

A visão das gestantes quanto às condutas odontológicas na cidade de Franca (SP)

Fernanda H. I. MAEDA¹
Lucienne P. TOLEDO¹
Margareth PANDOLFI¹

RESUMO

Palavras-chave: Gestantes, hábitos.

Objetivou-se avaliar medos, preocupações, hábitos e a visão das gestantes quanto ao atendimento odontológico. Os resultados a partir de cem questionários respondidos por gestantes em consultórios de médicos ginecologistas: 77,88% acreditavam na importância do cuidado dos dentes e 40,9% afirmaram que qualquer época seria ideal para o atendimento. A sensação de medo aumentou, pois 54,64% declaram que possuíam medo de o tratamento fazer mal ao feto. As gestantes mostraram-se desinformadas, com vários tipos de preocupações quanto à saúde bucal delas e dos filhos. Concluiu-se que tanto as gestantes como os cirurgiões-dentistas necessitam de maiores informações para uma ação precoce de promoção de saúde, proporcionando melhorias na qualidade de vida da gestante e do bebê.

Data de recebimento: 12-6-2001
Data de aceite: 7-12-2001

¹ Mestranda em Odontopediatria pela UNICASTELO.

INTRODUÇÃO

Hoje, muito se fala sobre a Odontologia pré-natal que, de maneira simplista, seria o restabelecimento da saúde bucal da mãe, proporcionando-lhe melhores condições para receber seu bebê.

A mãe possui um importante papel dentro do núcleo familiar, tornando-se um ponto-chave no processo de prevenção (Costa et al., 1998). Por meio dela podemos conseguir a diminuição da disseminação da doença cárie (Caulfiel et al., 1993), uma vez que seria uma das principais fontes de transmissão bacteriana, condutora de hábitos alimentares da família e formadora de conceitos sobre saúde, estabelecendo, assim, a conduta de seus filhos, que passarão esses hábitos para as gerações futuras.

A mãe é a porta de entrada para a implementação de uma vida mais saudável e a época mais favorável para isso é no período gestacional. Dessa forma, programas preventivos que tragam uma abordagem nesse campo devem ser implementados (Seward, 1967; Blinkhorn, 1981; Paunio et al., 1994; Faria, 1996).

A dificuldade reside no conflito entre hábitos antigos e novos conceitos adquiridos. Para que tenhamos um resultado positivo para a Odontologia, o profissional tem que partir dos conceitos já adquiridos e sedimentados pela gestante, para que então possa reforçar os pontos positivos, corrigir e adicionar informações.

Este trabalho teve como objetivo conhecer o grau de informações das gestantes da cidade de Franca (SP) sobre saúde bucal, investigando quais seus principais receios, medos e dúvidas a res-

peito do tratamento odontológico feito nesse período.

REVISÃO DA LITERATURA

O papel do odontopediatra é realizar a Odontologia baseada na promoção de saúde, a qual, segundo Walter et al. (1996), deve ser co-participativa e solidária, uma parceria entre pais e cirurgiões-dentistas.

Em 1967, Seward concluiu que a educação de pacientes gestantes seria importante. A educação é necessária, segundo Frazier & Horowitz (1990), mas não suficiente para prevenir doenças da cavidade bucal. É necessário que esteja acompanhada de promoção de saúde e prevenção primária.

De acordo com Nowjack-Raymer & Gift (1990), as alterações bucais podem afetar a qualidade de vida, mas essas alterações em mães e bebês podem ser reduzidas por meio de prevenção e intervenções precoces.

Paunio et al. (1994) observaram que mães muito jovens têm menos disposição para tarefas relacionadas com a saúde, tanto para com ela, como para com seu filho. Isso espelha a dificuldade que elas encontram para assumir a maternidade. Sendo assim, os autores concluíram que principalmente os pais que estão esperando seu primeiro filho necessitam de atenção especial, recebendo orientações que os motivem para a criação de hábitos saudáveis. Quanto mais jovens forem essas mães, mais elas precisarão de informações, não só de como cuidar de seu bebê, mas também de como cuidar delas próprias.

A gestação é uma época importante para se conseguir colaboração, pois essas mulheres

estão ávidas por conhecimentos que proporcionem uma gravidez tranqüila e filhos saudáveis (Faria, 1996).

Blinkhorn (1981) concluiu que programas de educação direcionados a pacientes grávidas e a mães de crianças recém-nascidas deveriam ser instituídos, pois hábitos e atitudes alimentares e de cuidados com a saúde durante fases iniciais da infância são mais facilmente assimilados. Mudanças de hábitos e atitudes em fases mais tardias da vida são muito mais difíceis.

Os dentistas deveriam educar as pacientes grávidas sobre a importância da higiene bucal, a manutenção de uma boa nutrição, a higiene bucal do bebê e sobre o uso de suplementos fluoretados (Davis, 1988).

Para Medeiros (1993), durante o período de gestação, a nossa atenção deve estar voltada para a análise do comportamento dos pais em relação aos hábitos de higiene bucal. A motivação à paciente gestante deve contemplar: o controle da dieta, o controle da placa bacteriana e a utilização de suplementos dietéticos. Dessa forma, o profissional deve introduzir cuidados odontológicos já no período de gestação, para que os pais possam criar um ambiente favorável à saúde bucal em suas residências.

Hyssälä et al. (1993), em pesquisa realizada entre pais de famílias jovens, concluíram que, apesar de os pais relatarem que tanto eles como suas esposas eram responsáveis pelo crescimento e educação de hábitos de saúde dos seus filhos, na prática, as mães assumem de forma mais intensa a responsabilidade pelo crescimento e cuidado diário da criança.

O grau de conhecimento da mãe é de fundamental importância, como relataram Costa et al. (1998), já que ela tem um papel-chave nos assuntos ligados à saúde dentro do núcleo familiar. Sendo assim, educando a mãe, ela agirá como agente multiplicador desses hábitos e, por meio do seu comportamento, a cadeia de transmissibilidade poderá ser rompida.

Em 1969, Edward & Rowntree, em estudo realizado com trezentas mulheres grávidas, constataram a falta de conhecimento sobre problemas periodontais. A maior parte das pacientes escovavam menos os dentes durante a gravidez, devido ao sangramento gengival. Os autores concluíram que existe uma lacuna entre o conhecimento e a prática de bons hábitos bucais, pois, apesar de as pacientes terem recebido uma informação adequada no passado, essa não foi compreendida perfeitamente.

Em pesquisa realizada por questionários e posterior exame clínico em gestantes, Chapman et al. (1974) detectaram que 88% acreditavam que a escovação era uma forma de prevenir a doença cárie; 75% escovavam seus dentes duas ou mais vezes ao dia; 10% passaram a escovar menos freqüentemente na gravidez, devido a enjoos; 33% acreditavam que "dentes fracos" são herdados; 43%, que a gravidez ocasiona os problemas de saúde bucal; e 13% julgavam que a perda de um dente para cada gravidez é uma ocorrência natural. Quanto a visitas ao dentista, 33% consultavam seu dentista regularmente a cada seis meses; 12% a cada doze meses; e 71% haviam procurado o dentista nos últimos doze meses devido à dor. A

incidência de gengivite foi de 53% e 18% apresentavam periodontite. Três mulheres, em cada grupo de quatro, apresentavam higiene bucal insatisfatória.

Há, entre as futuras mães, segundo Carvalho (1988), fobia ao dentista e ao tratamento odontológico e as razões principais são: medo de a anestesia trazer conseqüências para o feto e medo de hemorragias bucais e genitais.

Em estudo realizado sobre a posição socioeconômica e fatores que influenciam as práticas de saúde bucal de mães, Rayner (1970) encontrou que essas práticas são dependentes da percepção da mãe sobre sua própria classe e concluiu que a educação pode mudar primeiramente o comportamento, seguido pela mudança de atitudes e, dessa forma, práticas de saúde bucal satisfatórias e constantes podem ser alcançadas.

Em 1998, Zardetto et al. avaliaram se os conhecimentos das gestantes diferiam de acordo com as condições socioeconômicas e concluíram que o único fator que influenciou o grau de informações sobre saúde bucal foi o nível de renda familiar.

Nosso papel, como educadores, é despertar o interesse para que a família adote hábitos saudáveis para a manutenção não só da saúde bucal, mas da saúde em geral (Wanderley et al., 1999).

Segundo Scavuzzi & Rocha (1999), possuímos também a responsabilidade de acabar com certas crenças e mitos que existem por parte da população sobre o atendimento odontológico para gestantes. Porém, não podemos desprezá-los. De acordo com Oliveira Jr. et al. (2000), essas crenças influenciam significa-

tivamente o comportamento das gestantes. Se não forem consideradas, o programa preventivo proposto corre o risco de se tornar inviável ou com poucos resultados, pois não se adaptará à realidade local. Relatam ainda sobre a importância de divulgar informações a respeito da infecção cariogênica entre mãe-filho e esclarecer também sobre o risco de contaminação de certas doenças quando o tratamento odontológico é realizado, pois a maioria das gestantes não participam de programas preventivos simplesmente por medo de contrair alguma doença.

Para Chiodo & Rosenstein (1988), é imprudente a filosofia que muitos dentistas desenvolveram de atender pacientes grávidas no segundo trimestre somente em caso de emergência. Essa atitude não é apropriada para o protocolo de atendimento odontológico na gravidez, pois essas pacientes precisam de maior atenção. Para os autores, as pacientes grávidas que não necessitaram de tratamento durante o segundo trimestre, uma única consulta é suficiente. Caso essas pacientes apresentem boa higiene bucal, a consulta poderá ser agendada para o terceiro trimestre, ocasião na qual serão esclarecidos os cuidados orais necessários para o futuro bebê. Pacientes grávidas que apresentaram problemas odontológicos do primeiro ao sexto mês de gravidez deverão ser examinadas novamente no terceiro trimestre, ocasião na qual poderá ser realizada outra profilaxia e novos esclarecimentos sobre terapia preventiva.

Tirelle et al. (1999), em pesquisa realizada entre os cirurgiões-dentistas, concluíram que os alu-

nos do curso de especialização têm consciência de que há um período ideal para a intervenção em gestantes, o segundo trimestre da gestação.

A manutenção de baixos níveis de *Streptococcus mutans* nas mães é de grande interesse, pois, como sugeriram Oliveira et al. (2000), a criança que não foi contaminada por essa bactéria durante a primeira janela de infectividade, provavelmente permanecerá livre até por volta dos seis anos, quando erupcionarão os primeiros molares permanentes.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram distribuídos questionários em 22 consultórios de médicos ginecologistas da cidade de Franca, no Estado de São Paulo.

Durante a espera pelo atendimento, sem que houvesse uma explicação prévia, as gestantes recebiam o questionário das secretárias que pediam que elas respondessem.

O questionário era composto por questões de múltipla escolha e por questões mistas (múltipla escolha e espaço para explicação sobre a resposta).

Após um período de três meses, cem questionários foram recolhidos e submetidos ao teste de estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nossos resultados foram baseados em cem questionários respondidos por gestantes: 17,54% encontravam-se no primeiro trimestre, 33,33% no segundo trimestre e 49,13% no último trimestre, sendo 35,35% na sua primeira gravidez.

É notório que o período gestacional é propício para a incorporação de novos hábitos, pois a futura mãe tem o forte desejo de proporcionar saúde ao seu filho e procura meios para tal (Seward, 1967; Frazier & Horowitz, 1990; Faria, 1996; Medeiros, 1993).

Costa et al. (1988) enfatizam a relação entre o comportamento materno e a possibilidade de transmissibilidade da doença cárie entre mãe e bebê. Para essa questão, constataram que 53% das gestantes tinham conhecimento dessa possibilidade. Nossos resultados equiparam-se aos conseguidos por esses autores: 47,7% das nossas entrevistadas confirmaram ter conhecimento dessa relação, porém 34,9% desconhecem o assunto e 17,4% acreditam que não existe essa relação. Já Oliveira Jr. et al. (2000) tiveram 12% de respostas afirmativas.

Apesar de 77,88% das gestantes acreditarem na importância de cuidar mais dos seus dentes na gestação, 12,39% ignoram esse fato. Essa postura reflete-se no hábito da escovação: 79,6% acreditam ser mais importante realizá-la após cada refeição e 20,4% antes de dormir. Os resultados de Costa et al. (1998) foram de 21% e 27%, respectivamente, para essa questão. Constatou-se que 85,09% das gestantes escovam os dentes na mesma frequência que escovavam antes de engravidar, 12,28% escovam com maior frequência e 2,63% menos no período gestacional.

A idéia de que a escovação leve à diminuição do risco de apresentar novas lesões de cárie recebe o descredito de 8,77% das entrevistadas.

Para Edward & Rauntree (1969), a frequência de escova-

ção diminui e, segundo Seward (1967), as mães têm tendência a ignorar essa prática durante o período gestacional.

A população entrevistada possuía 64,65% de mulheres que já tinham mais filhos. Dessas, 48,48% não haviam apresentado sintomas de alterações na saúde bucal nas gestações anteriores, 5,05% apresentaram dor de dente e 11,12%, outras alterações, como: cárie, fraturas, necessidade de tratamento endodôntico. Nesta gestação, 32,1% relataram presença de sangramento gengival. Para esse dado, Oliveira Jr. et al. (2000) tiveram apenas 10% das gestantes entrevistadas com o mesmo problema.

Porém, nesta gestação, da nossa população estudada, apenas 39,64% visitaram o consultório odontológico. Esses resultados são concordantes com os achados de Chapman et al. (1974).

Apesar da baixa procura, quando questionadas sobre suas maiores dúvidas e preocupações, as respostas variaram desde como deveriam ser feitas as ações preventivas até preocupações quanto ao sangramento, sensibilidade nos dentes e outras, como podemos observar na Fig. 1.

Carvalho (1988) explica a dificuldade de acesso dessa população à assistência odontológica por duas razões: primeiro, pela crença de que gestante não deve receber tratamento odontológico; e segundo devido ao despreparo do cirurgião-dentista para recebê-la, o que é confirmado pelas pesquisas de Tirelle et al. (1999) e Faria (1996).

A Fig. 2 mostra o grau de desinformação e mesmo de falta de orientação das gestantes, com

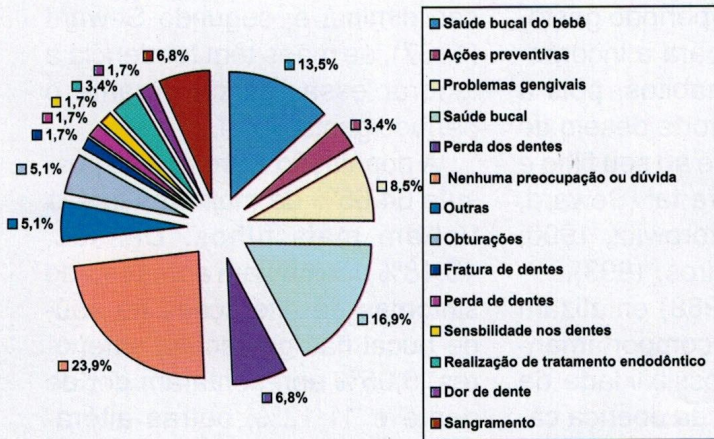


Fig. 1 - Maiores preocupações e dúvidas

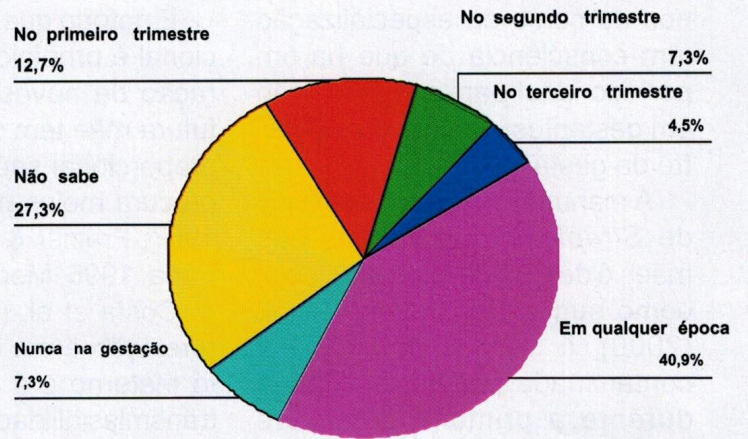


Fig. 2 - Melhor época da gestação para ir ao dentista

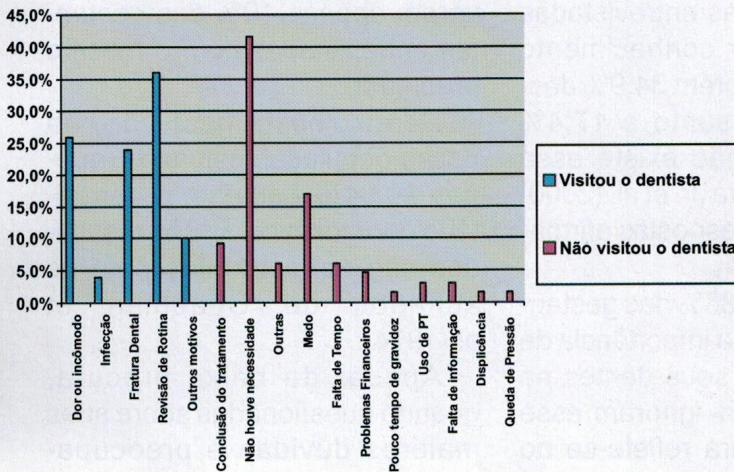


Fig. 3 - Razões de visita ou não ao dentista

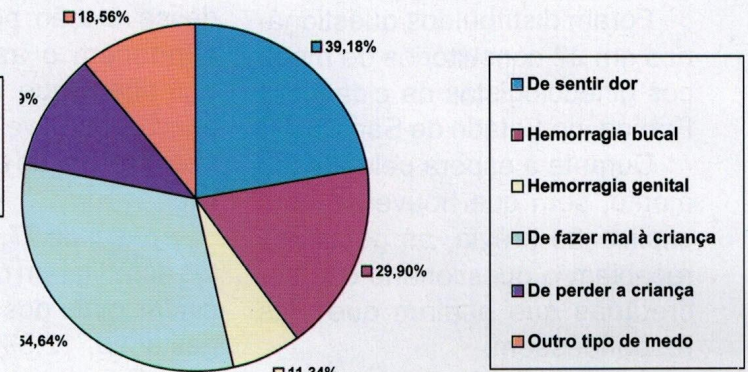


Fig. 4 - Medo odontológico

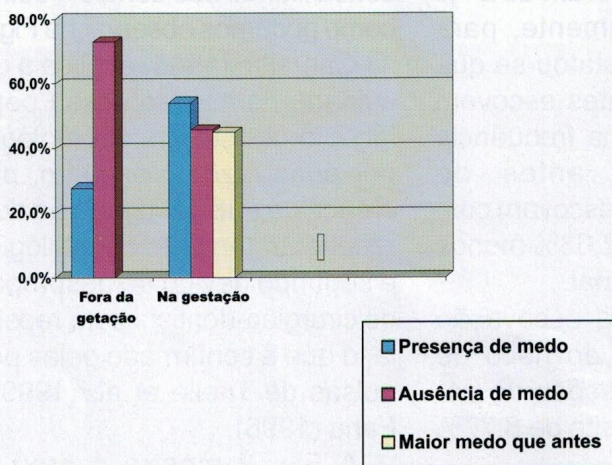


Fig. 5 - Medos presentes durante o tratamento odontológico

referência à questão: quanto ao caso de ter necessidade de procurar um atendimento odontológico, qual seria o período mais propício para fazê-lo? É triste constatar tal falta de conhecimento.

Ao observarmos as Figs. 2 e 3, constatamos que a maioria das gestantes declararam que não procuraram o tratamento odontológico por não achar necessário. Isso não se confirma, quando cruzamos esses dados com as informações quanto às condições bucais, hábitos de higiene, preocupações, dúvidas e a falta de noção quanto ao melhor período de atendimento. Outras respostas averiguadas são expostas na Fig. 3.

Na realidade, o medo do tratamento odontológico aumenta muito nessa fase. De acordo com os nossos achados, 22,8% das mulheres relataram ter medo do tratamento odontológico fora da gestação,

mas esse número passa para 43,9% durante o período gestacional e 38,6% declararam ter mais medo que antes (Fig. 4).

Carvalho (1988) cita mais especificamente o medo de a anestesia trazer conseqüências para o feto. Esse fato foi confirmado pela nossa pesquisa, na qual 54,64% apresentaram esse medo. Esse autor ainda cita o medo de hemorragias bucais e genitais. Em nossa pesquisa, encontramos 29,90% das gestantes com medo de hemorragias bucais e 11,34% de hemorragias genitais. Oliveira Jr. et al. (2000) revelam ainda em sua pesquisa que 52% das gestantes têm medo do risco de infecção durante o tratamento odontológico. Podemos ter uma visão melhor na Fig. 5.

Por essa razão, concordamos com Carvalho (1988), com relação ao dever do profissional de orientar e motivar essas pacientes quanto a noções de saúde bucal e somos adeptos à filosofia de Chido & Rosenstein (1988), que defendem a importância do atendimento em todos os trimestres.

CONCLUSÕES

Concluimos que as gestantes são desinformadas quanto à saúde bucal nesse período. Elas não procuram o atendimento odontológico por essa razão e também por vários medos, como o tratamento fazer mal ao feto (54,64%) e perder a criança (29,9%).

Esse tipo de atitude leva ao aumento da precariedade de sua saúde bucal, podendo fomentar a crença de que "a cada gestação a mulher perde um dente".

O cirurgião-dentista contribui para esse quadro, mostrando-se

despreparado e receoso para atender a essa população.

Por essa razão, educadores, políticos e profissionais da área de saúde não devem mais negligenciar esse fato, partindo do princípio de que a mãe é a semente da célula-familiar.

ABSTRACT

PREGNANT'S VISION IN RELATION TO ODONTOLOGICAL MANagements

This work had as objective to evaluate fears, concerns, habits and the pregnant women's vision in relation to the odontology attendance. The results from 100 questionnaires answered by pregnant women in doctors gynecologists' clinics: 77,88% believed in the importance of the teeth care, and 40,9% believed that any time would be ideal for the attendance. The sensation of fear increased a lot, and 54,64% demonstrated fear of the treatment to do badly to the fetus. The pregnant showed several types of concerns as her oral health and of her son. We concluded that as much the pregnant women as the dentists need larger information so that there is a precocious action of health promotion improvements in the quality of the pregnant woman and baby's life.

Keywords: Pregnancy, habits.

REFERÊNCIAS

- 1 BLINKHORN, A. S. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers sociological implications. *Int. Dent. J.*, v. 31, n. 1, p. 14-22, Mar. 1981.
- 2 CARVALHO, E. M. C. Abordagem

odontológica durante a gestação. *OM.*, v. 15, n. 7, p. 7-14, ago. 1988.

- 3 CAUFIELD, 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.*, v. 72, n. 1, p. 38-45, Jan. 1993.
- 4 COSTA, I. C. C.; MARCELINO, G.; BERTI – GUIMARÃES, M. A gestante como agente multiplicador de saúde. *R.P.G.*, v. 5, n. 2, p. 87-92, abr./jun. 1998.
- 5 CHAPMAN, P. J. et al. A dental survey of na antenatal population. *Aust. Dental J.*, v. 4, n. 2, Aug. 1974.
- 6 CHIODO, G. T.; ROSENSTEIN, D. I. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. *JADA*, v. 110, n. 2, p. 365-368, Mar. 1985.
- 7 DAVIS, I. Prenatal dental care and education for the expectant mother. *J. Michigan Dental Ass.*, v. 70, n. 1, p. 211-213, Apr./May 1988.
- 8 EDWARDS, T. S. F.; ROWNTREE, F. S. D. Dental attitudes of primigravid women. *J. Periodont. Res.*, v. 4, n. 1, p. 325-332, 1969.
- 9 FARIA, C. F. **Programas odontológicos durante a gravidez e o impacto na saúde bucal do bebê.** Araraquara, 1996. 37 p. Monografia (Especialização em Odontopediatria) – Universidade Estadual de São Paulo/Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas.
- 10 FRAZIER, P. J.; HOROWITZ, A. M. Oral health education and promotion in maternal and child health: a position paper. *J Pub. Health Dent.*, v. 50, n. 6, p. 390-395, 1990. special issue
- 11 HYSSÄLÄ, L. et al. The finish family competence study: young

- father' view on health education. **Proc. Finn. Dent. Soc.**, v. 89, n. 3, p. 109-115, 1993.
- 12 MEDEIROS, U. V. Atenção odontológica para bebês. **Rev. Paulista Odontol.**, v. 15, n. 6, nov./dez. 1993.
- 13 NOWJACK-RAYMER, R.; GIFT, H. C. Contributing factors to maternal and child oral health. **J. Publ. Health Dent.**, v. 50, n. 6, p. 370-378, 1990.
- 14 OLIVEIRA JÚNIOR, O.B. et al. **Contribuição para a eficácia de programas de prevenção:** identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. Disponível: < <http://www.odontologia.com.br/artigos/gestantes.html>. Acesso em: 14 jul. 2000.
- 15 OLIVEIRA, M. D. M. et al. Abordagem terapêutica/reabilitadora em pacientes bebês. **Rev. ABO Nac.**, v. 8, n. 2, p. 150-156, abr./maio 2000.
- 16 PAUNIO, P.; RAUTAVA, H. H.; SILANPÄÄ, M. Children's poor tooth brushing behavior and mothers' assessment of dental health education at well-baby. **Acta Odontol. Scand.**, v. 52, p. 36-42, 1994.
- 17 RAYNER, J. F. Socioeconomic status and factors influencing the dental health practices of mothers. **J.P.H.**, v. 60, n. 7, p. 1250-1259, July 1970.
- 18 SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. S. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. UFBA.**, v. 18, n. 5, p. 46-52, jan./jun. 1999.
- 19 SEWARD, M. H. E. Dental health education during the ante - natal period. **Br. Dent. J.**, v. 122, n.1, p. 24-26, Jan. 1967.
- 20 TIRELLE, M.C. et al. Odontologia e gravidez: período mais indicado para um tratamento odontológico programado em pacientes gestantes. **Rev. Odontol. Univ. Santo Amaro**, v. 4, n. 1, p. 26-29, jan./jun. 1999.
- 21 WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para bebê.** São Paulo: Artes Médicas, 1996.
- 22 WANDERLEY, M. T.; NOSÉ, C. C.; CORRÊA, M. S. N. P. Educação e motivação na promoção da saúde bucal. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** São Paulo: Ed. Santos, 1998.
- 23 ZARDETTO, C. G. D.; RODRIGUES, C. R. D.; ANDO, T. Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis sócio - culturais diferentes. **R.P.G.**, v. 5, n. 1, p. 69-74, jan./mar. 1998.

Correspondência para / Reprint requests to:

Fernanda Maeda

Rua do Comércio, 1650 - sl. 34 - Centro - Franca - SP. Tel.: 16 3721-1685

E-mail: shimaeda@hotmail.com