

**PREVALÊNCIA DE CÁRIE EM ADOLESCENTES GESTANTES RELACIONADA
AO CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE BUCAL EM PORTO VELHO-RO**
**PREVALENCE OF CARIES IN ADOLESCENTS PREGNANTS RELATED TO THE
KNOWLEDGE ON ORAL HEALTH IN PORTO VELHO-RO**

Cleson Oliveira de Moura¹
Rodrigo Queiroz Aleixo²
Frank Aragão de Almeida³
Henriete Mac-Lins Lima e Silva⁴
Kátia Fernanda Alves Moreira⁵

RESUMO: O objetivo desta pesquisa foi realizar um levantamento da prevalência de cárie dental em adolescentes gestantes no bairro Mariana, município de Porto Velho-RO relacionando com o grau de conhecimento sobre higiene bucal e o nível sócio econômico. A amostra foi constituída por 26 gestantes entre 14 a 19 anos. Foram coletadas informações, através da aplicação de um questionário a cada participante, com perguntas referentes à gestação e hábitos de higiene bucal, bem como grau de instrução e conhecimento sobre a doença cárie, seguindo o roteiro de entrevista. A prevalência de cárie foi avaliada através do índice CPO-D. Em relação ao nível de escolaridade, 69% (18) apresentou o nível fundamental incompleto; 85% (22) possuíam baixa renda familiar. Em relação aos hábitos de higiene bucal, 53,84% (14) relatou realizar 3 escovações ao dia e 64% (16) não costumava usar o fio dental. Em relação ao auto-conhecimento de saúde bucal, 88% (23) relataram apresentar algum dente cariado e 65% (17) afirmou que a cárie pode ser transmitida. O índice CPO-D médio foi 8,4. Pode-se concluir que as condições bucais das gestantes examinadas são precárias, as mesmas mostram bom conhecimento em relação ao seu estado de saúde bucal, sendo que a maioria apresenta baixa renda, baixo nível de instrução e realiza tratamento odontológico em Unidades Públicas de Saúde (SUS). Recomendamos, assim, a necessidade de acompanhamento às gestantes, em seu pré-natal, pelas equipes de saúde bucal e incentivo às mesmas a realizarem os seus tratamentos odontológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; Adolescente; Cárie dentária; Saúde bucal.

ABSTRACT: The aim of this research was to carry out a survey of the prevalence of dental caries in pregnant adolescents in the district of Mariana in Porto Velho-RO, Brazil regarding to the knowledge degree about oral hygiene and the social-economic level. The sample was constituted by 26 pregnant between 14 and 19 years old. Information through the application of a questionnaire to each participant with referring questions to the pregnancy and habits of oral hygiene had been collected, as well as degree of instruction and knowledge about the illness caries, following the interview script. The prevalence of caries was evaluated through index DMFT. Regarding to the school level, 69% (18) presented incompleted basic level; 85% (22) had low familiar income. Regarding to the habits of oral hygiene, 53.84% (14) told to carry out 3 tooth brushing a day and 64% (16) did not usually use the dental floss. Regarding to the self knowledge about oral health, 88% (23) of them had told they presented some toothdecay and 65% (17) affirmed to find that the caries can be transmitted. The

¹ Cirurgião Dentista do Programa de Saúde da Família-Município de Porto Velho-RO. cleson.moura@hotmail.com

² Mestre em Odontologia Especialista em Programa de Saúde da Família Professor da Faculdade São Lucas (Bioquímica, Microbiologia, Diagnóstico)

³ Cirurgião Dentista especialista em Saúde Pública, integrante do Programa de Saúde da Família-Município de Porto Velho-RO. frank1408@hotmail.com

⁴ Cirurgião Dentista especialista em Saúde Pública, integrante do Programa de Saúde da Família-Município de Porto Velho-RO. henriete.maclins@hotmail.com

⁵ Professora Adjunta da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Doutora em Enfermagem-USP. katiounir@gmail.com

average index DMFT was 8.4. We concluded that the oral conditions of the examined pregnant are precarious, and the same ones show good knowledge regarding to their state of oral health, being that the most of them presents low income, low level of instruction and carry out dentistry treatment in public Health units (SUS). Thus, we recommend the necessity of attendance to the pregnant during their prenatal period, by the teams of oral health and incentive them to carry out their dentistry treatments.

KEY WORDS: Pregnants; Adolescent; Dental caries; Oral health.

INTRODUÇÃO

A política de atenção básica reafirma o compromisso das esferas administrativas que compõem o SUS (Sistema Único de Saúde) com a oferta de ações de saúde dirigidas para esses grupos populacionais mais vulneráveis e para algumas áreas específicas, estando contempladas, neste aspecto, a saúde bucal e a saúde da mulher onde o grupo de gestantes é tido como um subgrupo que merece atenção especial, mais ainda quando se trata de gestantes adolescentes, por questões de ordem fisiológicas, psicológicas e sociais (BRASIL, 2006). A adolescência, por sua vez, é considerada uma etapa da vida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, associado à vulnerabilidade em relação aos agravos de saúde (BRASIL, 2005), bem como à gestação.

Oselka & Troster (2000) relataram que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos e que para o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/90), é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade sendo essa diferença pouco relevante frente a todas as modificações biológicas, psicológicas e sociais que caracterizam esse período da vida.

Evidentemente, a parte clínica da odontologia é extremamente necessária e importante para a população em geral. No entanto, nessa área de atuação, na grande maioria das vezes, o usuário é resumido à cavidade bucal, esquecendo-se do restante do corpo físico, mental e de tudo que está no seu entorno. Um exemplo é o fato de pouco se levar em consideração os aspectos culturais, sociais e econômicos que envolvem e fazem parte da vida dos usuários e que são de igual importância em relação às outras ramificações da odontologia.

O modelo assistencial médico-privatista, que vigorou efetivamente no Brasil, nas décadas de 60 e 70 e início dos anos 80, sofreu influências do sistema de

assistência de saúde presente nas décadas anteriores do século passado, inclusive do modelo assistencial sanitarista⁶ e caracteriza-se centrado na figura do profissional especialista, utilizando tecnologias para o diagnóstico e tratamento das doenças; predominantemente curativo, privilegiando a doença em sua expressão individualizada, como objeto de sua intervenção; atendimento de demanda espontânea e ocasional; ações de saúde produzidas a partir de prestação de serviços, sendo privilegiado o hospital; não humanizado; desvinculação dos profissionais de saúde e comunidade e limitado à ação setorial (AQUINO, 1997; CARVALHO et al., 2001).

O modelo assistencial da vigilância da saúde começou a surgir efetivamente a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse modelo é caracterizado por ações de saúde realizadas por equipes multiprofissionais; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas, considerando o indivíduo como sujeito integrado à família e à comunidade; intervenções de forma operacional sobre problemas de saúde (danos, risco e/ou determinantes), com ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; atendimento de oferta organizada e delimitada territorialmente; sistema hierarquizado, tendo a atenção básica como eixo estruturante do modelo de atenção; humanizado; estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e comunidade e ação intersetorial (AQUINO, 1997; CARVALHO et al., 2001).

A estratégia de saúde da família surge então, a partir do ano de 1994, com o papel de reorganizar a atenção básica de saúde. Essa reorganização é uma etapa fundamental no sentido de reorientar a lógica assistencial do SUS, segundo os seus princípios, na perspectiva da construção do modelo da vigilância da saúde.

A Portaria Ministerial Nº 1.444 publicada em 28 de Dezembro de 2000 oficializou a inserção de “profissionais de saúde bucal” nas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). As equipes de saúde bucal (ESB), inseridas nesse contexto, podem apresentar-se sob duas modalidades: modalidade 1, composta de um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar em saúde bucal (ASB) e modalidade 2, com

⁶ Privilegia o controle de agravos ou grupo de risco de adoecer e morrer, tendo como sujeito o sanitarista, e a intervenção de saúde está organizado sob a forma de campanhas e programas especiais, temporários, requerendo grande mobilização de recursos e sua administração ocorre de forma centralizada.

um CD, um ASB e um técnico em saúde bucal (TSB) (ANDRADE; FERREIRA, 2006).

Segundo Araújo & Dimenstein (2005) a formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas sempre esteve voltada para as questões biológicas, ações curativas e técnicas, com pouca ênfase para o processo saúde-doença, para a análise de fatores sócio-econômicos e psicológicos e para o desenvolvimento de atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

O cirurgião dentista da família deve sempre buscar meios para aprofundar seus conhecimentos à luz da filosofia do PSF e da Educação Permanente em Saúde, participando de cursos que possibilitem uma reflexão teórica qualitativa acerca das atividades desenvolvidas, visando colocar em prática um dos princípios do SUS que é a integralidade dos cuidados (ARAÚJO; DIMENSTAIN, 2005).

Dentro da estratégia de saúde da família a educação em saúde é tida como sendo atribuição de todos os profissionais que fazem parte da equipe, devendo os mesmos estar capacitados para prestar assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida para enfrentar, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença, e desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (ALVES, 2005).

Padilha et al. (2005) relatam que dentro do Programa de Saúde da Família “destaca-se a importância da informação como elemento-chave para o planejamento e execução das ações em saúde bucal, a importância fundamental de conhecer sua área de abrangência, os problemas de saúde de sua população e que condições o serviço oferece para o enfrentamento de tais problemas”.

Durante a gestação, ocorrem diversas alterações, tanto fisiológicas quanto psicológicas. Entre elas, a emotividade, a crença e o medo são obstáculos que podem levar à instalação ou agravamento da doença cárie. A orientação sobre saúde bucal deve ser incluída até mesmo nos exames pré-natais, com o objetivo de desmistificar crenças populares comumente observadas, tais como: “um dente para cada filho”, “gravidez enfraquece os dentes” (MOREIRA et al., 2004). Segundo Menino & Bijella (1995), grande parte das gestantes acredita que a gravidez pode

causar problemas na boca, sendo que a maior parte acha que os dentes ficam enfraquecidos, pois o bebê retira o cálcio dos dentes.

No âmbito coletivo, a cárie dentária, assim como qualquer doença, é socialmente determinada, sendo que seus fatores causais são estabelecidos a partir de condições concretas de vida (CMOS, 1997). No plano individual, o processo de instalação da cárie no órgão dental apresenta natureza etiológica multifatorial com aspectos relacionados ao hospedeiro, ao substrato (dieta) e ao microrganismo (CMOS,1997; TOMMASI, 1989).

A cárie dentária é uma doença de origem bacteriana, sendo considerada, portanto, infecciosa, transmissível e de caráter crônico. A transmissão dos *S. mutans* vem adquirindo grande importância para a Odontologia, isto porque crianças que adquirem estes microorganismos muito precocemente, têm uma tendência de apresentar, no futuro, maior prevalência de cárie do que aquelas que tardiamente se infectam com estas bactérias, sendo as mães as principais responsáveis pelo processo de contaminação dos seus filhos (CMOS, 1997).

O incremento de cárie na dentição da mãe apresentou correlação significativa com a incidência de cárie na dentição dos filhos, ficando também evidenciado a associação entre incidência de cárie na primeira infância (até dois anos de idade) e a presença de biofilme dental (ZANATA et al., 2003).

O biofilme dental é o agente etiológico primário no desenvolvimento da cárie. Sendo assim, sua remoção é de fundamental importância para o controle dessa patologia. O controle da placa pode ser realizado de forma química (substâncias químicas como os antimicrobianos) e/ou mecânica (escova em associação com um creme dental e fio dental). É válido ressaltar que o controle mecânico é a principal forma de prevenção da cárie dentária (CMOS, 1997).

Investir na educação da “mãe-gestante” determina melhor qualidade de vida ao bebê e a toda a família visto que no período gestacional ela está mais motivada e interessada em informações que possam beneficiar seu filho (MIRANDA et al., 2004).

É imprescindível uma maior interação da classe odontológica com médicos e enfermeiros obstetras e outros profissionais da saúde que acompanham a gestante, a fim de possibilitar a inserção da mulher grávida na filosofia de promoção de saúde,

alcançando efeitos benéficos inestimáveis para si, seu filho e sua família (FELDENS et al., 2005).

Segundo Fourniol Filho (1981), o incremento do número de cáries em gestantes pode ser devido à deficiência ou ausência de higienização bucal durante a gestação, durante a lactação e ainda recidivas ou quedas de restaurações por motivos técnicos. De acordo com Santos-Pinto et al. (2001), apenas 25% das gestantes procuram tratamento odontológico durante a gestação, o que denota falta de cuidado com sua própria saúde. Pouca importância é dada à utilização do fio dental, flúor e ao cuidado na alimentação (MEDEIROS; RODRIGUES, 2003).

Montandon et al. (2001), em sua pesquisa realizada em João Pessoa-PB, relataram que, de um universo de 108 gestantes, 67 diminuíram a frequência de escovação, principalmente pela manhã quando ocorriam os momentos de maior enjojo; 80% delas nunca receberam aplicações tópicas de flúor e nem orientações acerca dos seus benefícios. Esta mesma pesquisa mostra a cárie como doença bucal de maior prevalência, atingindo 104 mulheres.

Menino & Bijella (1995), em pesquisa realizada com 150 gestantes, relataram que 82% já receberam alguma informação ou orientação sobre como cuidar da sua boca sendo que 95,3% não receberam orientação durante a gravidez.

Na pesquisa realizada por Oliveira & Oliveira (1999) com 100 gestantes, 72% não sentiram motivação em procurar acompanhamento odontológico. Das 28 que procuraram esse acompanhamento, apenas 5% foram por prevenção e o restante foi pela presença de dor e/ou cárie. Percebe-se, segundo esses autores, que existe o receio de que a realização do tratamento odontológico prejudique o desenvolvimento do bebê.

Muitos profissionais deixam de atender as gestantes por se sentirem inseguros e/ou despreparados. A pesquisa de Miranda et al. (2004), realizada com 150 dentistas em Belo Horizonte-MG, mostrou que 48% não receberam nenhum treinamento específico sobre orientação da gestante com vistas à saúde bucal do bebê.

Martins & Martins (2002) avaliaram que, tanto a sua pesquisa, quanto outras pesquisas, voltadas às mulheres grávidas, são importantes para que tenha início um processo de reconscientização das pessoas quanto ao período gestacional, dando

fim às teorias sem embasamento científico que, por vezes, contradizem os profissionais de saúde, prejudicando o seu trabalho de orientação às gestantes quanto à saúde bucal.

A promoção de saúde deve estar embasada em práticas de educação em saúde voltadas a esclarecimentos sobre as doenças bucais e métodos de higiene bucal, para mulheres no período gestacional ou pré-gestacional, para que elas tomem os cuidados de prevenção das doenças bucais e procurem os serviços de tratamento odontológico quando essas doenças bucais já estiverem instaladas, já que a saúde bucal influencia na saúde geral dessas mulheres, dos seus filhos e das pessoas em geral (BOGGESS; EDELSTEIN, 2006).

Durante muitos anos a odontologia apresentou-se como algo para poucos, devido ao alto custo de seus materiais e conseqüentemente do tratamento odontológico. A conseqüência disso é que 50% dos brasileiros na faixa etária de 40 anos de idade são desdentados (NARVAI, 1994).

É fato que o alto custo do tratamento odontológico permanece até hoje. Porém, desde o século passado, é prevista a aplicação de métodos de prevenção em massa, baseados na fluoretação das águas de abastecimento público, pelo uso de dentifrícios fluoretados por grande parte da população e pela ampliação do acesso as ações coletivas de saúde bucal, nas quais se inserem os Procedimentos Coletivos (PC), realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (FREITAS, 2001).

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi realizar um levantamento da prevalência de cárie dental em adolescentes gestantes do Bairro Mariana no município de Porto Velho-RO relacionando com o grau de conhecimento sobre higiene bucal e o nível sócio econômico, bem como determinar o perfil socioeconômico da população estudada e descrever o grau de conhecimento das adolescentes gestantes sobre higiene bucal, especificamente no que se refere à cárie dental.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho se propôs analisar as condições de saúde bucal das gestantes adolescentes em uma comunidade no município de Porto Velho-RO:

bairro Mariana, através de uma pesquisa transversal com abordagem quantitativa. Essa área recebe assistência à saúde através da Estratégia de Saúde da Família, havendo, portanto, um efetivo controle do número de gestantes. Para a realização pesquisa, foi elaborado um projeto que foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade São Lucas que emitiu o parecer “aprovado” (protocolo 86/07), bem como autorização emitida pelo Secretário Municipal de Saúde para a realização do trabalho em uma unidade pública de saúde. A pesquisa com as participantes foi realizada mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (pelos responsáveis, em caso de menores de idade). Foram cadastradas 39 gestantes adolescentes na Unidade de Saúde da Família do bairro Mariana. Destas, foram examinadas 26, sendo que as demais não compareceram à Unidade no período da pesquisa ou não foram encontradas em seu domicílio, ou ainda recusaram-se a participar da pesquisa.

Foi aplicado um questionário a cada participante com perguntas referentes à gestação e hábitos de higiene bucal, bem como grau de instrução e conhecimento sobre a doença cárie, seguindo um roteiro de entrevista especialmente elaborado para esta pesquisa.

Em seguida foi realizado um exame odontológico, sempre por um único examinador, sob luz natural, com a participante sentada em cadeira comum, com o auxílio de espátula de madeira (abaixador de língua), gaze esterilizada, espelho clínico bucal (SS White) e sonda exploradora de ponta romba (SS White) esterilizados.

Deve ser salientado que as normas universais de biossegurança foram sempre respeitadas e seguidas. Para exame odontológico, foi utilizado o índice epidemiológico CPO-D (cariados-C; perdidos-P; obturados-O) (CHAVES, 1986). Os critérios de diagnóstico para dente hígido *versus* cariado foram aqueles utilizados no levantamento epidemiológico SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Os resultados obtidos em cada exame foram anotados nos campos específicos do roteiro individual de entrevista. Os terceiros molares não foram considerados nesta pesquisa.

Após a entrevista e o exame, as gestantes receberam orientações sobre higiene bucal da mãe e do bebê, transmissibilidade da doença cárie, importância de

uma dieta saudável e da amamentação. Receberam ainda um kit de higiene bucal contendo escova dental, dentífrico fluoretado e fio dental.

Após todo o levantamento concluído, os dados foram tabulados em planilhas no programa Microsoft Excel 2003 e apresentados sob a forma de tabelas, analisando-se a relação entre a condição bucal encontrada, o grau de conhecimento sobre saúde oral e o perfil sócio-econômico, através de estatística descritiva. Foram realizadas algumas análises estatísticas dos dados com o auxílio do software BioEstat 2.0 aplicando-se os testes estatísticos ANOVA e *Teste t*. Para a análise da experiência de cárie com o nível de instrução e frequência de escovação foram necessárias a divisão em apenas dois grupos cada devido ao tamanho da amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil Sócio Econômico

A amostra foi constituída por 26 gestantes, as quais apresentaram idade entre 14 e 19 anos, sendo as idades de 15 e 19 anos as mais representativas da amostra com cinco (19,2%) e oito (30,8%) gestantes, respectivamente (Tabela 1). A média de idade foi de 17 anos ($\pm 1,75$). O estado civil das gestantes se encontra representado com 62% (16) de casadas e 38% (dez) de solteiras.

Tabela 1- Faixa etária das gestantes adolescentes do Bairro Mariana – Porto Velho/RO (2007)

IDADE	n	%
11	-	-
12	-	-
13	-	-
14	2	7,7
15	5	19,2
16	3	11,5
17	4	15,4
18	4	15,4
19	8	30,8

Quanto à idade gestacional, prevaleceram gestantes no primeiro e terceiro trimestres, correspondendo a 46% (13) e 31% (oito), respectivamente, sendo que 65% (17) encontravam-se na primeira gestação e 35% (nove) não eram mais

primigestas, apesar de ainda estarem na faixa etária da adolescência. Almeida Júnior et. al (2005) relataram, em sua pesquisa, que (48,8%) gestantes encontravam-se no terceiro trimestre de gestação seguido por (40,0%) no segundo trimestre.

Em relação ao nível de instrução do grupo estudado, 69% (18) apresentaram o nível fundamental incompleto, sendo que nesse grupo, 41% (sete) estiveram presentes na faixa etária de até 15 anos de idade, que é a faixa etária de conclusão do nível fundamental nos casos em que não há atrasos escolares como reprovação ou evasão escolar. 59% (11) apresentaram idade superior a 15 anos estando, portanto, fora da faixa etária regular de conclusão do ensino fundamental. É válido ressaltar aqui que 100% das gestantes eram alfabetizadas. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, em seu Artigo 32, na redação dada pela lei nº 11.274 de 6 de Fevereiro de 2006, diz: “O ensino fundamental obrigatório, com duração de 9 (nove) anos (...) iniciando-se aos 6 (seis) anos de idade,...” (BRASIL, 2006).

Menino & Bijella (1995) em sua pesquisa realizada com gestantes de média de idade de 23 anos, constataram que 62,3% não completaram o primeiro grau (nível fundamental).

Com relação à renda familiar, verificou-se que mais da metade das gestantes, 58% (15), dispuseram de uma renda familiar de um a dois salários mínimos. Isso, somado com os 27% (sete) das gestantes cuja renda familiar foi de até um salário mínimo, nos dá um total de 85% (22) que não puderam contar com uma renda familiar superior a dois salários mínimos. Destacamos ainda que, apenas 4% (uma) dispõem de renda familiar superior a quatro salários mínimos.

Em seu estudo, Martins & Martins (2002) relataram que a maioria das gestantes também era de nível socioeconômico baixo (renda mensal familiar variando de um a dois salários mínimos). A pesquisa realizada por Ramos et al. (2006), constatou que 82,9% das gestantes também eram pertencentes à classe média baixa. Para Oliveira & Oliveira (1999) há um desconhecimento da importância da manutenção da saúde bucal durante a gestação entre as gestantes da classe baixa.

Menino & Bijella (1995) classificaram a sua amostra de gestantes como *pobre* (70,6% vivem com três ou menos de três salários mínimos). Destas, 91,3% das gestantes relataram a cárie como sendo o problema (doença) da boca mais conhecido sendo que, para os autores, uma parcela significativa de 42,7% das gestantes não soube responder à pergunta “o que é cárie?”, sendo por eles concluído que há pouco conhecimento sobre a cárie por parte dessas gestantes.

Com relação ao número de consultas odontológicas por ano, das 26 gestantes entrevistadas, mais da metade – 65% (17) – relataram a frequência de uma consulta por ano. É importante aqui ressaltar que 11% (três) das gestantes nunca compareceu a uma consulta odontológica, apesar de residir em uma área coberta por equipe de saúde da família e fazer parte de um dos grupos que merecem atenção especial por parte dos profissionais que têm como estratégia de trabalho as diretrizes do “saúde da família”. Oliveira & Oliveira (1999) relataram que as crenças, os mitos e os receios populares influenciam, significativamente, na relação dentista/gestantes.

Das gestantes que já realizaram tratamento odontológico, observou-se um percentual de 69% que o fizeram em uma Unidade de Saúde pública, 22% em consultório particular e 9% receberam atendimento em outros lugares como sindicatos e escolas, sendo que estes, geralmente, oferecem tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde. Estes dados demonstram que a maioria das gestantes (78%) recebeu atendimento odontológico em locais públicos que o ofertam de forma gratuita e pode ser justificado pela baixa renda familiar de que dispõem essas gestantes, alertando para o fato de que gestantes com esse perfil apresentam grande probabilidade de busca de atendimento por cirurgiões-dentistas que compõem as equipes de saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família o que indica que esses profissionais têm que estar preparados para acolher esse público, oferecendo um atendimento de qualidade.

Martins & Martins (2002) em sua pesquisa, relataram que 80% das primigestas e 82,86% da multigestas não haviam visitado na atual gestação, os respectivos cirurgiões-dentistas. Ramos et al. (2006) afirmam que 68% das gestantes não procuraram o cirurgião-dentista no período gestacional. Oliveira & Oliveira (1999) encontraram um percentual de 72% de gestantes que não se

sentiram motivadas a procurar um acompanhamento odontológico durante a gravidez, relatando ainda que os serviços públicos de assistência pré-natal demonstraram carência de serviços odontológicos educativos-preventivos de assistência a gestantes.

Menino & Bijella (1995) relataram que apenas 17,3% das gestantes procuraram atendimento odontológico (57,7 % procuraram por tratamento de rotina e 42,3% foram à procura do tratamento de urgência), sendo que dessas, 15,4% foram recusadas pelo profissional no consultório o que, segundo os autores, demonstrou uma certa resistência das gestantes em procurar atendimento odontológico e houve uma certa recusa dos dentistas em atendê-las.

Quanto ao grau de conhecimento das adolescentes gestantes sobre higiene bucal e a desse conhecimento na prática, especificamente no que se refere à cárie dentária, verificamos que 14 gestantes (53,84%) relataram realizar escovação com uma frequência de três vezes ao dia, mesma frequência de escovação da maioria das gestantes encontrada por Martins & Martins (2002), bem como por Ramos et al. (2006). Nossos resultados estão ainda em concordância com Menino & Bijella (1995), onde 45,3% das gestantes relataram uma frequência de escovação de três vezes ao dia, sendo que 98,7% citaram que a escovação dos dentes pode evitar cárie e 44% citaram que a causa de problemas bucais são a falta de higiene, má escovação e mau-hálito demonstrando, segundo os autores, conhecimento sobre cuidados e prevenção para doenças bucais.

Em relação ao uso do fio dental, 64% (16) não costumavam usá-lo, percentual em concordância com Ramos et al. (2006) onde 66% também costumavam não fazer uso do fio dental. Martins & Martins (2002) relataram que 93,3% das primigestas e 66,67% das multigestas faziam uso do fio dental demonstrando um resultado, no caso da primigestas, que contradiz com os números encontrados na presente pesquisa. Menino & Bijella (1995) relataram que 58% das gestantes não faziam uso do fio dental sendo que 49,3% só usavam a escova para fazer a higiene dental.

No que diz respeito aos principais métodos de controle mecânico do biofilme dental (escovação e uso do fio dental), encontramos aqui uma situação

satisfatória no que diz respeito à frequência de escovação. Porém, em relação ao uso de fio dental, em mais da metade dos casos não se observa essa prática.

Segundo Oliveira & Oliveira (1999), em sua pesquisa, a frequência da higiene bucal, durante a gravidez, manteve-se similar ao período anterior à gestação em 74% dos casos.

Grau de conhecimento sobre a doença cárie

Segundo demonstra a tabela 2, em relação ao conhecimento das gestantes a respeito da sua condição de saúde bucal, 88% (23) delas relataram apresentar algum elemento dentário cariado em sua cavidade bucal (Figura 12), realidade esta, que pôde ser constatada na prática, através do alto índice médio de 5,2 dentes cariados por indivíduo, encontrados no levantamento CPOD aqui realizado, o que demonstra que as gestantes estão conscientes no que diz respeito à sua condição de saúde bucal em relação à doença cárie. Na pesquisa de Menino & Bijella (1995), 21,3% das gestantes relataram ter dente cariado.

Tabela 2 – Grau de conhecimento sobre cárie dental entre as gestantes adolescentes do bairro Mariana, Porto Velho – RO – 2007

	“Você acha que tem algum dente cariado?” [% (n)]	“Você acha que a cárie pode ser transmitida?” [% (n)]
SIM	88% (23)	65% (17)
NÃO	12% (03)	35% (09)

Em relação à transmissibilidade da cárie dentária (tabela 2), 65% (17) das gestantes acreditam que a cárie pode ser transmitida. Na pesquisa realizada por Medeiros (2003), ficou constatado que no que se refere à transmissão de cárie de mãe para filho, mais da metade (54,3%) das gestantes da amostra conheciam esse fato. Boggess & Edelstein (2006), relataram que a microbiota bucal da mãe é transmitida para as suas crianças recém-nascidas sendo que a presença de microbiota cariogênica nas mães predispõe o desenvolvimento de cáries nos seus filhos já nos primeiros anos de vida.

CPOD e cárie dental

Os dados obtidos em nossa pesquisa, em investigação epidemiológica realizada sobre cárie dentária, como demonstrado na Figura 1, mostraram um CPO-D médio igual a 8,4 com amplitude de (0-18), sendo que o número médio de dentes cariados por gestante foi igual a 5,2 (0-10) e de dentes extraídos com média igual a 1,7 (0-9). Foram observados ainda a média de 0,7 (0-4) dentes com extração indicada e 0,8 (0-8) dentes obturados (restaurados). Em sua pesquisa, Torres et al. (1999) encontraram CPO-D médio nas gestantes igual a 14 com amplitude de (3-24), sendo 4,2 cariados (0-17), 3,5 perdidos (0-22) e 6,2 obturados (0-22). Destacamos aqui uma grande diferença, da média de elementos dentários obturados, entre o presente trabalho e a pesquisa de Torres et al. (1999) o que pode demonstrar uma melhor assistência curativa prestada na cidade de Bauru/SP em relação ao serviço de atendimento do Bairro Mariana/Porto Velho-RO. Ramos et al. (2006), encontraram índice CPO-D em gestantes igual a 10,43, resultado muito semelhante ao de Almeida Júnior et. al. (2005) que foi igual a 10,4. Na pesquisa de Montandon et al. (2001) esse índice foi igual a 11,2. Scavuzzi et. al (1999), registraram índice médio igual a 9,71.

Ressaltamos que apenas uma gestante (3,8%) apresentou índice CPO-D igual a zero. Em sua pesquisa, Ramos et al. (2006) e Almeida Júnior et al. (2005) encontraram um total de duas gestantes com esse índice igual a zero, representando, nesses dois casos, um percentual de 1,17%. Scavuzzi et. al (1999), relataram que 5,4% das gestantes apresentaram índice CPO-D igual a zero.

No que se refere à atividade de cárie no momento da realização da pesquisa (cárie ativa), encontramos um índice percentual de 96,1% (25) das gestantes com pelo menos um elemento dental cariado. Nesse aspecto, Scavuzzi et. al (1999), encontraram um percentual igual a 86,8%.

Em relação à perda dentária (extração) 84,6 % (22) das gestantes apresentaram pelo menos um elemento dental perdido ou com extração indicada. Este percentual é concordante com o trabalho de Montandon et al. (2001) onde 89% delas apresentavam essa situação de elemento dental extraído ou com extração indicada. Isso comprova que as condições bucais das gestantes examinadas são precárias.

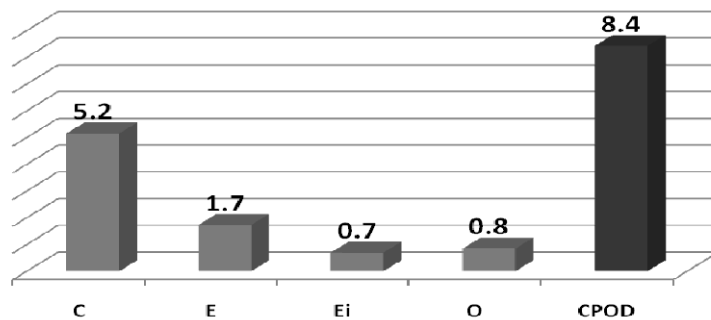


Figura 1 – CPOD médio das gestantes adolescentes do Bairro Mariana – Porto Velho/RO – 2007

C=dentes cariados; E= dentes extraídos; Ei=dentes com extração indicada; O=dentes obturados (restaurados)

Quando comparamos a experiência de cárie de dois grupos de gestantes divididos por nível de escolaridade (Fundamental incompleto X Fundamental completo), foi observada pequena diferença entre os grupos, sendo que o grupo com menor escolaridade mostrou maior média de CPOD em relação ao grupo de menor escolaridade, porém sem indicar diferença estatisticamente significativa em nenhum dos critérios (dentes cariados, extraídos, com extração indicada e obturados), bem como na média geral do CPOD ($p>0,05$; ANOVA), o que pode ser visualizado na tabela 3.

A tabela 3 também mostra a relação entre a experiência de cárie e a renda familiar. Considerando-se dois grupos (até um salário mínimo e mais de um salário mínimo, houve certo equilíbrio sendo que o CPOD foi levemente superior no grupo de renda maior que um salário mínimo sem, no entanto, mostrar diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$; ANOVA). Igualmente, não foi observada diferença estatisticamente significativa quando relacionamos a experiência de cárie com o uso (ou não) de fio dental, apesar de haver ligeiro aumento no CPOD dos indivíduos que não utilizam fio em relação àqueles que o utilizam ($p>0,05$; ANOVA).

Tabela 3 – Experiência de cárie relacionada ao nível de instrução, renda familiar, uso de fio dental e frequência de escovações em gestantes adolescentes do bairro Mariana, Porto Velho-RO – 2007

		Cariados	Extraídos	Extração Indicada	Obturados	CPOD
NÍVEL DE INSTRUÇÃO	Fundamental Incompleto	5,7	2,0	0,8	0,7	9,2
	Fundamental Completo	3,9	1,1	0,5	1,3	6,8
REND FAMILIAR	Até 1 SM	4,9	1,0	0,7	0,3	6,9
	Mais de 1 SM	5,3	2,0	0,7	1,1	9,0
USO DE FIO DENTAL	Sim	4,1	1,0	0,7	1,3	7,1
	Não	5,7	2,1	0,7	0,6	9,1
Nº DE ESCOVAÇÕES POR DIA	Até 2	4,9	1,3	0,2 ^(b)	0,9	7,3
	Mais de 2	5,3	2,0	1,0 ^(a)	0,8	9,1

(a>b; p=0,0471, teste t; demais critérios p>0,05)

Ainda na tabela 3, pode ser observada a experiência de cárie relacionada ao hábito de escovação dental, sendo que as gestantes foram divididas em dois grupos para a comparação: escovação até duas vezes por dia *versus* mais de duas escovações por dia. Foi observada maior experiência de cárie no grupo que realiza mais de duas escovações diárias, porém com diferença estatisticamente significativa apenas no critério “dentes com extração indicada” onde o grupo que escova os dentes uma ou duas vezes ao dia apresentou menos dentes com extração indicada do que o grupo que realiza escovação por mais de duas vezes ao dia (p=0,0471; Teste t). Os demais critérios (Cariados, Extraídos e Obturados) não apresentaram diferença estatisticamente significativa, bem como o CPOD médio (p>0,05; ANOVA).

Os resultados mostraram um elevado índice CPOD nas gestantes adolescentes avaliadas nesta pesquisa. Mesmo aquelas que relataram realizar três ou quatro escovações/dia apresentaram CPOD muito elevado, longe da meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 (CPOD ≤ 3,0 aos 12 anos) e muito menos daquela estabelecida para o ano de 2010 (CPOD ≤ 1,0 aos 12 anos; nenhum dente perdido aos 18 anos) (DE LORENZO; DE LORENZO, 2002). Se estas pessoas realmente higienizam os dentes como relataram, fica aqui mais um alerta aos cirurgiões-dentistas, principalmente aqueles que lidam diretamente com estes grupos nas ESF, quanto à importância não somente de se realizar a higiene bucal com frequência, mas também de realizá-la de maneira correta, enfatizando, portanto

as orientações de técnicas corretas, tipos de escovas e dentifrícios apropriados para que seja realizada uma higiene realmente eficaz para o controle da cárie dentária.

CONCLUSÕES

Com os resultados obtidos nesta pesquisa pode-se concluir que as condições bucais das gestantes examinadas são precárias, índice CPOD elevado, embora os resultados tenham sido satisfatórios com relação à frequência de escovação relatada. Deve ser ressaltada a baixa frequência de uso do fio dental. Observa-se ainda, que as gestantes mostraram bons conhecimentos em relação ao seu estado de saúde bucal, ou seja, que se encontram doentes por cárie e que a maioria delas tem consciência sobre a transmissibilidade da cárie.

O presente trabalho mostra ainda que o grupo de gestantes analisado apresenta baixa renda, baixo nível de instrução e a maioria referiu realizar tratamento odontológico em Unidades Públicas de Saúde (SUS). Isso ratifica a importância das equipes de saúde da família e, mais ainda, da inserção efetiva da odontologia nestas equipes, sendo que os profissionais dessa área devem dedicar especial atenção às ações educativo-preventivas.

Diante do exposto, recomenda-se:

- Acompanhamento das gestantes, durante o pré-natal, por parte da equipe odontológica, no sentido de orientar as futuras mães em relação a medidas de higiene bucal, referentes ao controle da placa bacteriana, reforçando os conhecimentos que as mesmas já possuem e estimulando a prática de novas e corretas medidas preventivas (uso do fio dental), que serão benéficas para a saúde bucal da gestante e do seu futuro filho;
- Desmistificação da crença de que gestantes não podem realizar tratamento odontológico estimulando que elas compareçam ao consultório odontológico para a realização do seu tratamento dentário, que irá contribuir para a melhora do seu bem estar e irá diminuir o risco de transmissão da cárie dentária para o seu futuro filho.

O assunto não se encerra nessa pesquisa devendo haver, portanto, novos estudos a fim de buscar a excelência e eficiência dos serviços odontológicos

de saúde para um adequado controle das doenças bucais, em especial da cárie dentária que é a doença infecciosa crônica de maior incidência na espécie humana.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. *Prograb: programação para gestão por resultados na atenção básica*. Brasília: MS, 2006.

Marco legal: saúde um direito do adolescente. Brasília: MS, 2005.

Oselka G, Troster EJ. *Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente*. Rev Assoc Med Bras, São Paulo. 2000, out./dez., 46(4).

Aquino R. *Estratégia de saúde da família. Pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família - Bahia*. Manual do treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família. Brasil.1997. 22-28.

Carvalho BG, Martin GB, Cordoní Jr L. *A organização do Sistema de Saúde no Brasil*. Bases de saúde coletiva. ABRASCO. Londrina: Editora UEL; 2001. v. 1, cap. 2, p.27-59.

Andrade KLC, Ferreira EF. *Avaliação da inserção da odontologia no programa saúde da família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2006, nov., 11(1): 123-30.

Araújo YP, Dimenstein M. *Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de Municípios do Rio Grande do Norte*. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2005, ago., 11(1): 219-27.

Alves VS. *Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial*. Revista interface: comunicação, saúde, educação. Botucatu. 2005, fev., 9(16): 36-48.

Padilha WWN, et al. *Planejamento e programação odontológicos no programa saúde da família do Estado da Paraíba: Estudo qualitativo*. Pesq Bras Odontoped clin integr. João Pessoa. 2005, jan./abr., 5(1): 65-74.

Moreira PVL, Chaves AMB, Nóbrega MSG. *Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil*. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. João Pessoa. 2004, set./dez., 4(3): 259-64.

Menino RTM, Bijella VT. *Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal*. Rev Fac Odontol Bauru. 1995, jan./dez., 3(1/4):5-16.

Curso de Mestrado em Odontologia Social (CMOS) UFRN. *Odontologia Preventiva e Social: Textos selecionados/CMOS UFRN*. Natal: EDUFRN – Editora da UFRN, 1997.

Tommasi AF. (Org.). *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 2 ed. Curitiba: Pancast Editora Com. e Repres. Ltda, 1989.

Zanata RL, et al. *Efect of caries preventive measures directed to expectant mothers on caries experience in their children*. Braz Dent J, Ribeirão Preto. 2003, 14(2):75-81.

Miranda GE, Maia FBF, Vale MPP. *A atuação dos cirurgiões dentistas de Belo Horizonte frente a orientação da gestante em relação a saúde bucal de seu bebê*. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte. 2004, 40(4): 287-386.

Feldens EG, et al. *A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante*. Pesq Bras Odontoped Clin Integr . João Pessoa. 2005, jan./abr., 5(1): 41-6.

Fourniol Filho A. (Org.). *Pacientes especiais e a odontologia*. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1998.

Santos-Pinto L, et al. *O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal?* J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba. 2001, set./out., 4(20):429-34.

Medeiros EB, Rodrigues MJ. *Conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal do seu bebê*. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo. 2003, set./out., 57(5):381-6.

Montandon EM, et al. *Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional*. J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê, João Pessoa. 2001, mar./abr., 4(18): 170-3.

Oliveira ACAP, Oliveira AFB. *Saúde Bucal em gestantes: um enfoque educativo-preventivo*. JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê. Curitiba. 1999, mai./jun., 2(7):182-5.

Martins RFO, Martins ZIO. *O que as gestantes sabem sobre cárie: Uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal*. Rev ABO Nacional. São Paulo. 2002, out./nov., 10(5):278-84.

Boggess KA, Edelstein BL. *Oral health in women during preconception and pregnancy: Implications for birth outcomes and infant oral health*. Matern Child Health J. Recife. 2006, Sep., 10(Supl.1):169-74.

Narvai PC (Org.). *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.

Freitas SFT (Org.). *História social da cárie dentária*. Bauru: EDUSC, 2001.

Chaves MM (Org.). *Odontologia social*. 2 ed. Rio de Janeiro: Labor, 1986.

Brasil. Projeto SB Brasil: Condições de saúde bucal da população brasileira. Manual do Examinador. Brasília: MS, 2001.

Almeida Júnior AA, et al. *Relação Entre a Preferência por Açúcar e a Cárie Dentária em Gestantes do Município de Aracaju – SE*. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. João Pessoa. 2005, jan./abr., 5(1):59-64.

Brasil. Casa Civil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Brasília: C. Civil. 2006 Disponível em: <www.planalto.gov.br/c.civil/LEIS/L9394.htm>. Acesso em: 05/03/2008.

Ramos TM, et al. *Condições bucais e hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio econômico no município de Aracaju-SE*. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2006, set./dez., 6(3):229-35.

Torres AS, et al. *Níveis de infecção de estreptococos do grupo mutans em gestantes*. Rev Odontol Univ São Paulo, São Paulo. 1999, jul./set., 13(3): 225-31.

Scavuzzi AIF, Rocha MCBS, Vianna MIP. *Percepção sobre atenção odontológica na gravidez*. J Bras de Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba. 1999, mar./abr., 2(6):96-102.

De Lorenzo JL, De Lorenzo A. *A etiologia da cárie dental: base da prevenção atual*. In.: CARDOSO, J. A.; GONÇALVES, E. A. N. (Org.). *Odontologia v.4 Odontopediatria – Prevenção*. APCD. São Paulo. Artes Médicas, 2002.