT, A.; MALIK, C. P.; CHABRA, S. K. Gingivitis and periodontal disease in Pregnancy. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 47, n. 7, p. 415-418, July 1976.
- 261 SANTOS, R.M. **Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Um estudo de prevalência. 1996. 221 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- 262 SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 6, p. 401-406, jun. 1999.
- 263 SANTOS, S. R.; CUNHA, A. J. L. A.; GAMBÁ, C. M. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 266-271, mar. 2000.
- 264 SARNAT, H.; KAGAN, A.; RAVIV, A. The relation between mother's attitude toward dentistry and the oral status of their children. **Ped. Dent.**, Chicago, v. 6, n. 3, p. 128-131. Sept. 1984.
- 265 SAVAGE, W. Antenatal care. Have Dr. Ballintynes's aims been achieved? **Health Visitor and Community Nurse**, Washington, v. 16, n. 5, p. 190-194, 1980.
- 266 SCAVUZZI, A. I. F. **Estudo da prevalência da cárie dentária e da doença periodontal em gestantes - Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho, Salvador-BA**. 1995. 112 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- 267 SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção Odontológica na gravidez. Uma revisão. **Rev. Faculdade Odontologia da UFBA**, Salvador, v. 18, n. 1, p. 46-52, jan./jun. 1999.
- 268 SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S.; VIANNA, M. I. P. Influência da Gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. **Rev. Faculdade de Odontologia da UFBA**, Salvador, v. 18, n. 1, p. 15-21, jan./jun. 1999.
- 269 SCHAFER, R. B.; ROBERT, B.; KEITH, P. M. Influences on food decisions across the family life cycle. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 78, n. 1, p. 144-148, Feb. 1981.
- 270 SCHUBSKY, J. D. Tratamento durante a gravidez. **Sel. Odontol.**, São Paulo, v. 13, n. 77, p. 33-34, mar./abr. 1959.

- 271 SERAPIONE, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 5, n. 1, p. 187-192, jan. 2000.
- 272 SERRANO, M.; DELANO, A. Programa experimental de atención odontológica integral a embarazadas del República de Uruguay. **Odontol Child**, v. 17, n. 94, p. 39-41, jul./set. 1969.
- 273 SEWARD, M. H. E. Dental health education during the ante-natal period. **British Dent J.**, London, v. 122, n. 1, p. 24-26, Jan. 1967.
- 274 SHEIN, B.; TSAMTSOURIS, A.; ROVERO, J. Self reported compliance and the effectiveness of prenatal dental education. **J. Clin. Ped. Dent.**, Boston, v. 15, n. 2, p. 102-108, Feb. 1991.
- 275 SIEBER, S. D. Toward a theory of role accumulation. **American Sociological Review**, Washington, v. 41, p. 921-936, Feb. 1974.
- 276 SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica**: para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill, 1975. 350 p.
- 277 SIEGEL, S.; CASTELLAN JR., N. J. **Nonparametric statistics for the behavioral sciences**. 2nd ed. England: McGraw-Hill International Edition, 1988. p. 284-291.
- 278 SIGLE, J. Managing the Pregnant Dental Patient. **Dent. Assist.**, Chicago, v. 66, n. 6, p. 7-9, Nov./Dec. 1997.
- 279 SILVA, J. L. P. Gravidez na adolescência: desejada x não desejada. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 825-830, nov. 1998.
- 280 SILVA, L. F. As intervenções buco-dentárias nas senhoras em período de gestação. **Odontol. Mod.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 108, p. 132-135, out./nov. 1939.
- 281 SILVA, T. A., PAIXÃO, H. H., PORDEUS, I. A. Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 33, n. 1, p. 5-14, jan./jun. 1997.
- 282 SLOTS, J. Casual or causal relationship between periodontal infection and non-oral disease? **J. Dent. Res.**, Washington, v. 77, n. 10, p. 1748-1785, 1988.
- 283 SMITH, N. J. D. Dental radiography during pregnancy. **Br. Dent. J.**, London, v. 152, p. 346-347, May 1982.
- 284 SOARES, M. A., Pela criança, pela mulher e pela humanidade. 1917. Guerra Sociale, São Paulo, n. 1, 1º de maio *apud* D'ACRI, V.; ALMEIDA, R. O.; SILVA, R. T. B. A luta das mulheres pela saúde. In: AGOSTINI, M.; D'ACRI, V. **Trabalho feminino e saúde**. Rio de Janeiro: Panorama Ensp, 1994. cap. 1, p. 13-36.
- 285 SOUZA, J. A. Gravidez e cirurgia odontológica ambulatorial. **RBO**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 7-14, mar./abr. 1980.
- 286 STANGE, K. C., ZYZANSKI, S. J. Integrating qualitative and quantitative

- 287 STECKELER, A.; MCLEROY, K. R.; GOODMAN, R. M. Toward Integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. **Health Education Quarterly**, Washington, v. 19, n. 1, p. 1-8, Spring 1992.
- 288 STEINBERG, B. J. Women's oral Health Issues. **J. Dent. Educ.**, Pennsylvania, v. 63, n. 3, p. 271-275, Mar. 1999.
- 289 STONE, L. J.; CHURCH, J. **Infância e adolescência**. 2. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1972. 384 p.
- 290 SÚMULA. Gravidez na adolescência n. 72, p. 3, abr./jun. 1999. *apud* ALVES, M. U. A. **Da saúde bucal em si à saúde bucal para si**: percepções de jovens grávidas de baixa inserção sócio-econômica-cultural. 2000. 138 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- 291 TAMIETTI, M. B.; CASTILHO, L.; PAIXÃO, H. H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 33-45, jan./jun. 1998.
- 292 TOLEDO, A. O. **Odontopediatria**: fundamentos para a prática clínica. 2. ed. São Paulo: Premier, 1996. 344 p.
- 293 TRENCH, J. H. Las extracciones durante el embarazo y la lactancia. **Bol. Dent. Argent.**, Buenos Aires, v. 1, n. 4, p. 593-596, Apr. 1946.
- 294 TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1987. p. 145-153.
- 295 TSAMTSOURIS, A.; STACK, A.; PADAMSEE, M. Dental education of the expectant parents. **Journal of Pedodontics**, Boston, v. 10, n. 4, p. 309-322, summer 1986.
- 296 TSUBOUCHI, J.; HIGASHI, T.; SHIMONOTO, T. A study of baby bottle tooth decay and risk factors for 18- month old infants in rural Japan. **J. Dent. Child.**, Chicago, v. 61, n. 4, p. 293-298, July/Aug. 1994.
- 297 UCHÔA, D. M. **Psicologia médica**. São Paulo: Savier, 1976. 369 p.
- 298 UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do Conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 1-11, abr. 2000.
- 299 VALLADÃO JR., C. A. A.; SOUZA, J. A. Tratamento odontológico durante a Gravidez. **Odont. Mod.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 27-29, mar./abr. 1993.
- 300 VASCONCELOS, R. et al. Escola: um espaço importante em saúde bucal para a população infantil. **P.G.R.**, São José do Rio Preto, 2001.
- 301 VIEGAS, Y. Gestação e cárie dental. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 71-77, jun. 1970.

- 302 VIEIRA, A. R.; AMORIM, M. R.; ORIOLI, I. M. Principais dúvidas das gestantes em relação à odontologia. **JBP**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 32-36, MÊS 1998.
- 303 VILELA, A. C. S.; SACRAMENTO, E. P.; GOMIDE, M. R. Educação dos pais versus saúde bucal de bebês fissurados. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 357-360, jul./ago. 1996.
- 304 WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos de idade**. Londrina: Artes Médicas, 1996. 246 p.
- 305 WEINSTEIN, P. et al. Dental experiences and parenting practices of native american mothers and caretakers: what we can learn for the prevention of baby bottle tooth decay. **J Dent Child**, Chicago, v. 66, n. 2, Mar./Apr. 1999.
- 306 WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. 1994. 178 f. Tese (Doutorado em Odontologia, Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- 307 WHESTEPHAL, M. F. O movimento Cidades/Municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 39-51, jan. 2000.
- 308 WIERSMA, V. J.; VAN DER BERG, P. Work-home role conflict, family climate, and domestic responsibilities among men and women in dual-earner families. **Journal of Applied Social Psychology**, Washington, v. 21, n. 15, p. 1207-1217, 1991.
- 309 WOLF, S. M. R. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 307-316, jul./ago. 1998.
- 310 WOOLFOLK, M. W.; LANE, W. P.; FAJA, B. J. Oral health knowledge and sources of information among elementary schoolchildren. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v. 49, n. 1, p. 39-43, winter 1989.

**ANEXOS**

## ANEXO A

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Através deste termo, eu, Cláudia Gomes Brito, gerente do posto de saúde São José, regional Noroeste, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, autorizo a realização de entrevistas e exames odontológicos de gestantes em acompanhamento pré-natal neste posto de saúde que será objeto de estudo para dissertação de mestrado da aluna: Maria Luiza da M. Felisberto Fernandes. As recomendações abaixo descritas deverão ser atendidas:

- 1-As entrevistas e os exames só serão realizados com o consentimento por escrito da gestante e do responsável.
- 2-As entrevistas serão realizadas em uma sala reservada para esse fim, neste posto de saúde, sem prejudicar as funções normais dos funcionários em trabalho.
- 3-O exame odontológico será realizado no consultório odontológico deste posto de saúde, em horário previamente combinado.
- 4-Caso diagnosticada necessidade de tratamento nas gestantes adolescentes participantes da pesquisa, estas serão encaminhadas para tratamento odontológico na faculdade de odontologia da UFMG; conforme documento de autorização para o encaminhamento, por mim recebido, assinado pela coordenadora do projeto de saúde bucal para adolescentes, prof. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira.
- 5-O resultado da pesquisa nos será apresentado para contribuição na busca constante da melhoria de nossos trabalhos.

Estando ciente dos objetivos e da metodologia a ser utilizada neste trabalho, confirmo e assino:

Data: 31/01/01

Cláudia Gomes Brito

**Cláudia Gomes Brito**  
**Enfermeira - BM: 41233-7**  
**C.S.S.J.N.O**

## ANEXO B

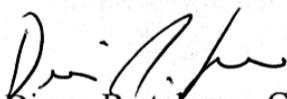


Universidade Federal de Minas Gerais  
Comitê de ética em pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº : ETIC 084/01  
Interessada: Profa. Isabela Almeida Pordeus

## VOTO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP aprova definitivamente no dia 17.05.2001 o projeto de pesquisa intitulado: «*A Percepção sobre Saúde Bucal de Gestantes Adolescentes de Belo Horizonte Atendidas pelo SUS*» e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do referido projeto, de interesse da Profa. Isabela Almeida Pordeus. O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco  
Presidente do COEP

Av. Alfredo Balena, 110-1º andar  
Bairro Santa Efigênia – Cep: 30.130-100 – Belo Horizonte -MG  
Telefone: (031)– 248-9364  
FAX: (031) 248 9380 – Telex: (031) 2544  
e-mail: coep@reitoria.ufmg.br

## **ANEXO C**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**Explicação dos objetivos da entrevista, tempo de duração, permissão para gravar e a finalidade da gravação, ainda que assinado o Termo de Consentimento.**

#### **Roteiro de entrevista com adolescentes gestantes**

1. Poderia me contar um pouco mais sobre você para eu te conhecer um pouquinho?
2. Poderia me contar como está sendo ficar grávida? (quebra-gelo)
3. Qual sua idéia sobre cuidar da saúde?
4. Qual sua idéia sobre cuidar dos dentes?
5. Poderia me falar um pouco a respeito de dentista?
6. Mãe com dente ruim, o filho vai ter dente ruim., ou mãe com dente ruim, o filho vai ter dente bom. Qual fala lhe parece mais certa?

Muito obrigada!

#### **Roteiro de entrevista com adolescentes não grávidas**

1. Poderia me contar um pouco mais sobre você para eu te conhecer um pouquinho?
2. Qual sua idéia sobre cuidar da saúde?
3. Qual sua idéia sobre cuidar dos dentes?
4. Poderia me falar um pouco a respeito de dentista?
5. Mãe com dente ruim, o filho vai ter dente ruim., ou mãe com dente ruim, o filho vai ter dente bom. Qual fala lhe parece mais exata?

Muito obrigada!



| Dentes Decíduos | Dentes Permanentes |      | CONDIÇÃO   |
|-----------------|--------------------|------|--|
|                 | Coroa              | Raiz |  |
| Coroas          |                    |      |  |
| A               | 0                  | 0    | Hígido   |
| B               | 1                  | 1    | Cariado  |
| C               | 2                  | 2    | Restaurado, com cárie                                    |
| D               | 3                  | 3    | Restaurado, sem cárie                                    |
| E               | 4                  | -    | Ausente, por motivo de cárie                             |
| -               | 5                  | -    | Ausente, por qualquer outro motivo                       |
| F               | 6                  | -    | Selante de fissuras                                      |
| G               | 7                  | 7    | Suporte de prótese, coroa protética ou faceta / implante |
| -               | 8                  | 8    | Dente não erupcionado, (Coroa)/raiz não exposta          |
| T               | T                  | -    | Traumatismo (fratura)                                    |
| -               | 9                  | 9    | Não registrado   |

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>NECESSIDADE DE TRATAMENTO</b> |
|----------------------------------|

|              |
|--------------|
| P – PRESENTE |
|--------------|

|             |
|-------------|
| A - AUSENTE |
|-------------|

### CONDIÇÕES PROTÉTICAS

- 0 = Sem prótese  
 1 = Prótese parcial fixa  
 2 = Mais de uma prótese parcial fixa  
 3 = Prótese parcial removível  
 4 = Próteses parciais, fixas e removíveis  
 5 = Prótese total removível  
 9 = Não registrado

| Superior                   | Inferior                   |
|----------------------------|----------------------------|
| (162) <input type="text"/> | <input type="text"/> (163) |

|                              |
|------------------------------|
| <b>NECESSIDADE PROTÉTICA</b> |
|------------------------------|

|             |
|-------------|
| 1- PRESENTE |
|-------------|

|            |
|------------|
| 2- AUSENTE |
|------------|

### NECESSIDADE DE TRATAMENTO IMEDIATO E ENCAMINHAMENTO

Condição potencialmente fatal

0 = Ausente

**Encaminhamento**

0 = Não

Dor ou infecção

1 = Presente

1 = Sim

9 = Não registrado

9 = Não registrado

Outra condição (especificar) \_\_\_\_

**ANEXO E**  
**CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DA SAÚDE BUCAL SEGUNDO A OMS**  
**(1999)**

**Condições dentárias e necessidade de tratamento**

O exame de cárie dentária deve ser conduzido com um espelho clínico plano. Não são recomendadas as radiografias e uso de fibras óticas devido à impraticabilidade da utilização dos equipamentos necessários.

Um dente deve ser considerado presente no arco, quando qualquer pequena parte do todo estiver apontada na cavidade oral.

Caso um dente permanente e outro decíduo ocupem o mesmo espaço, considera-se o permanente para a classificação.

Deve ser feito um registro em cada campo pertinente à condição coronária e radicular. No caso de levantamento em crianças, quando as condições radiculares não são avaliadas, um código 9 (não registrado) deveria ser grafado no campo pertinente à condição radicular.

Quando a coroa está destruída é considerada cárie de coroa. Quando não for possível julgar o local de origem, tanto a coroa quanto a raiz devem ser considerados cariados.

O código para as condições dentárias dos dentes decíduos e permanentes são dados na tabela abaixo.

**Códigos / Critérios: (Classificação em letras para os decíduos)**

0 / A – coroa hígida; raiz hígida

1 / B – coroa cariada; raiz cariada

2 / C – coroa restaurada com cárie; raiz restaurada com cárie

3 / D – coroa restaurada sem cárie; raiz restaurada sem cárie

4 / E – dente ausente como resultado de cárie; a condição radicular de um dente que tenha sido classificado como ausente à cárie deve ser codificada como “7” ou “9”

5 / (-) - dente permanente ausente; a classificação radicular deve ser “7” ou “9”

6 / F – selante de fissura

7 / G – dente suporte de prótese, a condição radicular é codificada como “9”.

8 / (-) – coroa não erupcionada, raiz não exposta.

T / T – traumatismo

9 / (-) – não registrada, para a condição radicular este código indica que o dente foi extraído, ou que a extensão do cálculo é tamanha que impede o exame radicular.

Os critérios para o diagnóstico e codificação são:

O (A) Coroa hígida. Uma coroa é considerada hígida caso ela não apresente evidências de cáries clínicas tratadas ou não. Os estágios de cárie que precedem a cavitação e não podem ser confiavelmente diagnosticados devem ser classificados como hígidos.

1 (B) Coroa cariada. A cárie é considerada presente quando uma lesão em uma fóssula ou fissura, ou em uma superfície dentária lisa, tem uma cavidade inconfundível, esmalte socavado, ou um assoalho ou parede detectavelmente amolecido. Um dente com uma restauração provisória ou selado mas também cariado, deve ser classificado nesta categoria. Nos casos em que a coroa tenha sido destruída por cáries, e somente a raiz tenha restado, a cárie é considerada como tendo originado-se na coroa, e portanto somente classificaremos como cárie coronária.

Raiz cariada. A cárie é considerada presente quando as lesões se apresentarem amolecidas ou borrachóides à sondagem pela sonda IPC. Caso a cárie radicular seja discreta, oriunda da coroa e requerer um tratamento separado, deve ser considerada com cárie radicular. Quando não for possível julgar o local de origem, tanto a coroa quanto a raiz devem ser consideradas cariadas.

2 (C) Coroa restaurada com cárie. Uma coroa é considerada restaurada, com cárie, quando tiver uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas que estão com cáries.

Raiz restaurada com cárie. Quando não é possível julgar o local de origem da lesão primária, tanto a coroa quanto a raiz devem ser consideradas restauradas com cárie.

3 (D) Coroa restaurada sem cárie. Uma coroa é considerada nesta categoria quando uma ou mais restaurações permanentes estão presentes e não existe cárie em ponto algum da coroa. Um dente que tenha recebido coroa protética por razões outras que não a cárie, por exemplo, um dente suporte de prótese fixa, é codificado como 7 (G).

Raiz restaurada sem cárie. Uma raiz é considerada sem cárie quando uma ou mais restaurações estão presentes e não existe nenhuma lesão cariiosa em qualquer ponto da raiz. No caso de restaurações envolvendo tanto a coroa quanto a raiz, o julgamento

quanto ao local de origem é mais difícil. Quando não é possível julgar o local de origem, tanto a coroa quanto a raiz deveriam ser considerados como restauradas.

4 (E) Dente ausente como resultado de cárie. Este código é utilizado para os dentes permanentes ou decíduos que tenham sido extraídos devido à cárie. Para os dentes decíduos ausentes, esta classificação somente deveria se usada com o indivíduo esteja em uma idade em que a esfoliação normal não pudesse ser uma explicação suficiente para a ausência do dente.

Em alguns grupos etários, pode ser difícil distinguirmos entre os dentes não erupcionados (código B) e os dentes ausentes (código 4 ou 5). O conhecimento básico dos padrões de erupção dentária, a aparência do rebordo alveolar na área do espaço dentário em questão e as condições de cárie dos outros dentes na boca fornecem informações úteis para a realização de um diagnóstico diferencial entre os dentes não erupcionados e aqueles extraídos.

5 (-) Dente permanente ausente, por qualquer outra razão. Este código é utilizado para os dentes permanentes considerados congenitamente ausentes, ou aqueles extraídos por razões ortodônticas, ou devido às doenças periodontais, traumatismo etc... A condição radicular para um dente classificado com 5, deveria ser 7 ou 9.

6 (F) Selante de fissura. Este código é utilizado para os dentes nos quais foi colocado um selante de fissuras na superfície oclusal, ou para os dentes nos quais a fissura oclusal foi amplamente aumentada por uma broca esférica com a aplicação de resina composta.

7 (G) Dente suporte de prótese, coroa protética ou faceta. Este código é utilizado para a condição coronária, a fim de indicar que um dente faz parte de uma prótese parcial fixa. Também pode ser utilizado para coroas protéticas colocadas por outras razões que não a cárie e para recobrimentos facetados e laminados na face vestibular de um dente no qual não existam evidências de cáries ou de uma restauração. Os dentes ausentes substituídos por pânticos de próteses são codificados com 4 ou 5 quanto à condição coronária, enquanto a condição radicular é codificada como 9.

8 (-) Coroa não erupcionada. Esta classificação está restrita aos dentes permanentes e é utilizada somente para um espaço dentário com um dente permanente não erupcionado mas sem um dente decíduo. Os dentes classificados como não erupcionados são excluídos de todos os cálculos relativos à cárie dentária. Esta

categoria não inclui os dentes com ausência congênita, nem os dentes perdidos por traumatismo etc. Para um diagnóstico diferencial, usar o código 5.

T (T) Traumatismo, fratura. Uma coroa é classificada como fraturada quando parte de sua superfície está ausente como resultado de um traumatismo mas sem evidências de cáries.

9 (-) Não registrado. Este código é utilizado para quaisquer dentes permanentes erupcionados que não possam ser examinados por qualquer razão como hipoplasias, bandas ortodônticas... Este código é utilizado para a condição radicular a fim de indicar ou que o dente foi extraído, ou que está presente o cálculo em uma extensão tal que torne impossível o exame radicular.

Os dados sobre a necessidade de tratamento são de grande valor, pois fornecem uma base para a estimativa dos requisitos de recursos a um programa de saúde bucal, como fornecem dados qualitativos e quantitativos das condições locais prevalentes.

A necessidade de tratamento restaurador e/ou protética não será especificada neste estudo, apenas consideraremos a condição presente (P) ou ausente (A).

**CONDIÇÕES PROTÉTICAS** Os seguintes códigos são fornecidos:

- 0 - Sem próteses
- 1 - Prótese parcial fixa
- 2 - Mais de uma prótese parcial fixa
- 3 - Prótese parcial removível
- 4 - Tanto próteses parciais fixas quanto removíveis
- 5 - Prótese total removível
- 9 - Não registrado

Necessidade de tratamento imediato

**Códigos:**

- 0 - Ausente
- 1 - Presente
- 9 - Não registrado

Os códigos serão aplicados às condições potencialmente fatais, dor ou infecção

ou outras condições que devem ser especificadas.

### **REGISTRO PERIODONTAL SEGUNDO O.M.S. (1999)**

Por iniciativa da OMS, foi desenvolvido um sistema de índice para a avaliação das necessidades de tratamento periodontal. Tal índice é denominado Índice periodontal comunitário (IPC).

Três indicadores das condições periodontais são utilizados na avaliação: Sangramento gengival, cálculo e bolsas periodontais.

A dentição é dividida em 6 partes definidos pelos números dentários: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48.

Um sextante deve ser examinado somente se houver dois dentes ou mais presentes, os quais não estiverem indicados para exodontia.

Para indivíduos abaixo de 20 anos de idade, a OMS estipula somente 6 dentes indicadores a serem examinados. São eles: 16, 11, 26, 36, 31 e 46. Esta determinação é para evitar o registro do aprofundamento de sulco associado com a erupção, classificando-o como bolsa periodontal.

Pelo mesmo motivo, quando indivíduos menores de 15 anos são examinados, as bolsas periodontais não devem ser registradas, isto é, somente o sangramento e a presença de cálculos devem ser levados em consideração.

Caso não existam dentes indicadores presentes em um sextante qualificado para um exame, todos os dentes remanescentes naquele sextante são examinados e o índice mais alto é registrado como o índice para o sextante.

Verificação de bolsas gengivais e cálculos: O dente indicador deve ser sondado, utilizando-se a sonda como instrumento “sensor” para a determinação da profundidade da bolsa periodontal e para a detecção de cálculos subgengivais e de sangramento pela sondagem. A sonda deve ser inserida seguindo a configuração anatômica da superfície da raiz dentária. A força de sondagem não deve ser superior a 20 gramas. Para calibração da força de sondagem, um teste prático é recomendado pela OMS (1999): Coloca-se a ponta da sonda sobre a unha do polegar pressionando-a até que ocorra o

empalidecimento.

Para a pesquisa dos cálculos subgengivais, a OMS (1999) preconiza a utilização da menor força possível que permita a movimentação da sonda ao longo da superfície dentária.

A ponta da sonda deve ser inserida suavemente no sulco gengival ou na bolsa e a extensão total do sulco ou da bolsa deve ser sondada. A sonda é movimentada com movimentos curtos, suavemente, para cima e para baixo ao longo do sulco dental ou da bolsa periodontal.

Os escores variaram de 0 a 4, podendo ou não, estarem associados a um asterisco (\*), segundo os critérios relacionados a seguir:

- **CÓDIGO 0:** não há sangramento a sondagem, ausência de cálculo e excessos de margens restauradoras. Tal registro, quando o mais alto para o paciente, implica apenas em necessidade de se manter o paciente sob medidas preventivas adequadas.
- **CÓDIGO 1:** presença de sangramento a sondagem; sem cálculo e excessos nas margens das restaurações. As necessidades de tratamento constituem-se de eliminação da placa supragengival pelo profissional e instrução de higiene bucal.
- **CÓDIGO 2:** ausência da bolsa periodontal, sangramento a sondagem, presença de cálculo supra e/ou subgengival e/ou excessos nas margens de restaurações. Implica necessidade de raspagem e polimento das superfícies dentais, remoção dos excessos de restaurações, e medidas preventivas adequadas como instrução de higiene bucal.
- **CÓDIGO 3:** presença de bolsa de 3,5 a 5,5 mm, indicando a necessidade de exame periodontal complementar apenas do sextante com periodontopatia, radiografias, medidas de bolsa e nível de inserção e outros. Indica necessidade de tratamento periodontal especializado do sextante.
- **CÓDIGO 4:** presença de bolsa periodontal acima de 5,5 mm. Pode ser considerada periodontite avançada, neste caso haveria necessidade de se realizar um minucioso exame periodontal convencional de toda boca, medidas de bolsas, periodontograma, radiografias entre outros. Implica necessidade de tratamento periodontal especializado e complexo.

## ANEXO F

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada paciente, estamos fazendo um trabalho de pesquisa, em nível de mestrado, na área de odontopediatria na Universidade Federal de Minas Gerais. O objetivo é saber o que as gestantes adolescentes pensam de sua própria saúde bucal e avaliar clinicamente a cavidade bucal de cada entrevistada. Queremos conhecer melhor as necessidades e a forma de pensar desse grupo de pessoas.

Caso seja constatada qualquer necessidade de tratamento, você será encaminhada ao projeto de extensão “Saúde bucal para adolescentes” da UFMG. Seu tratamento não estará cancelado caso desista de participar da pesquisa ou após o término desta.

Não existem respostas certas ou erradas.

Esta pesquisa não oferece qualquer risco à sua saúde ou à do bebê, e é muito importante que seja dito o que você realmente pensa, para a eficácia dos estudos.

Nenhuma informação pessoal será divulgada. Você tem liberdade para se recusar a participar desta avaliação ou negar seu consentimento a qualquer momento. Você também pode se recusar a responder a qualquer pergunta caso lhe traga algum tipo de constrangimento.

A entrevista será gravada. A fita será apagada logo que suas respostas forem analisadas.

Obrigada por sua colaboração!

Pesquisadora: Maria Luiza da Matta Felisberto Fernandes  
Rua Piauí, 1190 / 404 - Funcionários. Tel: 3224-0815

COEP - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG  
Av. Alfredo Balena, 110, 1º andar - Santa Efigênia tel :3248-9364

PACIENTE: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

LOCAL / DATA : \_\_\_\_\_

## ANEXO G

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA

### DECLARAÇÃO

Declaro que, como Coordenadora do Projeto de Extensão "Saúde Bucal para Adolescentes" me responsabilizo pelo atendimento odontológico das gestantes adolescentes, que serão examinadas pela aluna do Mestrado em Odontopediatria (FO/UFMG), Maria Luiza da Matta F. Fernandes, durante a coleta de dados para sua pesquisa, "A percepção sobre a saúde bucal de gestantes adolescentes de Belo Horizonte, atendidas pelo SUS".



Prof.a, Efigênia Ferreira e Ferreira  
Coordenadora do Projeto

- PROFESSORA -  
*Efigênia Ferreira e Ferreira*  
CRO-MG 2967  
Faculdade de Odontologia - UFMG

## ANEXO H

### CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA – BRASIL (1996)

Este critério é adotado desde agosto de 1997 e segue o seguinte sistema :

#### SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

|  | Não<br>Tem | Tem |   |   |        |
|--|------------|-----|---|---|--------|
|  |            | 1   | 2 | 3 | 4 ou + |
| Televisão em cores   | 0          | 2   | 3 | 4 | 5      |
| Rádio  | 0          | 1   | 2 | 3 | 4      |
| Banheiro   | 0          | 2   | 3 | 4 | 4      |
| Automóvel  | 0          | 2   | 4 | 5 | 5      |
| Empregada Mensalista   | 0          | 2   | 4 | 4 | 4      |
| Aspirador de pó  | 0          | 1   | 1 | 1 | 1      |
| Máquina de lavar   | 0          | 1   | 1 | 1 | 1      |
| Videocassete   | 0          | 2   | 2 | 2 | 2      |
| Geladeira  | 0          | 2   | 2 | 2 | 2      |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | 0          | 1   | 1 | 1 | 1      |

#### Grau de Instrução do chefe de família

|   |   |
|---|---|
| Analfabeto / Primário incompleto        | 0 |
| Primário completo / Ginásial incompleto | 1 |
| Ginásial completo / Colegial incompleto | 2 |
| Colegial completo / Superior incompleto | 3 |
| Superior Completo                       | 5 |

Apesar do estudo ter considerado a posse de diversos outros itens de produtos e serviços, optou-se por utilizar apenas os mais significativos. É que diversos deles, mesmo contendo aspectos simbólicos de modernidade muito interessantes, de fato ainda não oferecem índice discriminador real na base total da população, não proporcionando vantagem suficiente para compensar o aumento de trabalho de coleta e manipulação de dados.

Considerando esses itens de consumo, grau de instrução do chefe de família e presença de empregada mensalista, foi obtida uma distribuição de pontos que permitiu dividir a população brasileira em cinco classes econômicas, ou seja, cinco grupos com poder de compra diferenciado. Foi feita ainda uma subdivisão nas duas classes superiores, chegando-se a um total de sete segmentos de renda e poder de compra, como pode ser observado a seguir:

**CORTES DO CRITÉRIO BRASIL**

| <b>Dados LSE 96</b> |               |                     |
|---------------------|---------------|---------------------|
| <b>Classe</b>       | <b>PONTOS</b> | <b>Total Brasil</b> |
| A1                  | 30-34         | 1                   |
| A2                  | 25-29         | 4                   |
| B1                  | 21-24         | 7                   |
| B2                  | 17-20         | 12                  |
| C                   | 11-16         | 31                  |
| D                   | 6-10          | 33                  |
| E                   | 0-5           | 12                  |

A divisão das classes A e B em A1, A2, B1 e B2 atende às necessidades das empresas mais interessadas em ter uma “sintonia fina” do mercado, em função do processo de segmentação que estamos vivendo. De qualquer forma, é importante notar mais uma vez que o Critério não estabelece diferenças ou classificações psicográficas ou culturais, pois tem características exclusivamente econômicas.

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias.

A faixa de renda familiar em dólares está explicitada na tabela abaixo. Vale lembrar que em 1996 a moeda nacional, ou seja, o Real, equivalia ao Dólar americano. Hoje, em 2002, observa-se uma desvalorização da moeda nacional, afetando assim o poder de compra dos consumidores em 50% já que o dólar está cotado 2 vezes mais que o Real.

Renda Familiar Por Classes (US\$= taxa de venda dez/96)

| <b>Classe</b> | <b>Pontos</b> | <b>Faixa de renda (US\$)</b> | <b>Renda Média (US\$)</b> |
|---------------|---------------|------------------------------|---------------------------|
| A1            | 30-34         | 5347 ou mais                 | 5673                      |
| A2            | 25-29         | 2833 a 5346                  | 3603                      |
| B1            | 21- 24        | 1705 a 2832                  | 2352                      |
| B2            | 17-20         | 1025 a 1705                  | 1553                      |
| C             | 11-16         | 478 a 1024                   | 812                       |
| D             | 6-10          | 253 a 477                    | 419                       |
| E             | 0-5           | até 252                      | 220                       |

## **PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS**

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

### **Considerar os seguintes casos**

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

### **Não considerar os seguintes casos**

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

### **Televisores**

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

### **Rádio**

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

### **Banheiro**

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e

os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

### **Automóvel**

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

### **Empregada doméstica**

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

### **Aspirador de Pó**

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

### **Máquina de Lavar**

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o **tanquinho** deve ser considerado.

### **Videocassete**

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete.

### **Geladeira e Freezer**

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.