

ADÉLIA DELFINA DA MOTTA SILVA

**SAÚDE BUCAL DE GESTANTES:  
UMA ABORDAGEM DE GÊNERO**

CAMPO GRANDE, MS  
MARÇO, 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA  
ADÉLIA DELFINA DA MOTTA SILVA

# **SAÚDE BUCAL DE GESTANTES: UMA ABORDAGEM DE GÊNERO**

Dissertação apresentada para a  
Obtenção do Título de Mestre em  
Saúde Coletiva, Universidade Federal  
de Mato Grosso do Sul.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Maria Gomes**

CAMPO GRANDE, MS  
MARÇO, 2001



# UFMS

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA



PROCESSO Nº.

INTERESSADA: ADÉLIA DELFINA DA MOTTA SILVA

ASSUNTO: DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata da sessão pública da Banca Examinadora de Defesa de Dissertação de Mestrado apresentada por **Adélia Delfina da Motta Silva**, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Às treze e trinta horas do dia cinco de junho de dois mil e um, na Superintendência de Recursos Humanos - SRH, reuniu-se a Banca Examinadora, indicada pelo Colegiado de Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, composta pelos professores Doutores: Ana Maria Gomes - UFMS, orientadora da candidata e Presidente da Banca Examinadora, Edson Mamoru Tamaki - UFMS e Carlos Botazzo – Instituto de Saúde/SP, para examinarem e argüirem a dissertação de mestrado de Adélia Delfina da Motta Silva, apresentada sob o título: "Saúde bucal de gestantes: Uma abordagem de gênero.". A Presidente da Banca Examinadora abriu a sessão agradecendo a presença dos membros e passando, em seguida, a palavra à candidata para que expusesse sua dissertação. A candidata demonstrou domínio no assunto apresentado, utilizando recursos audiovisuais de boa qualidade e em tempo hábil. Os membros da banca consideraram o trabalho consistente, formulado e desenvolvido adequadamente e de relevância para a Saúde Coletiva na perspectiva de gênero, atribuindo-lhe conceito A, por unanimidade. Após agradecer aos senhores membros da Banca Examinadora e a quantos contribuíram para o êxito do processo que se concluíra, a senhora Presidente declarou encerrada a sessão, cujos trabalhos são objeto desta Ata, lavrada por mim, Terenilce Nascimento, secretária do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, a qual assino juntamente com os membros da Banca examinadora.

Profa. Dra Ana Maria Gomes

Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki

Prof. Dr. Carlos Botazzo

Terenilce Nascimento

....Mas, com o passar do tempo, fui me dando conta de que havia algo mais importante que a saúde dos dentes: a saúde das pessoas que tinham dentes.

**H. Rossetti, 1999.**

Dedico este trabalho a Deus e à minha família: meus pais, Justino e Nélia, meus irmãos, André e Adriana, e meu querido sobrinho, José Luís.

## AGRADECIMENTOS

Ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por mais uma turma a se formar.

A todos os professores do Curso, pela partilha de conhecimentos.

Ao Professor Edson Mamoru Tamaki, pelas dicas sempre oportunas e pela pronta disponibilidade em ajudar.

Ao Professor Carlos Botazzo, por ter aceito caminhar conosco para o êxito deste trabalho.

Aos colegas de turma pela experiência, ainda que breve, do convívio.

Às três unidades de saúde que abriram prontamente suas portas para a realização desta pesquisa: C. S. Nova Bahia, U. B. S. 26 de Agosto, e Maternidade Cândido Mariano.

A todas as 96 mulheres entrevistadas, que através de seu depoimento permitiram-nos conhecer um pouco mais sobre seu universo.

À professora Sônia Yara de Mélo Francelino, amiga de todos os momentos.

À professora Cibele Zárate pela ajuda com referências trazidas de São Paulo.

A todos os amigos e amigas, de modo especial Patrícia Vieira de Lima e Ana Carolina Pereira de Carvalho, pela compreensão diante de tantas ausências.

## RESUMO

A presente dissertação tem por objetivo estudar a saúde bucal de mulheres, buscando estabelecer ligações entre esta e as relações sociais de gênero. Para tanto, a obtenção de dados se deu por meio de dois tipos de entrevistas, uma totalmente estruturada, feita com 96 gestantes, e outra semi-estruturada, realizada com 10 gestantes que já haviam respondido à anterior; gestantes estas que realizaram suas consultas pré-natais em três unidades de saúde do município de Campo Grande- MS. Estas dez gestantes também passaram por um exame intra-bucal. Os resultados revelaram o perfil da mulher estudada como sendo jovem, porém com escolaridade baixa, dedicada aos afazeres do lar, com renda mensal familiar que não ultrapassa 3 salários mínimos, e marcado por forte dependência econômica de seus companheiros; um perfil que pode ser considerado como fruto das relações socialmente construídas ao longo da história de homens e mulheres, e não simplesmente resultado de diferenças biológicas. Entre outros dados, verificou-se que as gestantes entrevistadas estão insatisfeitas com sua saúde bucal, enfrentando problemas específicos durante este período e que a ida ao dentista durante a gestação está cercada de crenças e mitos, fortemente associados à sua condição de mulher dentro da sociedade. O fato de ser mãe traz consigo toda uma carga social de gênero que implica em enfrentar todo e qualquer problema, inclusive dores de dente, de forma solitária, uma vez que a busca de ajuda profissional pode significar para estas mulheres, dentro do universo dos conhecimentos por ela construídos, um risco à saúde do bebê, que a elas não é socialmente permitido correr. Constatou-se que além das especificidades biológicas que cercam a mulher durante a gestação, também a sua condição dentro da sociedade gera alterações bucais que não podem mais ser ignoradas, pois as diferenças socialmente construídas entre homens e mulheres refletem-se também nos indicadores do processo saúde/ doença bucal de ambos.

## **ABSTRACT**

This dissertation has as its objective to study the women's oral health, looking for the links between them and the social relations of gender. For this, the data were obtained by two forms of interview, a totally structured interview, with 96 pregnant women, and a semi-structured one, with ten women that had answered the previous interview. These ten women went through an oral exam. They are pregnant women that had done their prenatal care in three health unities of Campo Grande -MS. The results reveal the studied woman outline as young, but with low levels of years of study, dedicated to home care and with familiar monthly income that doesn't exceed 3 minimum wages, and marked by a strong economic dependence; it's an outline that can be considered as a consequence of the socially constructed relations along the history between men and women, and not as simple results of biological differences. It was found that the interviewed women are unhappy with their oral health and having specific problems during the pregnancy; and that going to the dentist during pregnancy is full of beliefs and myths, strongly associated to their women condition inside the society. The fact of being mother comes with a social gender charge that involves the act of facing every problem, even toothache, in a solitary way. It happens because the looking for professional help can mean for these women, through the knowledge universe constructed by them, a risk to their baby's health. It was found that besides the biological specificities that surround the woman during pregnancy, her condition inside the society also produces oral alterations that cannot be ignored anymore, because the differences socially constructed between men and women reflect in the oral health/disease indicators.



# SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| Resumo .....   | vi        |
| Abstract .....   | vii       |
| Lista de Figuras, Quadros e Tabelas .....                                      | x         |
| Introdução .....   | 1         |
| <b>CAPÍTULO 1. A Saúde Coletiva e a Saúde Bucal .....</b>                      | <b>11</b> |
| 1.1. A Saúde Coletiva e a Saúde Bucal .....                                    | 11        |
| 1.1.1. O Conceito de Saúde. ....   | 11        |
| 1.1.2. O Campo da Saúde Coletiva .....   | 14        |
| 1.1.3. Saúde Bucal, Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. ....                   | 18        |
| 1.2. A Saúde Bucal no Brasil .....   | 24        |
| <b>CAPÍTULO 2. A Saúde Bucal da Mulher Brasileira .....</b>                    | <b>39</b> |
| 2.1. A Saúde Bucal da Mulher .....   | 39        |
| 2.2. A Saúde Bucal da Brasileira Gestante .....                                | 41        |
| 2.3. As Relações de Gênero .....   | 50        |
| <b>CAPÍTULO 3. Saúde Bucal de Gestantes: uma Abordagem de Gênero. .</b>        | <b>69</b> |
| 3.1. Metodologia .....   | 69        |
| 3.2. Apresentação e Análise dos Dados .....                                    | 73        |
| 3.2.1. Caracterização das mulheres estudadas .....                             | 73        |
| 3.2.2. A saúde geral e a gestação - informações básicas ..                     | 84        |
| 3.2.4. Saúde/doença bucal -conhecimento construído .....                       | 95        |
| 3.2.5. Ir ou não ir ao dentista durante a gestação? - mitos e<br>crenças ..... | 109       |
| 3.2.6. “Mulher grávida tem de comer por dois”? .....                           | 117       |
| 3.2.7. Hábitos de higiene bucal e alterações na gestação. .                    | 123       |
| 3.2.8. Conhecimentos sobre saúde bucal de bebês .....                          | 133       |
| 3.2.9. O exame intra-bucal .....   | 136       |

|   |     |
|---|-----|
| 3.2.10. A Saúde Bucal de Gestantes e as Relações de<br>Gênero . . . . . | 150 |
| Considerações Finais . . . . .  | 154 |
| Anexos . . . . .  | 157 |
| Anexo 1 . . . . .   | 159 |
| Anexo 2 . . . . .   | 162 |
| Referências Bibliográficas. . . . .                                     | 163 |

## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

- Figura 1.** Percentual de gestantes, segundo a unidade de saúde pesquisada Campo Grande - MS, 2000 .....73
- Tabela 1.** Distribuição das entrevistas realizadas nas casas das gestante, de acordo com a unidade de saúde de origem, Campo Grande -MS, 2000. ....74
- Tabela 2.** Número de gestantes entrevistadas, segundo a faixa etária, Campo Grande -MS, 2000. .... 76
- Tabela 3.** Número e percentual das gestantes entrevistadas, segundo as pessoas com quem moram, Campo Grande-MS, 2000. ....77
- Quadro 1.** Ocupações das gestantes entrevistadas, Campo Grande -MS 2000. .... 77
- Tabela 4.** Escolaridade das gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. .... 78
- Tabela 5.** Renda mensal pessoal das gestantes, com base no salário mínimo (SM\*), Campo Grande-MS, 2000. ....79
- Tabela 6.** Renda mensal familiar das gestantes entrevistadas, Campo

|   |    |
|---|----|
| Grande -MS, 2000. . . . .   | 80 |
| <b>Tabela 7.</b> Número de pessoas com trabalho remunerado nas casas das gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . .          | 81 |
| <b>Tabela 8.</b> Número de filhos nascidos vivos, gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . .                                 | 82 |
| <b>Tabela 9.</b> Período de gestação no momento da entrevista, Campo Grande-MS, 2000. . . . .   | 85 |
| <b>Tabela 10.</b> Estado de saúde das gestantes, segundo a opinião das próprias gestantes entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000. . . . . | 86 |
| <b>Tabela 11.</b> Problemas com a saúde nos últimos seis meses, gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . .                   | 89 |
| <b>Tabela 12.</b> Número de visitas ao pré-natal, incluindo a do dia da entrevista, Campo Grande-MS, 2000. . . . .                        | 91 |
| <b>Tabela 13.</b> Visitas ao pré-natal feitas com o mesmo médico, Campo Grande -MS, 2000. . . . .   | 93 |
| <b>Figura 2.</b> Percentual de visitas ao pré-natal feitas com o mesmo médico e médicos diferentes, Campo Grande - MS, 2000 . . . . .     | 93 |
| <b>Tabela 14</b> .Valores e percentual de gestantes quanto à satisfação em relação à própria saúde bucal, Campo Grande-MS, 2000. . . . .  | 96 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabela 15.</b> Gestação traz ou não problemas para os dentes, segundo gestantes pesquisadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . .         | 104 |
| <b>Quadro 2.</b> Problemas bucais identificados pelas gestantes . . . . .  | 105 |
| <b>Tabela 16.</b> Identificação de problemas bucais antes da gestação, Campo Grande-MS, 2000. . . . .                                  | 105 |
| <b>Tabela 17.</b> Identificação de problemas bucais, durante a gestação, pelas entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000 . . . . .          | 107 |
| <b>Tabela 18.</b> Identificação de problemas bucais antes e durante a gestação – cruzamento de dados , Campo Grande-MS, 2000 . . . . . | 108 |
| <b>Tabela 19.</b> Relato das entrevistadas sobre a freqüência de visitas ao dentista das entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . . | 110 |
| <b>Tabela 20.</b> Freqüência de visita ao dentista pelas entrevistadas após o início da gestação, Campo Grande-MS, 2000. . . . .       | 111 |
| <b>Tabela 21 .</b> “Grávida pode ir sem problemas ao dentista?”, opinião das gestantes pesquisadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . .     | 114 |
| <b>Tabela 22.</b> Freqüência diária de alimentação das gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . .                         | 119 |
| <b>Tabela 23.</b> Alterações na freqüência diária de alimentação das gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . .           | 120 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabela 24.</b> Freqüência de consumo de açúcar segundo o relato das gestantes, Campo Grande-MS, 2000. . . . .                                   | 121 |
| <b>Tabela 25.</b> Freqüência diária de escovação, de acordo com o relato das mulheres entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000. . . . .              | 124 |
| <b>Tabela 26.</b> Momentos diários de escovação, de acordo com o relato das mulheres entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000. . . . .               | 125 |
| <b>Tabela 27.</b> Principal escovação do dia, de acordo com a opinião das mulheres entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000 . . . . .                | 126 |
| <b>Tabela 28.</b> Alterações na freqüência diária de escovação, de acordo com a opinião das mulheres entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . . | 127 |
| <b>Tabela 29.</b> Uso de recursos de higienização bucal, além da escova e creme dental, relatados pelas gestantes, Campo Grande- MS,2000. . . . .  | 128 |
| <b>Quadro 3.</b> Recursos de higienização bucal, além da escova e creme dental, utilizados pelas gestantes, Campo Grande-MS, 2000 . . . . .        | 129 |
| <b>Tabela 30.</b> Problemas com enjôo ou vômitos durante a gestação, Campo Grande- MS, 2000. . . . .   | 130 |
| <b>Tabela 31.</b> Crença no roubo de cálcio pelo bebê, respostas das entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . .                                 | 131 |
| <b>Tabela 32.</b> Conhecimentos sobre os cuidados com a boca do bebê,  |     |

relatados pelas entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000. . . . .133

**Tabela 33.** Atenção merecida pela dentição decídua, segundo a opinião das entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . .134

**Tabela 34.** Opinião das gestantes a respeito da possibilidade de transmissão da cárie através de talheres, copos, escovas dentais e beijos na boca, Campo Grande-MS, 2000. . . . . 135

**Tabela 35 .** CPO- D das 10 gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . . 139

**Tabela 36 .** CPO- S das 10 gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000. . . . . 141

**Tabela 37 .** Índices ISD e IDF para as 10 gestantes examinadas, Campo Grande - MS, 2000. . . . . 142

## INTRODUÇÃO

Saúde Bucal de Gestantes: uma abordagem de Gênero busca trabalhar a saúde bucal de mulheres estabelecendo ligações entre esta e as relações sociais de gênero. Este diálogo entre a Saúde Bucal e as Relações de Gênero só pode acontecer em virtude da interdisciplinaridade que marca o campo da Saúde Coletiva. E é justamente esta interdisciplinaridade que permite a este campo tomar como seu tal diálogo, que é a proposta deste trabalho.

A forma como se tem estudado a saúde bucal de mulheres até agora reforça a necessidade de uma perspectiva que amplie este discurso. A perspectiva das relações de gênero permite que sejam identificadas as especificidades que revestem o grupo populacional feminino, e as implicações que essas diferenças trazem para o cotidiano da vida das mulheres, inclusive no que diz respeito à saúde e à qualidade de vida.

Tem-se culpado a mulher também pelo desenvolvimento de doenças bucais, especialmente a cárie em seus filhos, sem que se conheça a realidade social, econômica e cultural que marca a condição feminina. Como anda a saúde bucal das mulheres que engravidam? O que pensam, quais suas crenças com relação à dicotomia saúde bucal/gestação? Quais os mitos que rondam seu universo de conhecimentos sobre saúde bucal de gestantes? Qual entendimento possuem de problemas bucais? Quais os problemas bucais que mais enfrentam? O que sabem sobre saúde bucal de



bebês? Quais seus medos em relação a visitar um dentista? Tem acesso a informações em saúde bucal? E ao tratamento odontológico? Como o lugar ocupado pelas mulheres na sociedade permeia a sua saúde bucal? Todos estes e alguns outros questionamentos precisam começar a ser respondidos antes de se chegar a qualquer conclusão que responsabilize mais uma vez a mulher, a mãe, também pelos prejuízos na saúde bucal dos filhos e até da família como um todo.

Para discutir então este enfoque da saúde bucal sob a perspectiva de gênero é que se realizou este trabalho.

No capítulo 1, busca-se agregar os conceitos de Saúde Coletiva e de Saúde Bucal, necessários para o bom andamento do diálogo que se pretende fazer. É fundamental compreender que a Saúde Coletiva abarca tal pesquisa na medida em que se trata de *“um campo científico aberto e formulador, com múltiplos desafios que deve estar conectado às transformações que ocorrem no interior da sociedade”*(Carvalho, 2000, p.233). Deste modo, a Saúde Coletiva, de acordo com Birman (1991), tem a capacidade de problematizar a saúde de maneira mais abrangente e complexa, diferenciando-se da leitura realizada pela medicina. Do mesmo modo, a Saúde Bucal Coletiva se diferencia da Odontologia na medida em que busca tal capacidade de problematização da saúde bucal. Essa construção prévia de tais conceitos é uma abstração útil pois ajuda a situar esta pesquisa dentro do campo da Saúde Bucal Coletiva, que se encontra dentro de um campo maior, que é a Saúde Coletiva.

Uma vez tomada a saúde bucal da mulher como objeto, a Odontologia passa a ser limitada para abraçar tal estudo em virtude de ter fixado seu olhar em torno dos dentes, esquecendo-se do ser social que os contém, e conseqüentemente, de toda uma história que não pode ser desligada desse ser. Assim, a busca de respostas para os problemas de saúde bucal da população vai além dos limites dentários ou odontológicos, e por isso, faz surgir a necessidade do estabelecimento de um diálogo entre as Ciências Sociais e a Saúde Bucal, o que só pode ser possível no campo da Saúde Coletiva, campo este marcado pela interdisciplinaridade, fundamental para o cruzamento de dados e a geração de informações entre a saúde bucal e as relações sociais de gênero.

Ao considerar que a Saúde Bucal deve buscar o resgate do ser social em

virtude do processo saúde/doença bucal, tratar de problemas que não têm sua resolução apenas no espaço de um consultório dentário, mas precisam ser discutidos em diferentes territórios sociais, o item “A Saúde Bucal no Brasil”, ainda do capítulo 1, busca construir um panorama da saúde bucal no país, através dos dados disponíveis e do estabelecimento de vínculos entre tais dados e a realidade social e histórica do país. Trata-se de uma tentativa válida na medida em que somente quando se sai dos limites da boca, do consultório, é que se pode vislumbrar a importância da produção social de doenças (neste caso, doenças bucais) na história do processo saúde/doença bucal no Brasil.

Dados de levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil demonstram que tem havido redução nos índices de cárie dental, principal problema de saúde bucal no país. No entanto, sabe-se também que 90% dos brasileiros não têm acesso a consultório dentário particular (Albuquerque, 1997), sendo importante frisar que cerca de 2/3 dos trabalhadores brasileiros não possuem condições de freqüentar consultórios particulares, enquanto 3/4 do tempo de trabalho dos dentistas acontece no Brasil dentro de consultórios (Frazão, 1998). Contraditoriamente, o Brasil é a nação que possui o maior índice proporcional de faculdades de odontologia, levando-se em consideração o número de habitantes do país. No entanto, esse fato parece não ter se traduzido em melhorias reais no sentido de diminuir de maneira significativa os índices de doenças bucais registrados no país, uma vez que o surgimento de novas faculdades de odontologia não tem causado impactos sociais reais (Neto, 1996; Ferreira, 1997b). Ou seja, apesar de entrarem no mercado, a cada ano, inúmeros profissionais cirurgiões-dentistas, isto não tem resultado em mais saúde bucal para a população. Tal fato está ligado à postura das universidades que continuam dando ênfase à teoria e a prática de reparar danos, através de restaurações, próteses, tratamento de canal, etc.; teoria e prática estas desvinculadas da realidade social da maior parte do Brasil (Córdon, 1996). Na verdade, de uma maneira geral, a formação de recursos humanos na área de saúde continua supervalorizando novas tecnologias, altos níveis de especialização, estruturando-se distante dos sujeitos e de seus diferentes contextos de vida (Leocádio, 1994).

Todavia, faz-se importante frisar que não é simplesmente a falta de acesso aos serviços odontológicos que produz problemas dentários. Fatores como a

inadequação da formação de recursos humanos, a baixa cobertura assistencial, a queda do poder aquisitivo da população, a falta de ações educativas, as desigualdades sociais também contribuem para tais problemas. Isto torna evidente que mudanças reais na saúde bucal da população brasileira não acontecerão sem que se invista na qualidade de vida dos cidadãos : moradia, saneamento básico, educação, trabalho, renda, transporte, lazer; ou seja, mudanças nas condições de saúde bucal dependem do investimento nestes e noutros fatores determinantes e condicionantes da saúde como um todo.

É fundamental também que se perceba que a priorização da atenção à saúde bucal de escolares, prática adotada pelos serviços públicos desde os anos 50, acaba excluindo o restante da população brasileira da atenção.

O que de fato precisa ser considerado é que a resolução dos problemas de saúde bucal de brasileiros e brasileiras perpassa por fatores extra-odontológicos como nível educacional, acesso a bens e serviços, poder aquisitivo, enfim, condições de vida da população ( Pinto, 2000), não sendo possível buscar saúde bucal sem que se esteja condicionado à melhoria destes fatores. E para melhorar as condições de saúde bucal da mulher brasileira, de quem este trabalho trata mais especificamente, também é preciso considerar, além dessas variáveis, as relações sociais de gênero, que dizem respeito à sua condição dentro da sociedade, permeando e parecendo interferir no processo saúde/ doença bucal da mulher.

O capítulo 2, passa a abordar, assim, as relações de gênero e a saúde bucal de mulheres. Vale frisar que, por ser o enfoque do trabalho um caminho pouco discutido, existiram dificuldades em encontrar dados de onde se pudesse partir; dificuldades comuns, entretanto, quando se realiza a aproximação de uma nova abordagem como esta. No que diz respeito à saúde bucal da brasileira, os dados existentes dizem respeito às gestantes. Dentro da lógica que restringe a atenção à saúde da mulher à atenção à saúde reprodutiva, também os cuidados com a saúde bucal da mulher tendem a se restringir ao período da gravidez. São apresentados neste capítulo dados de trabalhos da área, que evidenciam os mitos, crenças e medos em torno da atenção odontológica durante a gestação, que parecem prejudicar não apenas a saúde bucal do bebê, como tanto enfocam tais trabalhos, mas principalmente prejudicam a saúde bucal dessas mulheres. Deve-se considerar a especificidade da

saúde bucal da mulher, de maneira especial durante a gestação, pois, embora crenças como a no provérbio “cada filho custa um dente” e na ocorrência de enfraquecimento dos dentes durante a gestação não encontrem respaldo científico, existem sim alterações no meio bucal que podem gerar problemas bucais na mulher, e que por isso merecem ser consideradas e a elas dada a devida atenção.

No entanto, o que se têm visto são vários trabalhos na área de saúde bucal, mais especificamente os que tratam de gestantes e de bebês, colocando as mães como as principais responsáveis pela contaminação e infecção de seus filhos pela doença cárie ( Berkowitz *et al.*, 1981; Long *et al.*, 1993; Torres *et al.*, 1999; Oliveira Jr. *et al.*, 2000). Tais autores situam como fundamental a atenção à saúde bucal de gestantes em virtude da possibilidade de contaminação de seus filhos pela doença cárie. Esquecem-se, entretanto, que antes de serem mães, são mulheres e também cidadãs. E como tal dispõem do direito à saúde bucal, independente da gestação.

Certamente, para que se compreenda a cidadania da mulher é preciso antes conhecer as relações sociais entre homens e mulheres que estipulam papéis para um e para outro dentro da sociedade, papéis estes que atribuem à mulher os cuidados com os outros, inclusive, com a saúde dos outros. Esses papéis atribuídos à mulher fazem, então, que ela seja socialmente moldada para os cuidados com a maternidade, com a casa e com o marido. E mais do que isto, a sociedade considera tais cuidados menos importantes do que as atividades atribuídas aos homens. E essa divisão de papéis é ainda consolidada pela igreja, pela educação, e pela medicina; instituições que contribuíram, ao longo da história, cada uma à sua maneira, para o destino biológico da mulher brasileira. Esse destino biológico diz respeito à ligação natural (mas também social) que se estabeleceu entre a mulher e a instituição familiar. Diante de tal ligação é possível compreender que – por serem socialmente da alçada da mulher, da mãe, os cuidados com a higiene dos filhos, inclusive da boca deles – qualquer episódio que quebre essa cadeia de cuidados ou que contribua para o surgimento de doenças, também seja considerado como de sua responsabilidade. Assim, a odontologia, como a medicina, tem também contribuído para a submissão feminina na medida em que considera a mãe praticamente como um vetor, ou seja, uma transportadora de agentes infecciosos, na transmissão da doença cárie a seus filhos.

Não se pode ignorar que o papel social da mulher têm implicações em sua

saúde bucal. Olhando apenas pelo prisma da biologia pode-se até mesmo considerar que a mãe é a maior responsável pela contaminação dos filhos pela cárie. Contudo, essa forma de tratamento que tem sido dada aos dados existentes reforçam a necessidade de uma perspectiva mais esclarecedora, menos parcial, que considere a produção social de tais problemas, o que pode ser dado pela perspectiva das relações de gênero neste trabalho, através de uma reflexão acerca da condição da mulher dentro da sociedade e das interferências causadas por essa condição em sua situação de saúde bucal.

Atribuir à mulher a principal responsabilidade pela contaminação e infecção de seus filhos pela doença cárie ( Torres *et al.*, 1999; Oliveira Jr. *et al.*, 2000) é uma atitude que não considera, de modo algum, a íntima associação de tal fato à condição da mulher socialmente construída ao longo da história, que atribui a ela a “obrigação genética” de cuidar dos filhos. Deste modo, não se pode deixar de levar em consideração que, hipoteticamente, se tal papel de cuidar dos filhos se tratasse de uma obrigação masculina, então, o pai seria o principal responsável pela contaminação e infecção de seus filhos, uma vez que teria, assim, o maior contato com eles...

As relações de gênero permeiam as questões de saúde, e abrangem também as da saúde bucal. Evidencia-se, até aqui, que a odontologia sozinha, de acordo com as definições consideradas no capítulo 1, não consegue dar conta de tais relações. É inegável o conhecimento e as descobertas produzidas e acumuladas ao longo desses anos de estudos sobre a saúde bucal de gestantes. Mas também não dá para negar que ainda há muito a ser feito: é necessário conhecer mais profundamente aspectos socioeconômicos, culturais e as relações de gênero que giram em torno da mulher, a fim de contribuir verdadeiramente para a saúde dessa mulher, pensando nela como alvo principal, uma vez que não se pode mais deixar de considerar que tais aspectos são construídos socialmente; tendo a clareza de que os alcances destas contribuições na família são uma consequência social, em virtude de todo o papel feminino socialmente construído.

Não se pode, enfim, simplesmente atribuir à mulher a culpa pela cárie nas crianças como tem sido feito, sem antes realizar, então, esta análise sob a perspectiva das relações de gênero no nosso país. Existem sim diferenças biológicas com relação à saúde bucal de mulheres. Elas têm a erupção dentária mais precoce e a prevalência

de cárie maior que nos homens. Quando gestantes, acreditam não poder ir ao dentista, sofrem dores e aceitam esses sacrifícios pelos filhos, pois tal atitude faz parte da condição feminina, estabelecida pelas relações de gênero. Mas mesmo acreditando que não podem ir ao dentista, as mulheres passam por alterações fisiológicas durante a gravidez, alterações tais que geram situações e necessidades específicas para a sua saúde bucal, as quais têm de ser tratadas especificamente, estabelecendo, em vista disso, ligações entre o universo biológico da mulher e a sua condição dentro da sociedade.

O terceiro capítulo, por sua vez, ocupa-se da pesquisa de campo, apresentando a metodologia, os dados obtidos e sua análise. A obtenção dos dados se deu através de dois tipos diferentes de entrevista: uma totalmente estruturada (96 gestantes) e uma semi-estruturada (10 gestantes que já haviam passado pela entrevista anterior), realizadas com mulheres que realizam suas consultas pré-natais em três diferentes unidades de saúde do município de Campo Grande -MS, a saber: Centro de Saúde Nova Bahia, Unidade Básica de Saúde 26 de Agosto e Maternidade Cândido Mariano. Ambas as entrevistas objetivaram colher dados que pudessem revelar as ligações entre o gênero e as condições de saúde bucal dessas mulheres, através da investigação de suas crenças, valores, opiniões e atitudes diante da situação de sua saúde bucal, principalmente durante a gestação. Foi realizado também um exame intra-bucal nas gestantes que fizeram a entrevista semi-estruturada, a fim de estabelecer ligações entre o seu discurso e a sua história de saúde/doença bucal, confirmando ou não a consciência individual dessas mulheres sobre a própria saúde bucal, ou seja, verificando a proximidade de sua percepção sobre seu estado de saúde bucal com alguns de seus indicadores. Os dados revelaram o perfil da mulher estudada como jovem, porém com escolaridade baixa. Além disso, um perfil de mulheres que tem sua vida limitada ao espaço privado do lar, dependendo economicamente de outras pessoas, principalmente do companheiro. Pertencem às camadas mais desfavorecidas da população e estão passando, em sua maioria, pela primeira vez, pelos transtornos biológicos, psicológicos e sociais que a gestação gera na vida da mulher. Esse perfil de dependência econômica, vida doméstica, afastamento da escola, já vai explicitando a condição das mulheres estudadas dentro da sociedade, caracterizando tal perfil como fruto das relações socialmente construídas ao longo da história de homens e mulheres,

e não simplesmente resultado das diferenças biológicas entre ambos.

As gestantes entrevistadas ratificaram o dito popular que diz que “ser mãe é padecer no paraíso”, já desde o período da espera da chegada do bebê, ao considerarem em sua maioria, sua saúde como excelente, muito boa, boa ou razoável. Pois mesmo sofrendo com seus padecimentos gestacionais – dores, enjoos, vômitos, tonturas, alterações na pressão arterial, alergias, falta de ar, problemas na boca, etc.– assumiram-nos como parte das provas necessárias rumo ao ( ainda existente) troféu social de mãe-maravilha, perfeita, corajosa, mãe por natureza. . . Ou seja, o único padrão considerado, aceito pela sociedade. Além deste dado verificou-se que para a saúde geral o conceito de saúde como ausência de doença é bastante forte uma vez que as gestantes revelaram não considerar ser necessário ir ao médico quando não estão sentindo dores. Também a preocupação com a saúde do bebê está em primeiro lugar quando se visita o médico durante os exames pré-natais. Os dados revelaram que a prática da automedicação das dores antecede a visita ao médico e as práticas anticoncepcionais ainda encontram-se envoltas numa nuvem de tabus e preconceitos, que acabam gerando a gravidez indesejada. Apesar da dificuldade na marcação de consultas, do atendimento nem sempre acontecer como se gostaria, as entrevistadas demonstraram estar satisfeitas com as consultas do período pré-natal, embora tenham revelado também que a solução de suas dúvidas só acontece se perguntarem ao médico. E este perguntar ao médico, ou seja uma certa liberdade para expor suas dúvidas e ansiedades só acontece quando há uma boa relação com ele, o que fica facilitado diante da rotina de consultas com um mesmo profissional. Os dados revelaram que 56,79% das gestantes estavam realizando as consultas pré-natais com o mesmo médico, enquanto 43,21% não o estavam fazendo.

A busca dos conhecimentos construídos sobre saúde bucal pelas entrevistadas revela uma vasta possibilidade de descobertas contida no discurso dessas mulheres. Demonstraram estar, em sua maioria, insatisfeitas com sua saúde bucal, apontando como principais motivos para essa insatisfação dores, quedas de restaurações, impossibilidade de visitar o dentista em virtude da gestação, entre outros. Além disso, as gestantes também identificaram a boca como importante para se alimentar, falar, e até xingar. Reconheceram a importância do tratamento dentário, principalmente para evitar problemas com dores, tendo sido identificada como solução

de primeira escolha para tais dores a extração dentária. As mulheres demonstraram saber identificar os problemas bucais que enfrentam, embora tenham também demonstrado em seu discurso uma certa aceitação de tais problemas como inerentes à gestação e que, portanto, devem ser aceitos como parte da condição de ser mãe, sendo que muitas vezes não podem ser sanados em virtude do tratamento odontológico, em sua compreensão, oferecer riscos a saúde do bebê. Este deve sempre estar em primeiro lugar, mesmo que isto signifique prejuízos irreversíveis à saúde bucal da mãe. E esses prejuízos, deve-se considerar, são um preço um tanto alto a ser pago pelas gestantes em função de sua condição social de mulher, no cumprimento do seu papel de mãe dentro da sociedade.

Sobre a questão de ir ou não ir ao dentista no período da gestação, verificou-se que crenças e mitos relacionados a ela estão, em sua maioria, fortemente associados às representações de gênero presentes na nossa sociedade, e manifestas através das falas das entrevistadas. Além disso, a crença de que ir ao dentista não é permitido durante a gestação não é apenas dessas mulheres mas também de profissionais de saúde, que vão perpetuando os prejuízos bucais sentidos por essas mulheres como parte da condição feminina de ser mãe.

Ao investigar possíveis alterações na frequência de alimentação das gestantes tornou-se expresso que a cobrança social que recai sobre a mulher pela responsabilidade sobre a saúde do feto reflete diretamente nos seus hábitos alimentares durante a gestação. Mesmo sabendo que ela pode engordar, ficar feia, isso não importa, pois seu papel de mãe que cuida bem do filho já desde esse período deve ser cumprido a qualquer custo.

Os dados sobre a higiene bucal das entrevistadas revelam que, de fato, não ocorrem alterações em tais hábitos durante a gestação, existindo ainda o agravante de que para muitas gestantes problemas com enjôos do creme dental prejudicam a escovação. Embora ocorram alterações na frequência de alimentação, estas não se refletem na escovação. Isto é preocupante porque a gestação gera alterações bucais, que podem se agravar caso não sejam devidamente consideradas. A soma de tais alterações às crenças de que elas são comuns à gestação e não merecem atenção especial pode causar, assim, sérios prejuízos à saúde bucal da mulher.



No que diz respeito a conhecimentos sobre a saúde bucal de bebês entre as entrevistadas, embora a odontologia insista em negar, existe sim um conhecimento epidemiológico popular em saúde bucal, que nem está tão distante assim do que é apregoado por ela. Na verdade, o saber construído entre as pessoas diz respeito ao que experimentam e ao que a odontologia tem podido lhes oferecer. Essas mulheres revelaram em seu discurso, que, embora não encontrem nos serviços de saúde aporte suficiente para educá-las para a saúde bucal, buscam tais conhecimentos.

Trata-se de uma luta desleal onde a Odontologia prefere continuar culpando a mulher pela cárie em crianças, ao invés de rever seus caminhos e descaminhos em busca da promoção do bem estar bucal da população. As mulheres reconhecem sim a importância da dentição decídua, e até esboçam conhecimentos em relação à transmissibilidade. Portanto, se algo há a ser feito, a Odontologia é que precisa agir, buscando o entendimento da dimensão social de seu objeto.

Com relação aos dados do exame bucal juntamente com o discurso das entrevistadas é possível inferir que os problemas gengivais são os mais enfrentados durante a gestação, os quais inspiram cuidados e orientações profissionais. Das 10 gestantes entrevistadas e examinadas, 6 necessitam de tratamento restaurador, tendo sido detectadas necessidades endodônticas (tratamento de canal) e também extrações indicadas entre essas gestantes. Isto significa que 4 das 10 gestantes não apresentaram problemas dentais a serem resolvidos, sendo que 1 delas encontra-se livre de cárie, com todos os seus dentes hígidos. As outras 3 tiveram todas as suas necessidades tratadas, sendo que inclusive uma delas apresentava tratamentos mais complexos como uma prótese unitária (coroa). Embora se saiba que não se pode generalizar os achados, observou-se que essas 3 gestantes que não apresentavam necessidades de tratamento de cárie tinham escolaridade mais elevada (duas o 2º ano do 2º grau e uma, o 3º grau completo). Embora não se tenha assim detectado uma situação caótica de saúde bucal entre as entrevistadas que foram examinadas, verificou-se que existem sim necessidades de tratamento, que muitas vezes se agravam durante a gestação, e que não vêem a possibilidade de serem resolvidas, e que acabam gerando problemas irreversíveis para a saúde bucal das mulheres. São problemas que devem ser levados em conta, pois a condição de ser mulher e ser mãe pode além de causar desvantagens biológicas à saúde bucal da mulher, também gera

desvantagens sociais, pois, conforme relato das próprias entrevistadas, a mãe se vê privada de cuidar de si mesma para cuidar dos filhos e da casa.

O exame também foi importante para demonstrar que não é necessário armar programas fabulosos para atender às necessidades em saúde bucal de mulheres. Mas essas necessidades existem e as mulheres precisam receber atenção dos serviços públicos odontológicos de maneira diferenciada, uma vez que também durante a gestação as especificidades da mulher particularizam essas necessidades, que quando não atendidas, causam prejuízos irreversíveis à sua saúde bucal, mesmo que esteja comprovado que elas vão mais ao dentista e cuidam mais da higiene bucal que os homens.

Espera-se que com este trabalho, portanto, portas possam ser abertas no intuito de discutir a saúde bucal sob a perspectiva de gênero, a fim de que novos rumos sejam tomados objetivando melhorias reais para a saúde bucal das mulheres brasileiras, considerando não apenas aspectos biológicos mas também a sua condição dentro da sociedade.

## **CAPÍTULO 1. A SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE BUCAL**

### **1.1. O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE BUCAL**

#### **1.1.1. O CONCEITO DE SAÚDE**

Conceituar saúde não se trata de uma tarefa fácil. Pode-se admitir, talvez sem exageros, que as divergências em torno do conceito de saúde parecem existir já desde a Grécia Antiga, onde o deus da medicina - Asclépios - tinha duas filhas: Higéia, que prevenia as doenças, e Panacéia, que curava os doentes. Hipócrates (460-377 a.C.), o “pai da medicina”, afirmava que a saúde era “*uma natural consequência do harmonioso equilíbrio entre ‘humores’, secreções ou líquidos- bile, sangue, catarro e bile*”

negra -," que " *'supunha existirem no corpo' de cada pessoa*" (Moura, 1989, p.42). Entre os romanos, quem se destacou foi Galeno (131-201 d.C.) que, na dependência de Hipócrates também definiu saúde como sendo " *'o equilíbrio íntegro dos princípios da natureza, ou dos humores em nós existentes, ou a atuação sem nenhum obstáculo das forças naturais. Ou, também: é a cômoda harmonia dos elementos'* "(Moura, 1989, p.42). É o próprio Galeno que acaba permitindo, com seus estudos, o início do predomínio do estudo de patologias em detrimento da investigação da saúde propriamente dita. Começou desse modo a tradição do conhecimento da saúde através do paradoxal estudo das doenças.

Assim, os conceitos que giram em torno da saúde são vários. É comum ouvir das pessoas que saúde é não ter doença. No entanto, conceituar saúde como ausência de doença encontra seus limites exatamente no fato de que a identificação de um estado considerado patológico, ou seja, de que a identificação da doença é dependente de quem considera e do seu universo. Ainda quando se busca tal conceito no dicionário ( Ferreira, 1993), encontrar-se-á que saúde é o " *estado daquele cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal*" (p.495). Mas o que se pode considerar como normal? E o que é anormal? É o mesmo que patológico? Ou não? Assim, assimilar tal conceito torna-se complicado, na medida em que cada pessoa, cada comunidade tem um entendimento particular do que é patológico e do que é normal. Além disso, todos os avanços nos conhecimentos em saúde caminham para o estreitamento do que é normal, e até mesmo nos centros formadores acadêmicos envereda-se pelas inúmeras patologias, muitas vezes perdendo-se de vista a importância a ser dada ao que é tido como saudável, normal.

Em 7 de abril de 1948, a Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) propôs o conceito de que " *'saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença.'* " (Rezende, 1989, p. 85). Mas o que é o bem-estar? É o mesmo que o "estar bem"? Bem-estar tem sido considerado como uma adaptação do homem ao ambiente e, pensando assim, então, a doença seria a "desadaptação" a esse ambiente, o mal-estar. Na verdade, considerar saúde como pura adaptação é bastante simplista diante da relatividade e da dinamicidade de tal fenômeno. Além disso, tal conceito (O.M.S.) acaba por ser utópico, tornando a saúde algo difícil de ser atingido e de ser medido. E se for levado ao pé-da-letra, todos

podemos, então, considerar-nos doentes.

De acordo com Canguilhem (1995), “*estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico*” (p.160). Dessa maneira, é possível compreender que as doenças, as patologias, são normais na medida em que fazem parte da vida humana. No entanto, esse normal doente não é igual a um normal fisiológico, pois é regido por normas diferentes. Assim, ter saúde pode ser encarado, inclusive, como sobreviver à doença, ultrapassar as infidelidades do meio.

Mais do que isto, é fundamental que se observe o fato de que a relação existente entre saúde e doença vai além de uma relação de bom ou mau funcionamento do corpo, mas reside numa interação muito maior entre o homem e os ambientes físicos e sociais que estão à sua volta, na maneira de relacionar-se com os outros, nas suas condições de trabalho, na forma como é organizada a produção e distribuição de riquezas na sociedade em que vive, nas possibilidades que ele tem de se expressar e de se desenvolver como pessoa (Marques, 1999).

De acordo com a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regula em todo o território brasileiro as ações do Sistema Único de Saúde – o SUS, e dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, entre outras coisas; saúde, além de ser um direito de todos é um dever do Estado, tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Assim, saúde no Brasil, considera as dimensões sociais do processo saúde/doença na medida em que, para que o brasileiro seja saudável, ele precisa ter acesso a esses determinantes e condicionantes da saúde, tendo a saúde, portanto, não apenas um aspecto privado, individual, mas também um aspecto público, coletivo (Dallari, 1987); ambos os aspectos diretamente afetados pelos níveis de desenvolvimento socioeconômico da coletividade.

### 1.1.2. O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

A tarefa de conceituar saúde se torna ainda mais árdua quando se soma a tal conceito o de coletivo. Assim, formular a idéia de Saúde Coletiva exige um mergulho num campo conceitual bastante vasto e em constante movimento, em constante construção, desconstrução e reconstrução. Segundo Birman, 1991, a Saúde Coletiva nasce justamente de uma “*crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico*” sendo seu princípio fundamental o de que “*a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina*” (p.9). A Saúde Coletiva vem introduzir, assim, as ciências humanas no campo da saúde, reestruturando as coordenadas desse campo, relativizando o discurso biológico. Vale reforçar que no campo da Saúde Coletiva não se pode ignorar os inúmeros fatores que influem no bem-estar social, tanto positiva quanto negativamente. Assim, esse campo é marcado pela multidisciplinaridade, uma vez que a sua problemática demanda diferentes leituras e permite a construção de diferentes objetos teóricos. Ainda segundo o mesmo autor, é possível enunciar a problemática do campo da Saúde Coletiva como referente às relações entre a natureza e a cultura.

Costa, em 1992, afirma que os vários processos de construção da Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva convergem para a Saúde Coletiva. O começo da Saúde Coletiva ocorreu nos anos 70, através do resgate de obras de vários pensadores e, no Brasil, a constituição da Saúde Coletiva apresentou três dimensões ao mesmo tempo desiguais e combinadas:

- 1) campo de produção de conhecimento;
- 2) esforço da formulação de política pública;

3) expressão de organização corporativa de parcelas de profissionais de saúde do setor público – os sanitaristas.

A produção científica nesse campo passa a ter uma nova cara: ao contrário dos intelectuais fundadores da reflexão sobre saúde no Brasil nos anos 50, tal produção perde seu caráter ensaístico e apresenta os contornos de uma atividade orientada sob o rigor do marco teórico e da experimentação. Essa ênfase dada à produção científica, que caracteriza os anos de 1975 a 1978, fez com que a Saúde Coletiva pudesse construir um diagnóstico agudo do sistema de saúde do Brasil naquele momento histórico.

No início da década de 80, ganhou peso o processo de democratização e de reversão das políticas do governo autoritário, tanto quanto o deslocamento para a burocracia pública de parcela significativa de pesquisadores, antes concentrada na academia. Tal deslocamento afetou o ritmo da produção acadêmica, além de ocorrerem oscilações no financiamento à pesquisa; ganhando com isto, maior relevância questões ligadas à gestão das políticas públicas ou de sua formulação do que as reflexões de natureza epistemológica, envolvendo o campo do conhecimento.

Canesqui, 1995, buscando estabelecer os devidos vínculos entre as ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva, observa que

“( . . . ) as distintas concepções e abordagens conferidas à Saúde Coletiva estão perpassadas por questões relativas ao campo do conhecimento e às inflexões de natureza política e ideológicas, refletindo seus efeitos na seleção de temáticas à pesquisa, na produção do conhecimento, na forma de incorporação das ciências sociais e nas relações com outros campos disciplinares no âmbito da Saúde Coletiva.” (p. 33).

Paim & Almeida Filho (1998), por sua vez, destacam que a saúde coletiva pode ser entendida como um campo científico

“(...) onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente

reconhecido como 'setor saúde'."(p. 308).

Os mesmos autores lembram ainda que enquanto campo de conhecimento, a Saúde Coletiva tem contribuído para o entendimento do processo saúde/ doença enquanto processo social, além de investigar a produção e distribuição de doenças na sociedade. Além disso, a Saúde Coletiva, segundo Paim & Almeida Filho (1998), busca a compreensão das maneiras encontradas pela sociedade no reconhecimento de seus problemas e necessidades de saúde, propondo soluções e formas de enfrentar tais problemas e necessidades.

A interdisciplinaridade natural da Saúde Coletiva, enquanto campo de conhecimento, tem por disciplinas básicas, conforme Paim & Almeida Filho, 1998, a epidemiologia, o planejamento/ administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Mas, além do âmbito do conhecimento, a Saúde Coletiva também se constitui em um campo de práticas, práticas estas que têm em vista as necessidades de saúde da sociedade, sendo que, para entendê-las e resolvê-las, a Saúde Coletiva não teme em fazer uso desta sua natureza interdisciplinar (Paim & Almeida Filho, 1998).

Nunes, 1995, reforça a questão da interdisciplinaridade na Saúde Coletiva, lembrando que “ *no caso da saúde, a busca de ações integradas na prestação de serviços, ou a associação de docência e serviço, ou a questão da interface entre o biológico e o social passa pelo campo genericamente denominado de **relações interdisciplinares***” (p. 98). O autor dá ainda a idéia de que a resposta aos problemas de saúde da população, de maneira geral, ultrapassa os limites disciplinares. Na verdade, por toda a complexidade que o termo saúde abarca em si, “ *nenhuma disciplina por si só dá conta desse objeto*” (Nunes, 1995, p.107).Entretanto, não se pode deixar de levar em consideração que tal interdisciplinaridade, apesar de toda complexidade que traz consigo, torna possível o surgimento de respostas cada vez mais criativas e avançadas para as necessidades de saúde da sociedade, respostas estas buscadas incessantemente pela Saúde Coletiva.

Para Campos (2000), é preciso reconhecer que a saúde coletiva se estabelece como “*um saber constitutivo e essencial a todas as práticas em saúde*”, mas não se pode ignorar que são produzidos “*conhecimentos, políticas e valores relevantes*



*para a saúde a partir de outros campos, como o da clínica ou da reabilitação”(p.223).*

Há, assim, muitas definições que buscam esclarecer, construir conceitos para o campo da saúde coletiva, e Botazzo (2000b) vem contribuir com tal construção ao afirmar que:

“(...) a saúde coletiva seria uma instância de produção de conhecimento sobre a saúde e o bem-estar da sociedade, quero dizer, como seria para nós mesmos a experiência social da vida vivenciada em nossos próprios corpos. Assim, a saúde coletiva que se busca epistemologizar implica imediatamente uma teoria do problema da saúde que incorpore o sujeito cognoscente (movimentos sociais, movimento sanitário), o Estado( relações de poder, políticas de saúde, políticas de produção e consumo etc.), a desmedicalização da saúde, a dissolução das fronteiras disciplinares e o desarranjo de sua hierarquia.” (Botazzo, 2000, p. 239).

O que não se pode ignorar é que, de fato, *“a saúde coletiva é um campo científico aberto e formulador, com múltiplos desafios que deve estar conectado às transformações que ocorrem no interior da sociedade”* (Carvalho, 2000, p. 233). E é justamente essa abertura do campo da saúde coletiva que permite tão diferentes abordagens e novas reflexões e questionamentos ( Belisário, 2000).

Deste modo, o campo da saúde coletiva é justamente um campo que abriga tanto saberes quanto práticas, e que tem buscado respostas para os problemas de saúde da população, levando em consideração que tais problemas não têm sua origem apenas biológica mas também social. Assim, suas soluções não podem se restringir a ações exclusivamente médicas, uma vez que o processo saúde/doença numa população está diretamente ligado ao seu nível de desenvolvimento socioeconômico, aos padrões e tradições culturais, ao nível educacional, e não exclusivamente a fatores biológicos.

### 1.1.3. SAÚDE BUCAL, ODONTOLOGIA E SAÚDE BUCAL COLETIVA

Além da busca da construção do conceito para a saúde coletiva, este trabalho requer a construção também do conceito para a saúde bucal. Falar em Saúde Bucal, a princípio, parece ferir a noção de integralidade biológica das pessoas. Mas, segundo Chaves (1986), a Saúde Bucal deve ser considerada como “*estado de harmonia ou higidez da boca (...) acompanhada em grau razoável, de saúde geral do indivíduo*” (p.6). Assim, a Odontologia tem em mãos apenas uma parte dos meios e do poder necessários para controlar as questões que estão sob a sua área de influência. Uma gama enorme de variáveis extra-odontológicas como o desenvolvimento econômico, o nível educacional da população, os padrões culturais e as tradições que regulam os hábitos alimentares e a higiene pessoal e coletiva, entre outras, que estão extremamente ligadas ao processo saúde/doença, entrelaçam-se na resolução dos problemas de Saúde Bucal (Lyda, 1998; Narvai, 1994; Pinto, 2000).

A I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que aconteceu em Brasília, em 1986, tendo contado com mais de 1000 participantes, entre eles representantes de entidades odontológicas (Conselhos Regionais, Associações e Sindicatos), secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Associações de Moradores e Estudantes, entre outros, definiu a saúde bucal como “*parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo,*” e que “*está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação*” (CNSB, 1986, p.2). Assim, a luta pela saúde bucal não pode estar desvinculada da melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos.

Em 1993, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, que pôde caracterizar o modelo de saúde bucal vigente no Brasil como um modelo com “*limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira*”(CNSB, 1993, p.4). Além dessa limitada capacidade de resposta, o modelo de saúde bucal ficou caracterizado também como: ineficaz, na medida em que não consegue intervir na prevalência das doenças bucais da população; ineficiente, uma vez que se caracteriza por ser de alto custo e baixo rendimento; descoordenado; difuso; individualista;

mutilador; iatrogênico; de baixo impacto social e incoerente com a realidade epidemiológica e social do Brasil.

Deste modo, por ser a saúde bucal parte integrante e inseparável da saúde geral e diretamente relacionada às condições de vida do indivíduo, pensou-se aqui ser útil fazer uso do conceito de Campo da Saúde (Lalonde, 1996), para melhor compreender também o campo da saúde bucal. Para tanto, considerou-se o mapa do território da saúde, ou seja, o campo da saúde, que se decompõe nos seguintes quatro grandes componentes: a biologia humana; o meio ambiente; o estilo de vida e a organização dos sistemas de saúde.

No que concerne à biologia humana, é importante reconhecer que no Brasil, os principais problemas de saúde bucal de relevância para a saúde coletiva são os seguintes: cárie dentária, as doenças periodontais, as oclusopatias, o câncer bucal, as fendas lábio-palatinas (Brasil, 2000). Tais problemas têm sua etiologia bastante estudada e conhecida, porém ainda não estão controlados, o que demonstra a importância e a influência dos outros três componentes do campo - o meio ambiente, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde. Este componente da biologia humana considera todos os fatores relacionados à saúde que se manifestam no organismo como consequência da biologia fundamental do ser humano e da constituição orgânica do indivíduo. Assim, no que diz respeito à saúde bucal, por exemplo, há que se considerar as alterações hormonais e fisiológicas na gestante e as suas implicações no meio bucal; ou mesmo as diferenças de ataque das principais doenças bucais, de acordo com sexo e idade.

O meio ambiente, por sua vez, compreende os fatores relacionados à saúde que são externos ao corpo humano e sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle. Pode-se considerar, então, como um fator do meio ambiente para a saúde bucal a questão da fluoretação das águas. O saneamento básico, de um modo geral, inclui-se neste componente.

O componente estilo de vida reproduz o conjunto de decisões tomadas pelo indivíduo com respeito ao processo saúde/doença e sobre os quais ele exerce um certo grau de controle. Dentro deste componente encontram-se, entre outros: os hábitos alimentares e de higiene ( consumo de açúcar; frequência de escovação, uso de fio

dental; uso de fluoretos); as crenças, medos, e mitos que fazem parte da cultura popular em torno da saúde bucal; o acesso à educação moradia, salário - fatores socioeconômicos, enfim. Pode-se considerar que tal componente – o estilo de vida – contempla exatamente os aspectos sociais que envolvem a vida das pessoas, ou seja, leva em conta que tanto saúde como doença são produzidas socialmente. Não se deve ignorar o modo de viver, de trabalhar das pessoas (Botazzo, 1994), visto que são fatores delimitantes do processo saúde/doença de cada indivíduo, mesmo de grupos e classes sociais diferentes.

O quarto componente do conceito, a organização da atenção à saúde, diz respeito à quantidade, qualidade, ordem e às relações entre as pessoas e os recursos na prestação de serviços da atenção à saúde. No que diz respeito a este componente, a II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993), como abordado anteriormente, retratou bem o que acontece em nosso país, sua falta de capacidade em atender às necessidades em saúde bucal da população; posto que descreve o panorama da organização dos serviços em saúde bucal no Brasil.

Além da ineficácia, da ineficiência, das iatrogenias, do baixo impacto social, da desordem, entre outros problemas já citados, é possível também visualizar tais problemas quando se tem acesso aos números. Segundo dados de pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde, baseada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 1998, quase um quinto da população brasileira (18,7%) nunca foi ao dentista, sendo que quando se fala em zona rural o percentual sobe para 32%. Tais dados deixaram espantado e abismado até mesmo o Ministro da Saúde, José Serra, conforme expresso no jornal Estado de São Paulo, em 16 de agosto de 2000. De 29,6 milhões de pessoas que nunca visitaram um dentista, 25,2 milhões correspondem a crianças e jovens até 19 anos. Tal pesquisa verificou ainda que o acesso aos serviços odontológicos e médicos aumenta proporcionalmente ao aumento da renda familiar (Estado de São Paulo, 2000, p.1). É oportuno lembrar que os dados, em verdade, refletem a posição do setor público odontológico, que sente sua missão social, ou seja, seu papel perante a sociedade, sendo cumprida quando oferece atendimento escolar, atendimentos emergenciais e de livre demanda. De modo geral, a prática odontológica no Brasil tem tido como alvo “ *aliviar o sofrimento humano cuidando da urgência – não importa, então, qual a faixa etária e via de regra através de práticas mutiladoras*”, e

*colocar a criança como sua prioridade*” (Botazzo, 1994, p.57), o que não tem conseguido causar impactos reais e positivos na produção social das doenças bucais.

Falar em Saúde Bucal, entretanto, muitas vezes se confunde com falar em Odontologia. Pode-se mesmo dizer, conforme Botazzo (1994), que a saúde bucal se reduz à odontologia e, esta, à cariologia, pois

“(…) embora classificando patologias bucais e tendo a boca como seu universo, o exercício da odontologia é hegemonicamente praticado tendo o dente como referencial e a cárie, nele colocada, como patologia geradora da identidade profissional e a chave de um saber particular. São fortes estas representações e nelas funciona sua economia.”(p. 37).

Saúde bucal e odontologia, como pode ser observado, tratam, portanto, infelizmente, de objetos diferentes,. Embora Lyda (1998) afirme que o homem deve ser o objeto da odontologia ao dizer que “ *Não é a boca, ou mais estritamente, a arcada dentária que constitui o objeto da Odontologia senão o homem, seu produto e produtor*” (p. 132) , o que se tem visto, segundo a mesma autora, é a exclusão do que há de essencial na odontologia, ou seja, sua humanidade e historicidade. Botazzo (2000a) afirma que a odontologia tem tratado como seu objeto “ *inequivocamente este: os dentes dos homens, a dentadura humana*” (p. 58).

Assim, a odontologia fixa sua atenção em torno do dente (mesmo com todo o avanço científico que experimenta), esquecendo-se, na maioria das vezes, que em torno desse dente existe uma boca que pertence a um ser social que tem toda uma história que não pode ser apartada dele, pois “ *A Odontologia, ao fazer da boca uma abstração, a desvincula do ser social que passa a ser tomado enquanto expressão do seu objeto e ‘compreendido’ apenas a partir dele.*”(Botazzo, 1994, p. 43). O mesmo autor lembra ainda que, contraditoriamente, a odontologia acaba por se desvincular das demais práticas de saúde ao deslocar o paciente do seu contexto social, sendo que a análise de tal desvinculação só é possível no próprio campo das práticas de saúde. A odontologia segue, portanto, sem considerar nem entender que seu objeto tem uma constituição social, que não pode ser ignorada.

A Saúde Bucal, por sua vez, tenta assim o resgate desse ser social, pois os processos de saúde /doença bucal são problemas que não podem se resolver no espaço limitado de um consultório dentário, mas precisam ser discutidos em diferentes territórios sociais, uma vez que

“... o enfoque curativo e das doenças constitui uma visão estreita da realidade, imprópria e pouco econômica, o seu contrário amplia o espaço para um cenário social, de saúde que não omite outras categorias da saúde (potenciais ou reais, profissionais ou não profissionais, legais ou não) mas sobretudo, assume um trabalho intersetorial pela qualidade de vida. Daí que o novo cenário da Saúde Bucal Coletiva é a sociedade, a totalidade única e contraditória.”(Cordón, 2000, p.6).

A partir do entendimento de que saúde bucal e odontologia não querem dizer a mesma coisa, Narvai (1994) esclarece que:

“ ... o movimento da saúde bucal coletiva toma a **saúde bucal** como determinante para a implantação e desenvolvimento de práticas de saúde capazes de operar a ruptura com o modelo hegemônico de prática odontológica. Considera portanto que tal possibilidade não existe a partir do referencial de **odontologia**, sendo insuficiente qualquer adjetivação desse substantivo com essa pretensão.” (p. 104).

E, segundo Botazzo (1994), pode-se mesmo afirmar que

“o objeto explícito do trabalho odontológico é a boca (corpo biológico) para o qual organiza as tecnologias que visam restabelecer o equilíbrio funcional do indivíduo, enquanto a saúde ‘bucal’ coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção de doenças e aí organizar tecnologias que visem não a ‘cura’ do paciente – naquela relação individual-biológica já referida – mas sim a diminuição e controle em sua dimensão coletiva.”(p.58).

Deste modo, é possível vislumbrar que enquanto a odontologia brasileira insiste em focar os problemas bucais brasileiros como simples lesões dentais isoladas, a saúde bucal coletiva, por sua vez:

“ tem procurado constituir-se em referências de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral indispensáveis às práticas no campo da saúde que tenham como horizonte sociedades democráticas e solidárias, nas quais as questões de saúde-doença tenham, efetivamente, relevância pública e assim sejam consideradas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade.” (Narvai, 1994, p. 106).

É , assim, sob esta perspectiva da Saúde Coletiva e da Saúde Bucal Coletiva, que se torna exequível o estabelecimento de um “diálogo”entre as Ciências Sociais e a Saúde Bucal, uma vez que são escassas tais elaborações teóricas (Bottazo & Freitas, 1998). E este diálogo vai acontecer na medida em que as Ciências Sociais estão sempre buscando respostas para questões como as culturais, de classes sociais, de gênero, questões econômicas; e a Saúde Bucal, por sua vez, precisa dessas respostas para estabelecer ligações com os seus indicadores e, desta forma, propor resoluções mais próximas do real para seus problemas. E, não há como negar que é o campo da Saúde Coletiva, campo este marcado por essa interdisciplinaridade, o mais apropriado para acolher o diálogo proposto por este trabalho, cujo objetivo é o de perceber e identificar, sob a perspectiva das relações de gênero, as implicações que a condição feminina impõem à saúde bucal da mulher, aqui mais especificamente durante a gestação; fazendo surgir novas reflexões que ofereçam um panorama inicial, porém real, que entreveja possíveis caminhos para a solução de tais problemas “invisíveis” e muitas vezes naturalizados, mas presentes e bem reais.

## 1.2. A SAÚDE BUCAL NO BRASIL

*Bocas também podem ser vistas como sinal de classe, estatuto de classe. (...) Há, com certeza, uma estética bucal popular, mostrando seus dentes encavalados, superfícies proximais escurecidas, gengivas entumescidas, resíduos dentários à mostra. Concluída a devastação, todavia, há sempre como apelar para a prótese, a dentadura estandardizada saída das muflas das clínicas “populares”. Ou fica como está: banguela é a palavra de amplo uso nacional.*

**Botazzo, 1994, p. 46**

Levando em consideração que a Saúde Bucal deve buscar o resgate do ser social em virtude do processo saúde/doença bucal tratar de problemas que não têm sua resolução no espaço de um consultório dentário, mas precisam ser discutidos em diferentes territórios sociais, neste item “A Saúde Bucal no Brasil” buscou-se construir um panorama da saúde bucal no país, através dos dados disponíveis e do estabelecimento de vínculos entre tais dados e a realidade social e histórica do país. Trata-se de uma tentativa válida na medida em que apenas quando se sai dos limites da boca, do consultório, é que se pode vislumbrar a importância da produção social de doenças (neste caso, doenças bucais) na história do processo saúde/doença bucal no Brasil.



No que diz respeito à saúde bucal, o fato de maior importância no século XX corresponde à extraordinária redução na ocorrência da cárie dental, que vem acontecendo desde o início da década de 70 (Frazão, 1998; Nadanovsky, 2000b). Segundo Nadanovsky (2000b), a principal razão desse declínio deve-se, de um modo geral no mundo todo, e inclusive no Brasil, ao largo uso de fluoretos, especialmente nos cremes dentais; além das mudanças no critério de diagnóstico, no padrão de consumo do açúcar; amplo uso de antibióticos; melhoria da higiene oral e uma variação cíclica natural da doença. Tais fatores, segundo o autor, sugerem ter exercido maior influência na redução da cárie dentária do que os tratamentos odontológicos em si. Cury (2000), por sua vez, lembra que tal declínio, no entanto, *“pode ser motivo de euforia, mas não de acomodação”* (Cury, 2000, p.8).

Embora não se possa negar essa redução dos índices de cárie também aqui no Brasil, a cárie dentária ainda é o principal problema de saúde bucal do país. No levantamento epidemiológico realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde ficou constatado que a situação da saúde bucal da população brasileira apresentava alta prevalência de cárie em todas as idades sendo o CPO-D – média do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos, conforme Klein e Palmer *apud* Chaves (1986) – aos 12 anos de 6,65 dentes envolvidos pela doença. No levantamento em 1996, o CPO-D aos 12 anos foi de 3,1. Segundo o levantamento epidemiológico de 1986, na faixa etária de 15 a 19 anos, apenas 33% dos brasileiros apresentavam todos os dentes presentes (Martildes, 1995; Ferreira, 1997a; Freire *et al.*, 1997; Peres *et al.*, 1997; Narvai, 2000b).

Ainda falando dos resultados do levantamento de 1986, os dados apenas confirmaram que, aos 60 anos, três em cada quatro cidadãos brasileiros eram desdentados, isto é, não tinham mais nenhum dente natural. Na faixa etária de 50 a 60 anos o CPO-D apresentava, em média, 26,8 dentes envolvidos pela cárie, e o mais grave é que desses 26,8 ; 22,9 correspondiam a dentes que já haviam sido extraídos. Na faixa etária de 35 a 44 anos (Narvai, 1994) cerca de um em cada dois brasileiros já está, já é desdentado! Sendo assim, percebe-se que *“ a situação epidemiológica em termos de saúde bucal da população idosa no Brasil pode ser classificada como bastante severa e grave”* (Pinto, 2000, p.121), o que demonstra a forma como este grupo é socialmente tratado e como, às margens da sociedade brasileira, procura

sobreviver – sem dentes, sem dignidade . . .

Esta situação da saúde bucal no Brasil, caracterizada como caótica pela I Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986), fica ainda mais grave quando se fala das camadas da população com menor renda salarial, onde se associam, além do alto consumo de açúcar, o difícil acesso às informações e aos meios de prevenção, como a água de abastecimento e cremes dentais fluoretados (Martildes, 1995; Freire *et al.*, 1997).

O consumo de escovas dentais no Brasil também merece destaque em virtude da importância atribuída à escovação na remoção e controle da placa bacteriana dental, e conseqüentemente, na prevenção e controle da doença cárie. Consome-se no país apenas noventa milhões de unidades por ano, o que se considera baixo para uma população de mais de cento e quarenta milhões de habitantes, levando-se em conta que a troca da escova deve se dar em média a cada três meses. Assim, o número ideal de escovas a ser consumido por ano no território brasileiro chegaria a 600 milhões de escovas por ano. Tais valores permitem inferir que existem brasileiros que nem mesmo conhecem ou têm uma escova de dentes (Ferreira, 1996). Isto está intimamente relacionado ao fato de que a escova dental brasileira do tipo premium (*top* de linha, não descartável) está entre as mais caras do mundo (Andrade, 1997). Seu preço equivale em média a US\$ 2,80. Sendo assim, em média, o cidadão brasileiro não consome nem uma escova por ano ( a média *per capita* é de 0,8 unidade). Em virtude deste aglomerado de fatos, de acordo com o professor Lars Petersson, presidente da Associação Sueca de Odontologia Preventiva, Doutor em cariologia, em entrevista concedida a Barros (1994), a indústria precisa produzir escovas dentais de boa qualidade e mais baratas. Petersson lembra ainda que o preço da escova brasileira, em média, corresponde ao de três escovas suecas. Nisto reside provavelmente a justificativa para ser tão baixo o consumo de escovas dentais no país: preços muito altos. Aliás, não é apenas do acesso a escovas dentais que os brasileiros e brasileiras encontram-se privados.

Dados de 1997 revelam que cerca de 10 milhões de cidadãos brasileiros não têm nenhum tipo de assistência médica e 90% não tem acesso a consultório odontológico particular. Além disso ingressavam no mercado de trabalho naquele

momento 8 mil cirurgiões-dentistas formados pelas 90 faculdades de Odontologia então existentes no país (agora já são 110 faculdades), revelando um crescimento do número de profissionais cerca de três vezes maior que a expansão demográfica brasileira (Albuquerque, 1997; Ferreira, 1997b; Manfredini, 2000). Segundo Pinto (1992) *apud* Frazão (1998), cerca de 2/3 dos trabalhadores brasileiros não possuem condições de freqüentar consultórios particulares, sendo que 3/4 do tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas acontece dentro desses consultórios no nosso país.

No que diz respeito ao setor público, de acordo com Zanetti (2000b) no Brasil há registros de que em meados da década de 30, em Minas Gerais, a odontologia começou a atender escolares e até o final da mesma década já existiam dentistas dentro de escolas. Antes disso, o atendimento se caracterizava pela livre demanda em instituições da tradicional Saúde Pública e através das primeiras instituições previdenciárias (Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs). Com a inclusão da odontologia nas escolas, passa a surgir algum tipo de programação, que ainda grosseiro, se restringia a colocar o dentista em uma escola, para que este atendesse o maior número possível de alunos, perdendo um pouco do caráter da livre demanda. A partir dos anos 50, surge a programação científica em saúde bucal, resultado do esforço da primeira geração de dentistas sanitaristas (professor Mário Chaves, da Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ; professor Reis Viegas, da Escola de Saúde Pública /USP; e do cirurgião-dentista Paulo Freire, da fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública- a SESP). Surgiu assim a denominada Programação Sespiana, que se baseou no modelo do Sistema Incremental Tradicional (discutido mais à frente). Surge também a Odontologia Simplificada, com o objetivo de aumentar a produtividade e diminuir os custos. É dessa época o surgimento do conceito de equipe odontológica, que inclui técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário na clínica. Modifica-se o incremental, somando-se à prática curativa a atenção preventiva – a Odontologia Integral. Novas tecnologias clínico-preventivas como flúor, selantes e ionômero foram adotadas, sob a influência escandinava. Mas foi durante a década de 80 que se ofereceram mais empregos aos profissionais da área da saúde bucal. No entanto, o que se pode observar é que, embora empregados no setor público, a prática de tais profissionais não difere, de modo geral, do modelo privado, “*que é transferido acriticamente para a prática pública*”(CNSB, 1993, p. 12). De acordo com

a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1993, tal transferência acrítica se dá em virtude dos órgãos formadores do país- ou seja, das faculdades de odontologia, que continuam desagregadas da realidade brasileira, não havendo compromisso com as necessidades da população e, tampouco, com a solução real de tais necessidades. Zanetti (2000a) corrobora tal transferência, e ainda é categórico e esclarecedor, ao afirmar que:

“ Hordas de Cirurgões Dentistas, passaram a ser lançados em um mercado socialmente desorganizado e a uma vida profissional por si só alienante. Tudo isso, após serem (de)formados em cursos de graduação exclusivamente voltados para uma clínica particular liberal, ou seja, para o consumo de massa de serviços curativos.”(p.8).

Como pode ser visto, apesar de existir uma prática pública de saúde bucal, a maior parte da categoria odontológica continua exercendo tal prática baseada na sua “(de)formação” profissional, ou seja uma formação que aliena da realidade. E esta prática age de forma pouco resolutiva, o que exige uma mudança nos modelos de atenção e de programação, com o objetivo de reforçar estratégias comprometidas com as necessidades da população brasileira, que gerem impactos epidemiológicos reais e positivos. Deste modo, para que possa haver mudanças positivas na prática de saúde bucal no Brasil é essencial que ocorram transformações no setor de desenvolvimento de recursos humanos, além da produção de conhecimentos e de serviços. A universidade brasileira não pode continuar “ *quase que totalmente alienada da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira, inclusive com a convivência dos dirigentes e docentes da área*” ( CNSB, 1993, p. 12).

No Brasil, ainda lamentavelmente conhecido como o “ país dos banguelas” ou mesmo o “ campeão em cárie dentária”, dados da pesquisa epidemiológica, realizada em 1996 pelo Ministério da Saúde (MS), com a colaboração de entidades em vinte e sete capitais estaduais, demonstraram que houve um declínio na prevalência de cárie em todo o país. O valor do CPO-D caiu de 6,65 aos doze anos em 1986, para 3,06 na mesma idade, em 1996. Diante destes resultados obtidos nos últimos anos frente aos índices de cárie, parece haver três grandes fenômenos relacionados a tal declínio : (1) a expressiva ampliação da disponibilidade de água tratada e fluorada no país como um todo; (2) a adição de compostos fluorados aos dentífricos, especialmente aos

populares, e a crescente expansão do mercado brasileiro nas últimas duas décadas e (3) a promoção da saúde bucal, presente nos sistemas locais de saúde (Narvai, 1996; Narvai, 1997; Ferreira, 1997a; Silva, 1997; Ferreira, 1998; Medeiros, 2000). Outras razões possíveis para este declínio relacionam-se às mudanças nos critérios de diagnóstico, aos padrões de consumo do açúcar, ao amplo uso de antibióticos, à melhoria na higiene oral e a uma variação cíclica natural da doença (Nadanovsky, 2000a).

No que tange a fluoretação das águas, um dos seus aspectos mais positivos reside exatamente no fato de que não exige esforço pessoal dos beneficiários em sua aplicação, contornando, assim, um problema-chave das práticas preventivas: a cooperação do indivíduo, uma vez que todos precisamos beber água. Além desta vantagem, o custo *per capita*/ano, segundo estimativas, consiste na melhor relação custo-benefício de todas as atividades próprias da prática odontológica, correspondendo ao valor de R\$1,00 (Narvai, 2000a).

É importante ainda lembrar que dados comprovam que padrões melhores de saúde bucal são encontrados em locais onde a água é fluoretada. Além disso, a redução da cárie dentária através deste meio coletivo é de aproximadamente 60% na prevalência dessa doença após 10 anos de utilização desse método. Segundo a Coordenadoria de Saúde Bucal, do Ministério da Saúde, a fluoração das águas de abastecimento público está atendendo a 42% da população, em 33,28% dos municípios do Brasil. Os dados demonstraram que 61,30% dos nossos habitantes recebem água tratada em suas casas e 42,09% destes são servidos com água fluoretada. No entanto, numa pesquisa realizada pela Fundação Nacional de Saúde, comprovou-se que apenas 32% da água tratada no Brasil é fluoretada (Ferreira, 1996; Vasconcellos, 1996; Ferreira, 1997a; Frazão, 1998; Brasil, 1999). Assim, levando-se em consideração as vantagens da fluoretação das águas, embora haja diferenças entre as pesquisas aqui citadas, considerando a relação custo-benefício de tal medida, os dados permitem inferir que ainda é baixa a cobertura de tal medida coletiva.

Tal achado marca a necessidade de formas de controle locais da fluoretação da água pois, além da ainda baixa cobertura, “*de nada adianta fluoretar a água sem um controle rígido da qualidade dos produtos adicionados a ela e da sua qualidade final quando vai ser consumida pela população*” (Ferreira, 1996, p.14). Ademais, além de

grande parte da população ainda não dispor desses serviços, não basta fluoretar a água para solucionar o problema que é a cárie aqui no Brasil. Mas, mesmo diante disso, Cury *apud* Freitas (2000) lembra que, segundo a conclusão do Comitê Técnico-Científico da Unicamp, apresentado ao Ministério da Saúde, “ ‘ a não fluoretação da água deve ser considerada juridicamente ilegal, cientificamente insustentável e socialmente injusta’ ”(p. 2).

Os dentifrícios fluorados, por sua vez, passaram a ser acessíveis à população brasileira em meados dos anos 80. Foi no ano de 1988 que se adicionou o flúor ao produto mais vendido do mercado. Hoje, a maioria dos dentifrícios disponíveis no mercado contém flúor (Silva, 1997).

A promoção em saúde bucal também tem colaborado para a redução dos índices de cárie em nosso país. A política e a epidemiologia têm contribuído, ainda que nos bastidores, a fim de que o Brasil não ostente mais títulos como “ o país dos desdentados”. A criação do SUS, em 1988, parte do processo de construção da democracia brasileira, tem colaborado para a melhoria da saúde bucal dos brasileiros na medida em que criou a possibilidade de decisões locais sobre o que fazer para se evitar a cárie. Além disso, estudos epidemiológicos, ainda que esparsos e pouco aproveitados, têm sido realizados com maior freqüência, permitindo que se conheça melhor a realidade e tornando possível avaliar realmente as mudanças ocorridas (Narvai, 1992 ; Silva, 1997; Peres *et al.*, 1997).

Observa-se, entretanto, que, de fato, a contribuição dos serviços odontológicos para a mudança desses índices de cárie no país foi mínima. Admite-se que somente 5% da população brasileira têm acesso regular aos serviços odontológicos. Em 1983, segundo Pinto *apud* Narvai (1994), o setor público financiava somente 18,2% dos serviços odontológicos produzidos no Brasil, sendo os 81,8% restantes correspondentes a gastos realizados no setor privado. Os gastos do Ministério da Saúde em 1996 com a Saúde Bucal da população brasileira limitaram-se a 5% da verba total do SIA/SIH/SUS, que correspondem a cerca de R\$ 205 milhões. Em procedimentos individuais (P.I.) foi gasta a maior parte da verba - R\$ 125 milhões, atingindo uma cobertura de apenas 10% da população. Já os procedimentos coletivos (P.C.) consumiram cerca de R\$ 80 milhões, tendo atingido cerca de 13% da população-alvo . De 1996 para 1997 houve uma queda no investimento global em saúde bucal,

sendo que R\$ 216 milhões foram investidos em 1997 e R\$ 213 milhões, em 1998. Pode até não parecer muito, mas três milhões a menos fazem uma enorme diferença quando estamos falando em investimentos nacionais em Saúde Bucal, que já não têm, assim, uma alta cobertura da população. Desta maneira, a Saúde Bucal, que já representou 14% dos gastos ambulatoriais do extinto INAMPS, hoje representa apenas os 5% já referidos como recursos ambulatoriais do SUS (Ferreira, 1997c; Manfredini, 2000; Narvai, 2000c). Desde 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, parece que há ainda muito para a odontologia brasileira avançar. Naquele momento, a odontologia em nosso país ficou caracterizada como “*ineficiente, ineficaz, (...) com enfoque curativo e de baixa cobertura*”. ( Peres, 1996, p.19).

Falta de cirurgiões-dentistas, por sua vez, não é um problema para o Brasil. Nosso país é mesmo rico em contra-sensos . . . São aproximadamente 120 mil cirurgiões-dentistas, que correspondem a 11% do total do mundo. Rotulado como país campeão em cárie dentária, o Brasil é paradoxalmente a nação que possui o maior índice proporcional de faculdades de odontologia, levando-se em consideração o número de habitantes do país. No entanto, esse fato parece não ter se traduzido em melhorias reais no sentido de diminuir de maneira significativa os índices de doenças bucais registrados no país, uma vez que o surgimento de novas faculdades de odontologia não tem causado impactos sociais reais (Neto, 1996, Ferreira, 1997b). Ou seja, apesar de entrarem no mercado, a cada ano, inúmeros profissionais cirurgiões-dentistas, isto não tem resultado em mais saúde bucal para a população.

Além disso, as universidades continuam dando ênfase à teoria e a prática de reparar danos, através de restaurações, próteses, tratamento de canal, etc.; teoria e prática estas desvinculadas da realidade social da maior parte do Brasil (Cordón, 1996). Na verdade, de uma maneira geral, a formação de recursos humanos na área de saúde continua supervalorizando novas tecnologias, altos níveis de especialização, estruturando-se distante dos sujeitos e de seus diferentes contextos de vida (Leocádio, 1994).

Não que a população não tenha tais necessidades; mas, de fato, não pode pagar por elas. Desta forma é cada vez maior a distância entre a técnica e a realidade epidemiológica e social dos pacientes, ou seja, entre a odontologia e a saúde bucal no

Brasil ( Garrafa & Moysés, 1996; Peres, 1996; Teitelbaum, 1997).

Obviamente não há como negar todo o desenvolvimento científico e tecnológico que a odontologia tem alcançado em nosso país, entretanto, os alcances sociais desse desenvolvimento têm sido mínimos. A odontologia brasileira tem errado ao continuar considerando a boca de maneira isolada, praticamente se esquecendo de levar em consideração as influências de fatores sócio-econômico-culturais sobre a saúde bucal da população (Garrafa & Moysés, 1996; Chaves *et al.*, 1998). Ainda segundo Garrafa & Moysés (1996), a odontologia no Brasil “ *chega ao final deste século carregando uma impostergável contradição: apesar da evolução técnica que a área experimentou, seus alcances sociais continuam sendo mínimos, o que torna cientificamente questionável a sua prática*” (p.16).

Deste modo, infelizmente, percebe-se que muito pouco de prático vem se transformando em benefícios reais para a população brasileira no que diz respeito à Saúde Bucal:

“ . . . acreditamos que a ciência odontológica disponível no Brasil está sendo utilizada de forma profundamente discutível, não só do ponto de vista científico propriamente dito, como também sob o prisma da moral individual e da ética coletiva. Os resultados práticos da utilização dos frutos das descobertas no sentido de proporcionar melhores níveis de vida para a sociedade no que se refere à saúde bucal, continuam teimosamente inaparentes e epidemiologicamente imutáveis no contexto coletivo.” (Garrafa & Moysés, 1996, p.13).

Pode-se concluir que, como a saúde de um modo geral, a Saúde Bucal no Brasil encontra-se em situação caótica; quando se compara, entretanto, a saúde bucal e a geral, a principal diferença reside sobretudo no fato de que a perda de estruturas dentais não impede que se continue vivendo (Garrafa, 1996).E este continuar vivendo, mesmo sem dentes, leva à inferência de que os “ *problemas bucais da população brasileira vão além da limitada fronteira de influência de um setor técnico-científico como é a odontologia*”( Garrafa & Moysés, 1996, p.12).

Segundo o conceito de Dolan *apud* Sheiham (2000), Saúde Bucal consiste numa “ *‘dentição confortável e funcional que permite que os indivíduos continuem na sua função desejada’ enfatizando o papel desta área específica na qualidade de vida*



*das pessoas*” (Sheiham, 2000, p.229). Pensando na realidade social do Brasil, tal conceito encontra-se ainda muito distante da situação de saúde bucal da maior parte da população, na medida em que uma “dentição confortável e funcional” ainda se distancia da realidade palpável da maioria da população brasileira. Faz-se necessário relembrar a dimensão dos dados de Pinto (1992) *apud* Frazão (1998), que são claros ao demonstrar que a maior parte da população, cerca de 2/3 dela, encontra-se excluída do acesso ao atendimento odontológico. Além disso, muito ainda há que se trabalhar junto à população no sentido de buscar a valorização da saúde bucal como parte da saúde geral; é preciso começar a mudar a representação que a maior parte da população tem com relação a seus dentes. Na verdade, faz parte da cultura do brasileiro lembrar-se que tem dente quando este dói; e quando isso ocorre, na maioria das vezes também, não restam opções de tratamento financeiramente acessíveis, a não ser a extração, prática mutiladora ainda tão comum em nosso país (Lyda, 1998).

No entanto, há que se ponderar que não é simplesmente a falta de acesso aos serviços odontológicos que produz a má condição dentária. As incoerências entre o progresso técnico-científico da odontologia e os níveis de saúde bucal dos cidadãos brasileiros estão relacionadas “ *com a formação e capacitação de recursos humanos que é inadequada, a ineficiência dos serviços e programas públicos e a gravidade dos problemas sanitários, que fazem com que a saúde bucal tenha prioridade secundária*” ( CNSB, 1993, p. 5). Adicionam-se a tais incoerências a baixa cobertura assistencial e a falta de horário de atendimento disponível para os trabalhadores. Além disso, não se pode ignorar a queda do poder aquisitivo da população, as desigualdades sociais que aumentam cada vez mais em virtude do desemprego e de baixos salários, que terminam por aumentar ainda mais o desequilíbrio entre a oferta e a procura dos serviços públicos. Falta também: integrar ações educativas e preventivas às curativas, para que se consiga diminuir a supremacia das ações emergenciais e mutiladoras; e repassar conhecimentos e informações em saúde bucal para a população (CNSB, 1993).

Outra consideração a ser feita é que a saúde bucal, como a saúde de um modo geral , “ *é um patrimônio que cada um desfruta e cuida, segundo seus próprios critérios e cultura*” (Belardinelli & Rangel, 1999, p.92). Aqui vale reforçar a importância do estilo de vida dos indivíduos, conforme o mapa do território da saúde de

Lalonde (1996), abordado anteriormente. A questão do autocuidado diz respeito às decisões que cada indivíduo toma com relação à sua própria saúde, o que está diretamente ligado às condições de vida dos indivíduos e também às crenças, mitos e medos que fazem parte de seu universo cultural.

Mas faz-se igualmente necessário considerar que a célula maior e fundamental da organização da sociedade ocidental, seu núcleo base, continua sendo a família. Apesar das modificações sofridas em sua constituição ao longo dos anos, como por exemplo, a mulher assumindo o papel de chefe em grande número de famílias brasileiras, quando se pretende atingir a sociedade como um todo é esse núcleo que passa a ser considerado. A partir disso, então, a saúde passa a ser um patrimônio que precisa ser avaliado *“como um objetivo a ser alcançado e mantido não apenas pelos prestadores de serviços, mas também pelo próprio cidadão, beneficiário do sistema”* (Zanetti, 2000b, p.15). É bem verdade que isso se torna um desafio diante de uma tradição de serviços de saúde que cuidam dos usuários, muitas vezes impedindo-os de assumir seu papel de agentes nesse processo de atenção à própria saúde. Tal tradição acaba por impedir que o próprio paciente compreenda seu envolvimento e motivação para o autocuidado são diretamente proporcionais aos benefícios para a sua saúde e de sua família.

De qualquer maneira, entretanto, torna-se essencial compreender e admitir que: é impossível esperar mudanças reais na saúde bucal da população brasileira sem que se invista na qualidade de vida de um modo geral, isto é, sem que se invista em moradia, saneamento básico, educação, trabalho, renda, transporte, lazer, entre outras coisas elementares para a qualidade de vida e para a saúde geral de uma população. E conforme abordado no item anterior onde se considera a Saúde Bucal Coletiva, vale recordar neste momento que fixar a atenção em torno do dente acaba por impedir a visão do ser social que traz consigo sua história, da qual é, ao mesmo tempo, produto e produtor, e da qual não pode ser apartado. Assim, recorrendo novamente a Botazzo(1994), reforça-se que *“a saúde ‘bucal’ coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção de doenças e aí organizar tecnologias que visem não a ‘cura’ do paciente – naquela relação individual-biológica já referida – mas sim a diminuição e controle em sua dimensão coletiva.”*(p.58). Então, a busca dessa dimensão coletiva deve, de fato, envolver fatores que interfiram sim na qualidade de vida de brasileiros e

brasileiras, sempre tendo em mente que o processo saúde/doença bucal tem fortes determinantes sociais que precisam ser considerados sempre que são buscadas reais e benéficas mudanças neste processo.

Enfim, não é possível compreender o processo saúde/doença sem levar em consideração sua determinação social. Segundo Lefèvre (1996) *apud* Frazão (1998), na verdade, é preciso resgatar “ *a saúde-doença como processo social, como fato essencialmente coletivo e de interesse público*” (Frazão, 1998, p. 162). Isso implica na inclusão de variáveis sociais e de comportamento como escolaridade, classe social, moradia, trabalho e renda familiar como instrumentos fundamentais preditivos de risco, a fim de que se compreenda mais profunda e verdadeiramente os problemas de saúde bucal. Assim, no caso da cárie, além dos fatores tradicionais de predição de risco (testes bioquímicos, microbiológicos, análise da dieta, e outros), é preciso lançar esse novo olhar sobre a produção social dessa doença. Assim, o nível socioeconômico afeta o risco de cárie na medida em que as camadas mais elevadas têm acesso a informações, aos meios de prevenção e ao tratamento restaurador, uma vez que podem pagar por isso (Navarro& Côrtes, 1995). No entanto, para as camadas mais pobres, a representação que se tem do dente é a dor, sendo a solução para esta a extração, encarada como um acontecimento natural e inevitável. O que em hipótese alguma o é, pois a extração não só não resolve o problema como também agrava o estado de saúde/doença bucal da população, não apenas no âmbito individual mas também no coletivo, uma vez que restabelecendo a normalidade através da eliminação da dor, consegue-se, contraditoriamente, dar lugar à anormalidade, que é a ausência dos dentes. Mas, mesmo sabendo-se disto, “*cerca de 40 milhões de dentes são extraídos anualmente aqui*” no Brasil, que é o país “*recordista mundial de cáries...*”. (Ida, 1998, p.128).

Infelizmente, a situação de saúde bucal da população brasileira continua sendo desconsiderada. O fato é que não há estudos globais sobre a situação de saúde bucal em extratos anteriores ou posteriores à idade escolar, dificultando a visão da realidade da saúde bucal de uma forma geral no país; impossibilitando a tomada de medidas que gerem mudanças reais na saúde bucal da população como um todo (Narvai, 2000b). Não se pode fechar os olhos e aceitar que “*já que não se pode atender todo o povo, que se atenda, ao menos, os ‘filhos do povo’.*” (Botazzo

*et al.*, 1995, p.48).

A priorização da idade escolar no Brasil consolidou-se em 1952, quando se implementou o Sistema Incremental – metodologia de trabalho que objetiva o atendimento odontológico de uma dada população, com a eliminação das necessidades acumuladas e posterior manutenção da saúde, através de procedimentos coletivos e preventivos. Tal opção, importada dos Estados Unidos da América, iniciou-se nos municípios de Aimorés (MG) e Baixo Guandu (ES), com a cobertura escolar inicial restrita às idades de 7 e 8 anos, e com posterior incorporação de faixas etárias que atingiram os 14 anos: deu-se aí o início dessa tradição praticamente exclusiva de prioridade no atendimento a escolares. Na verdade, o Sistema Incremental no Brasil acabou por se tornar mais uma daquelas importações de modelos que se instalam sem as devidas e merecidas considerações e discussões; o que, segundo Abreu & Werneck (1998), reflete uma postura clara do Estado com relação à história das políticas sociais em nosso país: a preferência pela “*saúde da economia’ em detrimento da ‘saúde da população’*” (p. 122).

Mesmo após a implantação do Sistema Único de Saúde, o SUS, o Sistema Incremental continuou sendo largamente utilizado, e não se pode negar que modificações nos seus aspectos preventivos geraram reduções consideráveis na experiência de cárie em escolares. Não se pode deixar de lado, todavia, o fato de que o Sistema Incremental gerou e gera também uma imensa exclusão pois só pode atingir as crianças entre 7 e 14 anos, estudando em escolas que possuam consultório odontológico que realmente funcione. Além disso, o restante da população brasileira continua, enquanto isso, com condições de saúde bucal bastante preocupantes (Abreu & Werneck, 1998).

Essa tradição de prioridade de atendimento odontológico quase exclusivo às crianças que freqüentam as escolas não deve excluir, contudo, a necessidade de serviços estruturados em saúde bucal para atender à população adulta, mesmo porque os adultos são a maior parte da população. Além disso não há como ignorar que o comportamento dos adultos influencia diretamente no comportamento dos filhos. Então: como se pode esperar mudanças reais na saúde bucal da população brasileira quando se exclui adultos de uma atenção mais estruturada, adultos estes dos quais se espera

uma contribuição para manter a saúde bucal dos filhos ( que têm sido priorizados pela Odontologia em Saúde Pública no Brasil)? O fato é que esta questão da atenção à saúde bucal do adulto, de acordo com vários autores, entre os quais Botazzo *et al.* (1995) e Peres (1996), é uma “ antiga dívida” da odontologia com a saúde bucal no Brasil, dívida esta que não pára de crescer.

Cabe aqui retomar o conceito de saúde coletiva enquanto um campo que justamente por abrigar tanto saberes quanto práticas, tem buscado respostas para os problemas de saúde da população, levando em consideração a origem social e não apenas biológica de tais problemas. Conceito que neste momento é uma reflexão extremamente útil na medida em que a odontologia, priorizando um atendimento sistematizado só para as crianças, esquece-se da forte influência do social sobre a vida das pessoas. Como se tratando a doença bucal em crianças gerasse adultos saudáveis, por si só. Infelizmente tratar da doença nem sempre é sinônimo de geração de saúde quando não se considera a produção social da doença; pois se assim o fosse, pelo tempo que se tem priorizado a saúde bucal de crianças no país, o processo saúde/doença bucal já teria tomado outros rumos, muito mais satisfatórios, no Brasil.

Mas apesar disso, o que de modo algum pode se fazer é desconsiderar que o acesso às necessidades básicas para uma vida saudável é um direito humano, sendo a saúde bucal, por sua vez, um componente importante e fundamental da saúde geral. E, embora se possa “continuar vivendo” na presença de problemas bucais, o fato é que no Brasil a saúde bucal não tem recebido a atenção que merece. Não se pode ignorar a dor, o desconforto, a limitação e deficiência sociais, e os prejuízos na qualidade de vida gerados por problemas bucais( Baldisserotto, 1995). Mas parece que em nosso país ainda não se conseguiu compreender, assim, a saúde bucal como parte da saúde geral . . . É essencial que se alcance tal compreensão da saúde bucal a fim de que se perceba que, no Brasil, é preciso investir seriamente, sim, em “ *serviços de saúde não-pessoais*” ( Mckeown *apud* Nadanovsky, 2000a), ou seja, serviços que possam alcançar o público em larga escala, como a fluoretação das águas, dentifrícios fluoretados, educação em saúde bucal. Não é aumentando o número de faculdades de odontologia que se alcança níveis aceitáveis de saúde bucal na população. . .

Além disso, a resolução dos problemas de saúde bucal de brasileiros e

brasileiras perpassa por fatores extra-odontológicos como nível educacional, acesso a bens e serviços, poder aquisitivo, enfim, condições de vida da população (Pinto, 2000), não sendo possível buscar saúde bucal sem que se esteja condicionado à melhoria destes fatores. E para melhorar as condições de saúde bucal da brasileira também é preciso considerar, além dessas variáveis, as relações sociais de gênero, que dizem respeito à sua condição dentro da sociedade, permeando e parecendo interferir no processo saúde/ doença bucal da mulher, o que passa a ser discutido, a partir de agora, no capítulo 2.

## **CAPÍTULO 2. A SAÚDE BUCAL DA MULHER BRASILEIRA**

### **2.1. A SAÚDE BUCAL DA MULHER**

Falar da saúde bucal da mulher não se constitui numa tarefa fácil na medida em que pouco se tem dado atenção às diferenças marcantes entre a saúde bucal de homens e mulheres. A forma como são tratados os dados em trabalhos anteriormente realizados no Brasil, que consideram a variável sexo, não evidencia tais diferenças. Estas, até agora, têm seguido a tendência de serem naturalizadas (Aquino *et al.*, 1995), e justamente por isso, não têm sido devidamente estimadas nem estudadas mais profundamente.

Não existe nenhuma atenção diferenciada à saúde bucal da mulher, a não ser quando se fala da saúde bucal de bebês. Ou seja, como forma de prevenir

problemas bucais em bebês, aí sim, a mulher é abordada, não com o objetivo de beneficiar sua saúde bucal, porém, mais especificamente, a de seu bebê. Mas mesmo quando se fala da atenção à saúde bucal de mulheres gestantes, esses serviços ainda são esparsos e de baixa cobertura.

Tais serviços esbarram em mitos, crenças e medos que subjagam o conhecimento construído dessas mulheres no que diz respeito à atenção odontológica durante a gestação. O senso comum permite afirmar que ir ao dentista durante a gestação pode prejudicar o bebê, o que faz com que muitas gestantes enfrentem problemas bucais, que podem se agravar durante esse período de suas vidas, de forma solitária e dolorosa, sem ajuda profissional devida.

Sabe-se que existem especificidades na saúde da mulher que fazem com que a atenção a ela também deva ser específica. No que se refere à saúde bucal de mulheres muito ainda há a ser estudado, mas também muitas especificidades, embora ainda não sejam devidamente consideradas, já se mostraram presentes. A erupção dentária é uma delas: os dentes nascem mais cedo nas meninas que nos meninos (McDonald, 1977; Guedes-Pinto, 1993). Este fato implica numa exposição também mais precoce aos riscos de adoecer, de a cárie se apresentar mais precocemente nas meninas. Isto se reflete diretamente nos indicadores do processo saúde/doença bucal, o que provavelmente explica (mas não totalmente) o fato de a maior prevalência de cárie ser nas mulheres.

Além disso, estudos como o de Abegg (1997) trazem à tona evidências de que as relações sociais de gênero também permeiam a saúde bucal. Ao estudar hábitos de saúde bucal em adultos, encontrou hábitos mais saudáveis em mulheres, tendo associado tal fato, ainda que superficialmente, ao seu papel dentro da sociedade, isto é, à maior preocupação exigida socialmente das mulheres com relação à sua aparência, inclusive ao seu sorriso.

Não se pode ignorar que tais atitudes das mulheres com relação a hábitos de higiene estão intimamente associados à maneira como são socializadas desde a infância. E esta socialização para a limpeza continua presente durante toda a vida da mulher, demonstrando também porque a ela é atribuída a tarefa de cuidar da higiene dos filhos, inclusive da saúde bucal, e também dos problemas surgidos em decorrência



da falta de tais cuidados.

Este capítulo trata, assim, de aprofundar tais questões, demonstrando os dados já existentes sobre a saúde bucal das brasileiras, mais especificamente das gestantes, e também busca relacionar essa saúde às diferenças socialmente construídas entre homens e mulheres, que acabam se refletindo também nos indicadores de saúde/doença bucal.

## **2.2. A SAÚDE BUCAL DA BRASILEIRA GESTANTE**

Como já foi dito no Capítulo 1, a priorização de escolares pela odontologia na saúde pública no Brasil mantém uma “dívida” com a saúde bucal da população adulta no país. A mulher, parte desta população adulta, também não encontra, assim, reais possibilidades de solucionar os problemas bucais, garantindo seu direito à saúde bucal. Aliás, no que diz respeito aos problemas relacionados à vida e à saúde da mulher no Brasil, infelizmente o que se evidencia é *“a falta de acesso à informação e às possibilidades de atendimento nos serviços de saúde”* que se associam *“à inexistência de um real processo de envolvimento das mulheres na discussão e solução possível de seus problemas e necessidades”* (Borges & Atiê, 1989, p.166).

Falar da saúde bucal de mulheres é falar dessa dívida da saúde pública, tornando-se essencial visualizar também como tem sido tratada a saúde das mulheres de um modo geral no Brasil. No entanto, essa questão não é tão simples assim . . . Dados do Ministério da Saúde sobre a assistência à saúde da mulher (Brasil, 1999) revelaram que somente 51% das gestantes brasileiras tinham acesso à assistência pré-natal. Além disso, existe toda uma questão da situação da mulher na sociedade

brasileira: as condições em que ela se encontra ao entrar no mercado de trabalho; a articulação entre o trabalho doméstico e o extra doméstico; o seu nível de escolaridade; enfim, o esquecer-se de si mesma em benefício da família, “pois é assim que deve ser” (é o que a sociedade espera e cobra dela) (Barroso, 1982; Dias, 1991). De modo geral, a saúde da mulher tem sido vista restritivamente como saúde reprodutiva, limitando as necessidades de saúde da mulher principalmente ao período gestacional e as situações que o cercam.

Barroso (1982) buscou as respostas para uma série de perguntas que visam entender a situação da mulher na sociedade brasileira até o referido período. Entre as questões rastreadas pela autora está o atendimento às necessidades de saúde geradas pelo modo específico de inserção da mulher na sociedade. A autora pontua o predomínio da idéia de que as necessidades de saúde da mulher restringem-se aos cuidados durante a gravidez, parto e puerpério, já que o papel reprodutor da mulher é o que têm maior visibilidade. Além disso, a precariedade no atendimento às necessidades de saúde da população e a escassez de informações para avaliar tais necessidades ficaram evidentes quando se buscou estudar a situação de saúde das mulheres. Aliás, mesmo quando se fala em assistência pré-natal, os percentuais de cobertura de assistência à saúde da mulher ainda são bastante restritivos (Corrêa, 1993; Brasil, 1999).

Assim, dentro da lógica que restringe a saúde da mulher à saúde reprodutiva, parece que também os cuidados com a saúde bucal da mulher no Brasil tendem, infelizmente, a restringir-se ao período da gravidez. E, ainda assim, estudos realizados no Brasil revelam que, mesmo quando se fala em gestantes, muito pouco se tem feito no sentido de orientar as mulheres, durante os exames do período pré-natal (Cozzupoli, 1981; Menino & Bijella, 1995; Silva, 1998; Scavuzzi *et al.*, 1998; Zardetto, 1998; Scavuzzi *et al.*, 1999; Oliveira & Oliveira, 1999), quanto aos cuidados que lhes é necessário conhecer: em relação à própria saúde bucal – cuidados que independem da gestação, e a de bebês – completamente vinculados ao fato de ser ela quem vai cuidar dos filhos. Apesar disso, de modo geral, não são vistas como prioridades nos serviços oferecidos pelas equipes de Exames do Período Pré-Natal ações em promoção de saúde bucal, como orientações sobre nutrição e alimentação adequadas, hábitos de higiene, cuidados com a saúde bucal do bebê; em relação à proteção específica,

através de aplicações tópicas, dentifrícios fluoretados e controle do açúcar, entre outras atividades; e também em outros níveis de prevenção, mais ligados à atenção à doença.

Mesmo os eventuais serviços de atendimento odontológico à gestante têm tratado do assunto como a Saúde, de uma forma geral, trata: uma forma precoce de atenção à saúde da futura criança. Assim, mulheres, parte dessa população adulta, encontram nesse momento oportunidades, porém também restritas, de que sejam atendidas suas necessidades em saúde bucal, somente em função da gestação, o que está profundamente arraigado à sua condição de mulher dentro da sociedade. Fala-se dessas oportunidades como também restritas porque, de fato, poucas são as gestantes que conseguem ter acesso a tal atendimento.

Todos estes fatos se somam aos mitos, crenças e medos (Cozzupoli, 1981; Scavuzzi *et al.*, 1998; Oliveira & Oliveira, 1999) em torno da atenção odontológica durante a gestação, que fazem parte do universo cultural da população (da qual não se excluem os profissionais da saúde) no Brasil.

Segundo estudo realizado por Cozzupoli (1981) com 170 gestantes do Amparo Maternal, na Capital do Estado de São Paulo: o medo do tratamento dentário, na gravidez, manifestou-se pela quase totalidade da amostra pesquisada; o medo de mais da metade das entrevistadas relacionava-se a perder o bebê em decorrência de hemorragia genital provocada pelo tratamento odontológico; as gestantes que venceram o temor e procuraram o profissional durante a gestação, encontraram resistência por parte do mesmo; entre as gestantes de camada sócio-econômica e nível de escolaridade mais baixos, a proporção de dentes em bom estado foi, de modo geral, maior do que em geral é pressuposto; e, além destas e outras conclusões, a autora encontrou que, no universo pesquisado, a importância do tratamento odontológico foi reconhecida.

Em um estudo feito na cidade de Bauru- SP, através de entrevista com 150 gestantes, entre 13 a 44 anos, Menino & Bijella (1995) concluíram que: 1) as grávidas entrevistadas tinham noção sobre cárie e os meios para preveni-la; 2) existe uma certa valorização da saúde bucal, pois a perda dos dentes não é uma situação inevitável se as pessoas tiverem os devidos cuidados e tratamento; 3) a procura do tratamento

odontológico não é prioridade neste grupo, pois há um certo receio das grávidas e do próprio dentista; 4) a maioria das gestantes já recebeu informações sobre prevenção; no entanto, durante o período pré-natal elas não receberam nenhuma informação sobre saúde bucal. As gestantes entrevistadas demonstraram grande interesse em adquirir mais conhecimento sobre as questões, e os autores sugeriram, portanto, a formação de equipes de assistência pré-natal com a participação do cirurgião-dentista.

Em 1998, em um estudo anterior por nós realizado (Silva, 1998) com 140 gestantes no Pré-Natal da Maternidade Cândido Mariano, na cidade de Campo Grande-MS, pôde-se chegar às seguintes conclusões: 1) embora a maioria das entrevistadas tivessem o conhecimento da doença cárie (89,3%), não existe muita clareza na definição da doença; 2) a grande maioria das gestantes (92,1%) não recebeu nenhuma informação ou orientação sobre saúde bucal durante os exames do pré-natal; 3) as gestantes entrevistadas, de fato, possuem pouco conhecimento sobre saúde bucal durante a gestação e saúde bucal de bebês, não sendo prioridade para elas a procura de informações sobre saúde bucal de bebês. Houve, no entanto, por parte das entrevistadas, demonstração de grande interesse em incorporar novos conhecimentos sobre as questões levantadas, o que reafirma a relevância do papel do cirurgião-dentista na atenção à saúde da gestante, inserido na equipe pré-natal.

Zardetto *et al.* (1998) entrevistaram 302 gestantes e puérperas atendidas nos Hospitais e Maternidades São Luiz, Universitário (HU /USP), Albert Einstein e Beneficência Portuguesa; com o objetivo de verificar a influência de três fatores considerados como importantes na aquisição do conhecimento: o nível de escolaridade materna, o nível de renda familiar e o fato de já possuir outro(s) filho(s). A renda foi o fator que apresentou influência nos escores finais, sendo estes maiores para as entrevistadas com renda mais elevada. Isto provavelmente se deve ao fato destas últimas terem tido condições financeiras de procurar melhores serviços de saúde.

Scavuzzi *et al.* (1998) entrevistaram 204 gestantes, residentes no Distrito Sanitário Barra- Rio Vermelho, na Bahia. As autoras detectaram que os relatos obtidos evidenciam a crença e o mito de que a gravidez possa gerar problemas dentais. Além disso, a procura por atenção odontológica não foi prioridade no grupo, mesmo quando problemas reais como a dor e o sangramento gengival estavam presentes, havendo,

assim, negligência por parte das gestantes com relação à própria saúde bucal. É possível perceber que, conforme as autoras, tal negligência deve-se à pouca valorização ou, até mesmo, um certo conformismo com a sua condição de saúde bucal. As gestantes estavam desinformadas com respeito à viabilidade do tratamento odontológico durante a gestação e das medidas de prevenção.

Nessas mesmas 204 gestantes, entre 14 e 43 anos, de camada socioeconômica e nível de escolaridade baixos, Scavuzzi *et al.* (1999) realizaram um levantamento epidemiológico de cárie dentária (CPO-D). Os resultados revelaram a precariedade da assistência odontológica a este grupo, e, o mais triste, a alta frequência do tratamento mutilador, isto é, a extração dentária (42,2%); além do alto percentual (50,3%) de unidades dentárias cariadas. Segundo as autoras, “*a realidade destas gestantes, no que diz respeito à atenção odontológica, parece ser o retrato da política nacional de saúde bucal em vigor, ineficaz e ineficiente para resolver os problemas da cárie dentária*”( Scavuzzi *et al.* , 1999, p. 101). O perfil da saúde bucal encontrado evidencia a necessidade de um programa de atenção odontológica que priorize as gestantes.

Oliveira & Oliveira (1999) obtiveram uma amostra de 100 mulheres gestantes, entre 13 e 40 anos, pertencentes à camada sócio-econômica de nível baixo, oriundas dos setores de pré-natal do Hospital Universitário “Lauro Wanderley” e da Maternidade Municipal “Cândido Vargas”, em João Pessoa-PB. Os resultados encontrados pelas autoras, após a análise dos dados colhidos através de questionário preenchido pessoalmente com cada gestante, permitem concluir que: existe uma íntima relação entre as condições de saúde bucal das gestantes e o grupo social a que pertencem; os serviços odontológicos educativo-preventivos de assistência a gestantes continua sendo uma carência dos serviços públicos de assistência pré-natal; as credices, os mitos e os receios populares influenciam significativamente na relação dentista/gestante. Finalizam reforçando que, no que diz respeito a métodos preventivos, o processo de conscientização da população deve levar em conta a sua realidade social.

Não se pode negar obviamente a importância da atenção à saúde bucal também neste período da vida da mulher, uma vez que existem de fato manifestações bucais associadas à gravidez que exigem cuidados odontológicos (Cheney & Cheney,

1974; Cozzupoli, 1981; Luz, 1990; Oliveira, 1990). Segundo Oliveira (1990), durante a gravidez, e de maneira especial no terceiro trimestre, a mulher apresenta uma diminuição na capacidade fisiológica do estômago e pode ingerir menos quantidade de alimentos, porém com maior frequência, podendo, assim, haver um aumento no risco de cárie devido à tendência existente nas gestantes em mordiscar a certos intervalos. Este aumento na frequência de alimentos associa-se à possibilidade de que o estado geral da gestante a induza ao descuido da sua higiene bucal. O aumento exagerado da fome em gestantes relaciona-se à perda de nutrientes para o feto e a efeitos hormonais da gestação. Segundo Fonseca (1987), a fome durante a gestação funciona como um mecanismo de defesa e, quase sempre, o apetite aumentado é superior às necessidades extras deste período. Assim, por necessidade fisiológica e também muitas vezes por orientação que recebe, tanto do médico como de parentes, a gestante faz um número maior de refeições, e acaba deixando de escovar os dentes sistematicamente (Kahhale, 1994). Soma-se a este fato, a crença de que a mulher grávida deve comer por dois (Marques & Duarte, 1997). Tal crença acaba por contribuir para a obesidade da mulher, além de contribuir para aumentar as chances de desenvolver diabetes, ou uma doença hipertensiva específica (toxemia gravídica), que faz a gestante reter líquidos e inchar. É preciso orientação dietética para que se compreenda que comer bem não significa engordar. Sabe-se que a dieta gestacional deve ser rica em consumo de carnes, proteínas, verduras, sais minerais; e que se deve evitar alimentos gordurosos e ricos em hidratos de carbono (açúcares em geral). Sem nenhuma dúvida, afirma Fonseca (1987), o açúcar é o maior responsável pelo excessivo ganho de peso durante a gestação. Por todas estas mudanças, Marques & Duarte (1997) afirmam serem fundamentais: escovação adequada e a diminuição de açúcares.

Além disso, existem hipóteses de hipersecreção das glândulas salivares no início da gravidez (Oliveira, 1990), que cessa por volta do terceiro mês e coincide com o desaparecimento da emese gravídica, ou seja, dos enjôos, das regurgitações e ânsias de vômito frequentes na gestação. Não existe, de fato, etiopatogenia definida para tal hipersecreção, no entanto parece ser relevante a participação psicológica em tal evento.

O mesmo autor relata alterações no pH da saliva, citadas como fatores que predispõem e levam à incidência de cárie dentária nas gestantes. A gengiva, por sua

vez, também sofre alterações neste período: inicialmente acreditava-se que a gengivite gravídica tivesse causa puramente hormonal; atualmente há um consenso de que na gravidez existe uma resposta exagerada dos tecidos moles do periodonto aos fatores locais, que se deve ao aumento na vascularização da gengiva durante a gravidez. Além disso pode inclusive ocorrer aumento da mobilidade dentária, do fluido gengival e da profundidade da bolsa, acontecimentos estes que podem estar associados ao estrógeno e à progesterona. Também podem ser encontrados os tumores gravídicos, lesões idênticas ao granuloma piogênico, que aparecem geralmente numa papila, como uma resposta mais intensa, produzindo uma zona localizada de proliferação capilar e reação inflamatória acentuada. Pigmentações no interior da boca e lábios também podem estar presentes, devido às modificações hormonais. (Sonis, 1985; Oliveira, 1990; Moss, 1996; Nascimento & Lopes, 1996). Diante de todos esse achados científicos, fica claro que a gravidez exige da mulher reforços nos cuidados com a boca: escovação dos dentes, uso do fio dental, dieta balanceada e visitas ao dentista são fundamentais.

A gravidez também pode atuar como fator modificador do organismo na medida em que faz com que desponham situações crônicas pré-existentes. Dessa maneira, por todas as deficiências nas questões de saúde bucal da gestante, esta passa pela gravidez sem saber o que fazer se tiver sangramento gengival ou dor de dente, acreditando no mito de um dente perdido por cada filho, tentando adivinhar se deve ou não tomar suplementos de flúor e , depois do parto, possivelmente alimentando seu bebê com leite, sucos ou chás adoçados, na hora de dormir, e imaginando, sem entender muito bem, o porquê das cáries rampantes (lesões cariosas de evolução aguda, altamente destrutivas) aos dois anos ... (Cheney & Cheney, 1974; Katz, 1981; Coutinho *et al.*, 1995; Grelle *apud* Menino & Bijella, 1995; Gomes *et al.*, 1996).

É bem verdade que fazem parte da cultura popular provérbios como “cada filho custa um dente”, tão conhecido e que se repete em vários países (Cozzupoli, 1981). Mas há que se levar em consideração que a incidência de cárie é quase universal, ficando claro que as mulheres grávidas geralmente já possuíam problemas com tal doença antes da gestação ( Menino & Bijella, 1995). Segundo Zisken *apud* Cheney & Cheney (1974), faz-se necessário, então, que durante os exames e o processo educativo do período pré-natal, a futura mãe aprenda que dentes frágeis e

cariados não são característicos da gravidez, uma vez que se demonstrou que a suscetibilidade à cárie é “*virtualmente não afetada pela gravidez*” (p.152 ). De acordo com Marques & Duarte (1997), embora exista o mito de que na gravidez os dentes fiquem fracos, este período não aumenta o aparecimento de cáries e nem enfraquece os dentes.

Fatores como a resistência da própria gestante à visita ao cirurgião-dentista, até a resistência do profissional que se recusa a atendê-las, somados à pouca frequência de serviços de assistência odontológica nas entidades que prestam assistência Pré-Natal, fazem, muitas vezes, com que passem despercebidas as deficiências odontológicas na atenção à saúde da gestante (Cozzupoli, 1981).

O medo é outro tópico que merece atenção. Não há como negar que para muita gente a cadeira do dentista funciona como uma espécie de aprimoramento dos instrumentos de tortura, tão comuns na Idade Média. Cada etapa do tratamento, desde o barulho do “motorzinho” na sala de espera, passando pelo momento da aplicação da anestesia, e de tantos outros no ambiente do consultório odontológico, é encarada e sentida como um martírio.

Para uma melhor compreensão da questão do medo de dentista é preciso voltar às origens da prática odontológica, e a toda ansiedade que a ela está associada. Desde seus primórdios a prática odontológica está associada no imaginário popular “*a um ritual de violência insuportável, um reviver de mutilação fictícia, a atormentar; atualização da angústia represada, desde o inevitável confronto edípico infantil*”(Rego *et al.*, 1999). Para tais autores, manifestações de angústia, dentre as quais a fobia, com frequência se manifestam no consultório odontológico, através, por exemplo, da resistência ao tratamento, sob a forma de sucessivas interrupções; incompatibilidades de horários; faltas às consultas marcadas ou manutenções; negligência a instruções dadas; demonstrações de inquietação, pressa ou irritação; limitação da abertura de boca, entre outros.

De modo geral, o medo é mais estudado entre as crianças. De acordo com Singh *et al.* (2000), que pesquisaram o medo, a ansiedade e o controle relacionados ao tratamento odontológico em 364 crianças, entre 7 e 13 anos, as meninas mostraram-se mais temerosas e ansiosas que os meninos. Segundo os mesmos autores, isto pode



estar relacionado ao fato de que as meninas têm maior facilidade para demonstrar suas emoções. Parece ainda que o medo está associado a experiências odontológicas prévias, experiências estas, na maioria das vezes, invasivas e dolorosas.

Cano & Botazzo (1985?) pesquisaram aspectos psicológicos do tratamento odontológico, em pacientes que buscaram o Serviço de Estomatologia do Centro de Saúde do Alto-Maé, em Maputo (República popular de Moçambique). Fizeram parte da pesquisa doentes que apresentassem manifestações de medo, tais como tremedeiras, rigidez corporal, choros, verbalização de temores, etc, tendo sido incluídos na pesquisa somente pessoas com mais de 10 anos. Os doentes apontaram como causa de seu comportamento: medo da anestesia, de extração, de “passar o motor”, medo do instrumental, de complicações, de suturar, entre outros. Além disso, alguns entrevistados relataram experiência traumáticas anteriores, das quais 32% correspondiam a experiências com estomatologia. Ao afirmarem que só vão à consulta quando já não suportam as dores, alguns entrevistados permitiram que os autores inferissem que somente temores muito fortes ou desconfianças em relação ao tratamento ao qual se submeteriam poderiam explicar tal comportamento.

Parece, assim, que o medo da prática odontológica no caso de adultos está fortemente associado a experiências odontológicas anteriores nada agradáveis. Quando estamos falando de Brasil, isto se torna ainda mais forte, uma vez que o costume de ir ao dentista apenas quando já não se suporta a dor (hábito altamente difundido) acaba se concluindo numa prática mutiladora, ou seja, uma prática de extrair dentes, que gera um ciclo vicioso: extração -medo- dor- extração- medo-dor...

No que diz respeito às gestantes em relação ao tratamento odontológico, soma-se aos medos comuns, aqueles que se relacionam à integridade do bebê. No entanto, no que diz respeito à saúde bucal da mulher na gestação, é fundamental que se esclareça o que é mito e o que está cientificamente comprovado, a fim de que não mais se reproduzam enganos que prejudiquem a saúde bucal da mulher ao longo de sua vida e não apenas durante a gestação. Fatores culturais profundamente enraizados em boa parte da população sugerem que a mulher, no período da gravidez, não pode se submeter a atendimento odontológico e que problemas de saúde bucal são normais neste período. Tais afirmações não procedem, não têm respaldo científico (Medeiros,

1993; Silveira, 1998). O que é certo é que “*existe a necessidade da manutenção da saúde bucal, não só no período de gestação como em qualquer outra fase da vida da mulher*”(Medeiros, 1993, p.19).

É certo, todavia, que todo este conhecimento científico e tecnológico relativo à saúde bucal de gestantes não tem razão de ser se não resultar em saúde bucal e não colaborar para a elevação da consciência, tanto dessa população quanto dos profissionais em relação aos determinantes sociais do processo saúde/doença bucal, e para a organização de práticas coletivas que reduzam efetivamente tais problemas bucais ( Frazão, 1998).

Na verdade, no que diz respeito à saúde bucal de mulheres no Brasil, não se pode reduzir efetivamente seus problemas sem conhecê-los em profundidade. Embora, ao se realizarem os levantamentos, uma das variáveis consideradas seja sexo, nem sempre se dá a atenção devida às diferenças que se evidenciam. Tal fato impede a percepção de que a mulher, por suas especificidades biológicas e sua condição de mulher na sociedade, necessita de atenção em saúde bucal em todas as fases da sua vida, inclusive na gestação, mas não exclusivamente neste período.

## **2.2. AS RELAÇÕES DE GÊNERO**

Têm sido vistos vários trabalhos na área de saúde bucal, mais especificamente os que tratam de gestantes e de bebês, que colocam as mães como as principais responsáveis pela contaminação e infecção de seus filhos pela doença cárie ( Berkowitz *et al.*, 1981; Long *et al.*, 1993; Torres *et al.*, 1999; Oliveira Jr. *et al.*, 2000). Tais autores situam como fundamental a atenção à saúde bucal de gestantes em virtude da possibilidade de contaminação de seus filhos pela doença cárie. Esquecem-se, entretanto, que antes de serem mães, são mulheres e também cidadãs.

E como tal dispõem do direito à saúde bucal, independente da gestação.

E a reflexão acerca da cidadania das mulheres implica numa compreensão dos papéis adotados nas relações entre homens e mulheres, ou seja, as relações de gênero (Costa & Guimarães, 1999?). A cultura foi imputando, através de um longo e lento processo, funções a homens e mulheres dentro da sociedade, e há que se levar em consideração que tais tarefas têm ainda hoje efeitos valorosos sobre a saúde. À mulher foram designadas tarefas que giram em torno do cuidado com os outros, ou seja, com a casa, a família, os filhos. E mecanismos, como a censura familiar ou do grupo social, foram criados pela sociedade a fim de que seja cumprido pelas mulheres esse papel, fazendo delas pessoas dependentes, discriminadas, medrosas, culpadas, desempoderadas.

Faz-se, assim, necessário recorrer à história para alcançar o significado das relações entre o gênero e a saúde bucal de mulheres, de modo mais específico, gestantes. Apenas através dessa busca é possível compreender o posicionamento dos autores ao considerar as mulheres como principais responsáveis pela contaminação e infecção de seus filhos pela cárie. Bernardes (1988) ao estudar a história da mulher brasileira, pôde traçar alguns perfis: na época do Brasil-Colônia, a mulher – fosse branca, nativa ou negra – consistia no objeto sexual do homem; durante o Império, a mulher era voltada para o ambiente doméstico, privado; tendo, a exemplo das mulheres portuguesas, formação intelectual baixa e se ocupando basicamente de serviços da casa e práticas religiosas. A única forma de ascensão para a mulher aceita socialmente no Brasil do século XIX era o casamento.

De fato, as meninas são educadas desde pequenas para a submissão. De acordo com Belotti (1975), existe toda uma hostilidade diante da menina, e se inicia uma espécie de processo de adestramento da mesma desde a infância. Assim, busca-se o condicionamento feminino exatamente para a submissão e para a passividade, sempre associando tais características como inerentes à natureza feminina. Dessa forma, a menina vai sendo socializada para se tornar mulher, conforme apraz à sociedade. Iniciam-se, então, os vários “adestramentos” da menina, de modo geral, muito mais severos e rígidos do que os dos meninos. Aqui é legítimo tocar na questão do adestramento ou treinamento para a limpeza, que diz respeito desde ao controle dos

esfíncteres até a outras questões da higiene pessoal. Das meninas espera-se “*que sejam mais limpas, que ‘ prestem atenção’, que tenham mais cuidado com o próprio aspecto e com a própria pessoa*” (Belotti, 1975, p.39). Como pode ser observado, portanto, desde muito cedo às meninas, depois, mulheres, é atribuída tal dedicação em relação aos cuidados com a limpeza, não apenas os cuidados pessoais, que demonstram toda sua “*beleza, delicadeza, feminilidade*”, mas também, os mesmos cuidados em relação ao espaço privado que lhe é próprio, ou seja, o “lar”. Neste caso, tudo o que diz respeito à limpeza dentro da casa – desde os cuidados com a limpeza da casa em si, das roupas, móveis, cozinha, dos alimentos, até a higiene pessoal da família, banho, escovação dos dentes, limpeza das unhas, entre tantas outras coisas – são compreendidas como tarefas da alçada feminina. E esta questão do adestramento é tão séria que pode mesmo gerar problemas como a prisão de ventre, tão comum entre mulheres. Pois enquanto se ensina aos meninos, por exemplo, que a eles é permitido soltar gases em público, às meninas praticamente se exige que suas fezes sejam cor de rosa e perfumada (Montgomery, 1997), o que é humanamente impossível. Assim, o adestramento para a limpeza inculcido na educação de meninas vai gerando problemas muitas vezes quase que irreversíveis na saúde dessas futuras mulheres.

De acordo com Lakatos & Brutscher (2000), pode-se mesmo afirmar que os trabalhos do lar, as atividades “domésticas”, entre elas os cuidados com os outros, inclusive, doentes, existem desde o início da vida familiar em grupo e da divisão sexual do trabalho, e desde então são desvalorizados socialmente. Embora existam várias teorias a esse respeito e não se saiba ao certo quando isso começou, o que é fato é a existência de uma desvalorização do que se atribui socialmente como papel feminino, e tanto a Igreja quanto a sociedade, através dos processos educativos e da medicina, dão cunho científico a essa desvalorização.

Uma melhor percepção sobre a educação das meninas pode ser obtida através do trabalho de Nader (1997), que busca no desenrolar da história da família no Brasil, os fatos que contribuíram para a subordinação ideológica das mulheres à sociedade. Segundo a autora, é possível afirmar que tanto a religião católica quanto a educação foram os provedores do processo moralizante e também do destino biológico da mulher no país.

Além da igreja e da educação, a medicina também teve seu papel fortemente exercido no que diz respeito ao destino biológico da mulher brasileira. Assim, a redução à condição de reprodutoras imposta às mulheres também aparece como uma forma de controle social. Já a partir do século XIX, a medicina no Brasil se volta para tal controle, e, nesse tempo, constrói um discurso sobre a condição feminina, considerando a mulher voltada para a maternidade; dando cientificidade a uma perspectiva que reduz o papel da mulher ao de esposa e mãe (Nunes, 1991). Dessa maneira, a medicina contribui com a idéia da inferioridade feminina ao classificar a mulher em situação desvalorizada dentro da sociedade. Mais do que isto, caso a mulher não dê respostas adequadas, esperadas a seus papéis tradicionais – se “ falta com o zelo” com os filhos e a família, ou quando não amamenta os filhos, por exemplo – isto se deve ao fato de a sua organização física e mental ser inferior. Ainda segundo a mesma autora (Nunes, 1991), pode-se mesmo afirmar que a medicina tenta contribuir para uma estratégia de garantia da permanência das mulheres nos papéis sociais que lhe são definidos, ou seja, contribui para a submissão feminina na medida em que trata como patológico todo comportamento feminino que se “extravie” do modelo de esposa e mãe.

No final do século XIX, já era estabelecida a ligação “natural” da mulher à instituição familiar, ou seja, considerava-se que mulher e família não eram inseparáveis visto existir uma ligação natural entre ambas, restringindo a mulher a um espaço privado, a um destino exclusivamente associado a fatores biológicos. Em nome da ordem social, instituiu-se para a educação feminina o modelo positivista, apoiado pela igreja católica, segundo o qual à mulher cabia obedecer e cumprir seus deveres no interior da família e da sociedade, sendo seu processo de formação educacional voltado principalmente para a instrução de seus filhos. Sendo assim, a escolarização dela no Brasil “obedecia aos preceitos tradicionais de conservação da honra e da virtude da mulher e reiterava o objetivo de uma formação voltada para a família”(Nader, 1997, p.90). Faz parte da cultura brasileira, assim, esta prescrição rígida entre os papéis sexuais, ficando bastante explícitas as diferenças entre ser homem e ser mulher: cabe à mulher “*uma postura receptiva, submissa, reações emotivas e a sua realização na esfera privada*”, ao passo que ao homem cabe “*sua realização na vida pública, assumindo uma postura corajosa e calculista diante da vida*” (Nader, 1997, p.92). E tais (pre)conceitos, de modo geral, constituem-se em partes essenciais da formação de

cada homem e de cada mulher brasileiros.

Diante de tais dados inicia-se a compreensão – mas não a aceitação como verdade absoluta – da atribuição às mulheres, mães, da responsabilidade pela contaminação e infecção de seus filhos pela doença cárie. Ora, se são de sua alçada os cuidados com a higiene dos filhos, inclusive da boca deles, qualquer episódio que quebre a cadeia desses cuidados ou que contribua para o surgimento de doenças, também passa a ser de sua responsabilidade. A odontologia, como a medicina, desta maneira, tem contribuído para a submissão feminina na medida em que considera a mãe praticamente como um vetor, ou seja, uma transportadora de agentes infecciosos, na transmissão da doença cárie a seus filhos.

A odontologia ainda não alcançou o entendimento dos aspectos sociais que levam a fazer parte dos “papéis femininos” a tarefa de educar os filhos e de “ser responsável” por sua saúde ou doença, aspectos estes que não podem mais deixar de ser considerados. E a odontologia nem mesmo tem conseguido vislumbrar, assim, as implicações de seu papel social na saúde bucal de mulheres. Parece que tem optado por ser parcial, pois não tem entendido como sendo de sua alçada discutir as relações de gênero e suas implicações para a saúde bucal, considerando tal conteúdo como “não-odontológico”. Daí, a maioria dos trabalhos que dizem respeito à saúde da mulher, da gestante e de bebês, mais especificamente, tratam os problemas bucais enfrentados por estas mulheres, e depois por seus filhos, de maneira limitada. Limitada diante do fato de a vida dessas mulheres ser muito mais complexa do que os achados estritamente biológicos – como, a título de exemplo, os níveis de infecção pelo *Streptococcus mutans* em gestantes (Torres *et al.*, 1999) ; a transmissibilidade bacteriana entre mães e filhos ( Berkowitz *et al.*, 1981; Long *et al.*, 1993) – sempre tão enfatizados e que serão melhor discutidos adiante. Não que os estudos feitos até agora não tenham seu valor, absolutamente. Apenas se faz necessário mudar as lentes desse modo de ver a realidade: é preciso enxergar mais longe, mais ao redor; não se pode, atualmente, limitar a visão deste assunto, assim, a uma forma tão biologicista! Entende-se que o que não pode acontecer é justamente essa polarização do que é biológico em detrimento do que é social.

Mas, afinal, em que se constituem as relações de gênero? Harding (1989)

apud Castro & Bronfman (1993) considera que *“Género es una construcción social sistemática de lo masculino y lo femenino que está poco (o nada) determinada por la biología ( por el sexo), presente en todas las sociedades, y que permea todas las dimensiones de la vida social y privada”*(p.378). Diante disso, é importante considerar que *“(...) gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino ou feminino”* ( Louro, 1996, p. 9). Assim, partindo da compreensão do conceito de gênero como uma construção social, logo histórica e cultural, deve-se observar a pluralidade de tal conceito. Mas, justamente por esta pluralidade, o conceito de gênero não é uma formulação imutável, e já se admite que, embora fundamentalmente a construção de gênero se trate de um processo social e histórico, existe uma ligação estreita entre este social e o biológico, pois tal processo envolve os corpos dos sujeitos tanto femininos quanto masculinos. Dessa maneira, segundo a mesma autora, *“ o gênero (assim como a classe ou a raça) é mais do que uma identidade aprendida (é mais do que uma aprendizagem de papéis), sendo constituído e instituído pelas múltiplas instâncias e relações sociais, pelas instituições, símbolos, formas de organização social, discursos e doutrinas”* (Louro, 1996, p. 12).

Deve-se considerar, assim, que ao longo da história da humanidade, a sociedade molda a identidade feminina e masculina, caracterizando tais identidades como naturais. E, apesar da saída da mulher do espaço doméstico para integrar o mercado de trabalho, a partir do século XIX, tal mudança não gerou modificações reais no que diz respeito à imagem feminina socialmente construída ( Teixeira, 1996). Isto significa, que mesmo a mulher tendo assumido novos papéis sociais, além do espaço doméstico, aqueles papéis ligados a ele continuaram sendo femininos.

Além deste aumento na carga de trabalho feminino, merece atenção a questão do desconhecimento acerca dos efeitos desse trabalho sobre a saúde da mulher. Segundo Aquino *et al.* (1995), tal desconhecimento acontece em virtude da “invisibilidade” do trabalho feminino e pelo fato de a mulher continuar sendo tratada pela medicina moderna como mãe, concedendo especial atenção aos aspectos que dizem respeito à saúde do feto.

Corroborando tais achados, Andrade (1999), ao estudar a relação entre o trabalho doméstico e a saúde das mulheres, concluiu que o trabalho doméstico, por ser

próprio do espaço privado, tem pouca visibilidade, por se tratar de tarefas que não são facilmente reconhecidas; e mais, o trabalho doméstico está ligado à consideração de que a maternidade é o eixo da vida das mulheres e, por isso, faz parte da “naturalidade” do feminino.

Guillaumin (1994) lembra que, nas sociedades atuais, as mulheres são conhecidas como “*objeto de uma exploração direta de seu trabalho e de seu potencial reprodutivo*” (p. 229). Assim, nas relações sociais de gênero as mulheres encontram-se numa posição de inferioridade em relação aos homens, na verdade, segundo a autora, as mulheres estão exatamente “*nas mãos dos homens*”(Guillaumin, 1994, p.231). E esta inferioridade, ou seja, esta hierarquia de gênero em prejuízo da mulher se dá na medida em que, a partir de uma “*concepção de que a igualdade entre os indivíduos se sustenta na essência universal que estes possuem enquanto donos de seu corpo e, conseqüentemente, de seu trabalho*”, as mulheres são excluídas “*da constituição do indivíduo e do cidadão enquanto categorias históricas*”(Vaitsman, 1994, p.10).

Todas as tarefas delegadas à mulher que dizem respeito à gestação, ao parto e ao período de aleitamento são, enfim, o substrato essencial da construção da identidade feminina, de modo que a mulher fica sempre envolvida por trabalhos domésticos infundáveis que marcam um mundo como o nosso, fortemente recortado pelas diferenças que geram as relações sociais de gênero. A identidade feminina vai se construindo, assim, cercada por uma cultura cristã e patriarcal, que liga a imagem feminina à maternidade santificada, desligada da sua sexualidade (Maldonado, 1990; Montgomery, 1997), sendo o papel de mãe, praticamente um troféu social a ser conquistado. Deste modo, o inconsciente coletivo continua imbuído da exaltação da maternidade. E ao longo de sua vida, pode-se mesmo dizer, de acordo com Montgomery (1997), que a mulher acaba sendo submetida a três grandes opressores: o homem, através do seu poder econômico; a sociedade, que impõe a ela um terrorismo moral e estético, ao encher de regras o universo feminino; e a natureza, que atribui também à mulher, biológica e fisiologicamente, uma missão ainda insubstituível na reprodução: a gravidez. E se alguma coisa sai errada com as tarefas atribuídas à mulher, ou seja, àquelas tarefas que dizem respeito ao seu ambiente doméstico e maternal ( como, por exemplo, a educação dos filhos ou o surgimento de uma cárie),



então, a responsabilidade e uma grande opressão também recaem sobre ela.

Na verdade, a distância existente entre tais problemas peculiares à vida e à saúde da mulher e a solução dos mesmos reflete esse significado social e político historicamente atribuído a ela. O fato é que *“a desigualdade entre o gênero masculino e o feminino torna a especificidade dos problemas da mulher, dentro da sociedade, invisível”* (Gomes, 1997). Conseqüentemente, de acordo com autores como Borges & Atiê (1989) e Minayo & Souza (1989), entre outros, o cuidado com a vida do lar – o ser dona-de-casa – e a socialização dos filhos – o ser mãe, fazem com que as mulheres se esqueçam de cuidar de si mesmas, como que extinguindo a consciência de si mesmas, a capacidade de auto-reflexão: sobre seus próprios corpos e o dia-a-dia de suas manifestações; enfim, sobre suas próprias vidas.

A relação entre o ser dona-de-casa e o ser mãe, segundo Ávila (1994), é ainda hoje vista como *“ indissociável e naturalmente harmônica”* (p.8). Segundo a autora, a visão de tal relação se origina e toma força a partir de *“teorias explicativas da divisão do trabalho entre os sexos como resultado natural das aptidões biológicas e das diferenças físicas”* (Ávila, 1994, p.8).

O que acaba por acontecer, então, é que nem mesmo esse papel social historicamente atribuído à mulher, intimamente ligado às relações de gênero, a mulher de camadas mais desfavorecidas da população pode exercer.

Quase sempre privada do acesso tanto a informações quanto aos serviços de saúde, essa mulher praticamente desconhece a gama de transformações não apenas biológicas, naturais, mas também psicológicas e sociais que acompanham a sua vida e se refletem diretamente na sua saúde, de maneira especial no período da gestação.

Não se pode negar, enfim, que a mulher tem

“. . . uma condição adicional de risco de adoecer ou morrer que é a de cumprir o papel biológico da reprodução humana, o que não ocorre com o seu parceiro, o homem. Pela identificação desta situação é que hoje em dia se afirma que a mulher, independente de tempo ou lugar, deve ser objeto de priorização no cuidado à saúde.” (Ortiz, 1989 *apud* Ávila, 1994).

E ainda no que concerne a essa vulnerabilidade da saúde da mulher durante a gestação, há que se considerar novamente as fortes relações sejam elas míticas ou verdadeiras entre a saúde bucal e este período da vida das mulheres. Embora se considere um mito que os dentes fiquem fracos durante a gravidez, existem sim alterações que modificam o meio bucal feminino, alterações estas que podem trazer prejuízos à saúde bucal dessas mulheres. E como não considerar que tal situação só é vivida pelas mulheres em função do lugar ocupado socialmente por elas?

Sabe-se que as mulheres são consideradas, durante as fases de planejamento em saúde, como um grupo que deve ter prioridades na assistência; entretanto, na prática, o serviço se organiza apenas para oferecer serviços a saúde da mulher gestante, não restando muitas opções para mulheres que decidem não ter filhos, ou que não estão grávidas (Leocádio, 1994). E, ainda mais, diante da qualidade dos serviços oferecidos, parece que “ o Serviço de Saúde pode ser inteiramente responsável por(...) agravar ou corrigir os efeitos danosos que a falta de condições adequadas impõem ao corpo de uma mulher grávida”( Ávila, 1994, p.6).

Sabe-se que a saúde e a doença são dois momentos de um mesmo fenômeno, momentos estes que estão em constante troca, constituindo uma “unidade dialética”, que precisa ser compreendida como um processo social e histórico (Leocádio, 1994). Dessa maneira, é fundamental que se leve em consideração a ligação existente entre a história de saúde-doença das mulheres e a história de sua vida (Minayo & Souza, 1989), ou seja, seu trabalho, sua escolaridade, seus costumes, suas crenças. Se não se buscar tal compreensão, continuar-se-á agindo como se saúde da mulher fosse simplesmente a saúde reprodutiva, o que é prejudicial particularmente para elas. Daí ser fundamental que esta discussão aconteça no campo da Saúde Coletiva, um campo interdisciplinar, por isso aberto e formulador, que permite tal busca e uma nova compreensão da saúde da mulher, sem esquecer as implicações nela geradas pela posição que a mulher ocupa na sociedade, em virtude das relações sociais de gênero.

O papel de manter a saúde da família deriva exatamente desses papéis de mãe, esposa e dona-de-casa; fazendo parte, portanto das funções do lar , funções de

âmbito privado, invisíveis, papel feminino socialmente construído. Pela perspectiva do gênero, a situação da família como unidade social e também funcional básica em saúde condiciona a mulher como responsável pela formação e transformação de comportamentos e hábitos que gerem saúde (ou doença) para a família como um todo.

Chega-se mesmo a levar em consideração que as mães têm papel-chave dentro da família no que concerne à saúde, pois influenciam diretamente comportamentos que serão adotados ao longo da vida pelos filhos (Costa *et al.*, 1998). Segundo Dias (1991), a mulher não apenas detém e repassa informações do saber e da experiência em saúde acumulado por ela, como também é ela que tende a buscar se educar e se informar mais nesse assunto. O que nem sempre é possível uma vez que muitas vezes os serviços de saúde fazem este repasse “*de maneira superficial e numa linguagem pouco acessível, não contribuindo em nada para a socialização do saber*”(Leocádio, 1994, p.17).

Assim, é a partir dessa condição das relações de gênero que se torna possível compreender que não dá para estudar a saúde bucal de mulheres, sejam elas gestantes ou não, sem contemplar a influência de tais relações.

Alguns pontos importantes podem ser identificados na literatura no que diz respeito à questão da saúde bucal de mulheres. Tais pontos caminham junto das relações de gênero, mas não têm sido até o momento devidamente considerados e estudados. Por exemplo, a maior prevalência de cárie nas mulheres, a maior frequência ao dentista, maiores cuidados com a higiene, a responsabilidade pelo cuidado da saúde bucal de seus filhos e a transmissibilidade, as relações entre os níveis de saúde bucal da mãe e da criança, a receptividade a novas informações em saúde bucal que os serviços esperam que ela tenha, as crenças e mitos que giram em torno da dicotomia saúde bucal /gestação.

Poletto (1993) realizou levantamento epidemiológico do estado de saúde bucal da população urbana da cidade de Bauru-SP, tendo examinado, então, 6598 indivíduos, com idades variando entre 3 e 92 anos. O percentual de mulheres (49,8%) que responderam ter recebido atendimento foi ligeiramente maior que o dos homens (46,3%). Com relação ao tipo de atendimento odontológico, se privado ou público, mais de 60% da amostra recebeu atendimento em clínicas particulares, e em ambos os

serviços, o percentual do sexo feminino foi ligeiramente maior que o do masculino; e além disso, mais homens que mulheres relataram nunca terem ido ao dentista. Aos 12 anos de idade, as meninas apresentaram índices CPO-D maiores que os meninos, diferença esta relacionada a altos números de dentes cariados e restaurados. Dos 13 aos 44 anos, as mulheres apresentaram, para todas as idades, médias do CPO e O (componente obturado/restaurado) maiores que as dos homens. Com relação ao número de dentes perdidos, embora alto para os dois sexos, foi consistentemente maior para as mulheres após os 19 anos. O percentual de mulheres usando prótese total (dentadura) foi consistentemente maior que o dos homens para todas as faixas etárias, sendo a diferença cada vez maior com o aumento da idade. Também com relação ao uso de prótese parcial, as mulheres apresentaram um percentual ligeiramente superior ao dos homens, para as faixas de 19-34 e 65 ou mais anos; sendo que para as outras duas faixas etárias – de 35-44 e de 45-64 anos, a distribuição foi a mesma para homens e mulheres. O sexo masculino apresentou maiores necessidades de tratamento que mulheres. Ainda segundo o autor, têm sido relatadas correlações positivas entre sexo e cárie dental, “*com maior prevalência no feminino*”(Poletto, 1993, p.2).

Os dados de Poletto (1993) demonstram que, embora as mulheres freqüentem mais o dentista, apresentam maior prevalência de cárie que os homens e, justamente porque freqüentam mais o dentista apresentam mais dentes restaurados e extraídos que os homens. Também o uso de próteses foi maior nas mulheres.

Aqui é oportuno o resgate de alguns autores que relatam diferenças de erupção dentária entre meninas e meninos. De acordo com McDonald (1977), “*os resultados da maior parte dos estudos clínicos indicam que a dentição nas meninas irrompe ligeiramente mais cedo que nos meninos*” (p. 65). Guedes-Pinto (1993) corrobora tais dados e acrescenta que “*Na dentição permanente é sabido por todos, que a erupção nas meninas é mais precoce que nos meninos, havendo em alguns casos diferenças acentuadas*” (p.33). Além disso, este autor ainda atribui tal fenômeno à precocidade do desenvolvimento biológico das meninas em relação aos meninos. Na verdade, esta precocidade na erupção gera também uma precocidade na exposição dos dentes aos fatores de risco para o aparecimento da doença cárie. Em parte isto pode explicar a maior prevalência da cárie nas mulheres. Mas apenas em parte, pois com relação aos hábitos de higiene bucal, que conforme se propaga são capazes de

prevenir problemas bucais, existem dados que geram um paradoxo: embora sejam as mulheres as que têm maior prevalência de cárie, também são elas que revelam ter maiores cuidados com a higiene bucal.

Nogueira *et al.* (1998), ao examinar 1830 crianças, entre três e seis anos de idade, sendo 956 do sexo feminino e 874 do masculino, em creches de Belém do Pará, procurou identificar a perda precoce de dentes decíduos, os dentes mais atingidos e suas conseqüências para ambas as dentições. Os dados encontrados revelaram que, na amostra, as meninas foram as que apresentaram mais perdas dentárias, perdas estas mais relacionadas à evolução da cárie que a traumatismos (perda dos dentes por acidentes, como quedas por exemplo).

A grande lacuna deixada pelos estudos existentes que consideram a variável sexo é que apesar de serem encontradas diferenças entre homens e mulheres, estas diferenças tendem a ser naturalizadas (Aquino *et al.*, 1995), e justamente por isso não são devidamente consideradas e aprofundadas.

Watanabe *et al.* (1997), buscando conhecer as condições socioeconômicas dos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP, no segundo semestre de 1994, chegaram às seguintes conclusões no que diz respeito aos 532 pacientes participantes do estudo: tratava-se em sua maioria de mulheres (70,7%), que não exerciam atividade remunerada fora de casa; pertenciam a famílias de tamanho médio (4 pessoas); apresentaram baixa renda familiar e *per capita* mensal e baixo nível de escolaridade; e moravam em casa própria, mesmo que financiadas pelo sistema habitacional. O achado de que os pacientes atendidos eram em sua maioria mulheres corrobora o de Poletto (1993), de que as mulheres freqüentam mais o dentista que os homens.

Estudando os hábitos de higiene bucal de 478 adultos (234 mulheres e 237 homens) do município de Porto Alegre, Abegg (1997) encontrou dados interessantes que diferenciam hábitos femininos e masculinos. No que diz respeito à freqüência de escovação, a autora observou uma associação significativa com sexo, sendo que as mulheres apresentaram freqüência de escovação mais alta do que os homens, tendo 30% delas dito que escovam seus dentes mais de três vezes ao dia, em contraste com 16,9% dos homens. Com relação ao uso de fio dental, embora a diferença não tenha

sido estatisticamente significativa, 70,9% das mulheres disseram usar fio dental enquanto 64,1% dos homens disseram fazê-lo. Também com relação ao nível de placa bacteriana, embora a diferença não tenha significância estatística, os homens (39,2%) apresentaram um nível mais elevado que as mulheres (32,5%). A autora lembra que há relatos na literatura mostrando ser mais comum hábitos preventivos em mulheres que em homens, o que está provavelmente ligado ao papel atribuído à mulher na sociedade; existindo, em consequência disto, a questão da pressão social sobre as meninas, que exige que sejam atraentes. O que implica numa maior preocupação com a aparência, e conseqüentemente com o sorriso, com os dentes.

Os resultados de Abegg (1997), embora tenham sido feitas referências superficiais às implicações sociais das diferenças encontradas nos dados para homens e mulheres, mais uma vez corroboram Aquino *et al.* (1995), à vista de que naturalizam tais diferenças.

Provavelmente o fato de as mulheres terem mais cuidados com a higiene bucal que os homens deve estar associado à forma como se dá a socialização feminina, onde o “adestramento” para a limpeza (Belotti, 1975), já explicitado anteriormente, é muito mais rígido com as meninas do que com os meninos.

Tanto a questão da prevalência quanto as da visita ao dentista e dos hábitos de higiene merecem ser consideradas em novos estudos a fim de que se possa investigar o que diferencia a saúde bucal das mulheres, uma vez que, embora visitem mais o dentista e tenham hábitos de higiene bucal melhores que dos homens, ainda têm maiores prevalências de cárie frente aos homens. Os estudos sob a perspectiva do gênero são um caminho importante a percorrer para compreender mais solidamente tais diferenças, detectadas por tantos trabalhos, mas naturalizadas pela grande maioria deles.

No que diz respeito às questões da responsabilidade pelo cuidado da saúde bucal dos filhos e da transmissibilidade, alguns trabalhos permitem compreender a visão odontológica da mulher como a principal responsável por estas duas questões. Berkowitz *et al.* (1981) pesquisando a relação entre níveis salivares de *Streptococcus mutans* da mãe e infecção primária de crianças, encontrou associação estatisticamente significativa entre tais níveis e o risco de infecção pelo microorganismo; o que, segundo

os autores, evidencia fortemente a transmissibilidade materna.

Long *et al.* (1993), fazendo uma revisão da literatura sobre a questão da transmissibilidade da cárie, ressaltam que o grau de infecção das mães parece refletir a experiência de cárie nos filhos, sendo que altos níveis de *Streptococcus* do grupo *mutans* na mãe estão relacionados com a maior contaminação dos filhos, e, quanto mais precoce é esta contaminação, maior é o risco de cárie. Além disso, afirmam que a mãe exerce maior influência sobre a infecção em relação aos outros membros da família pois é quem passa mais tempo cuidando do bebê, sendo considerada “fonte de infecção primária”.

Também Torres *et al.* (1999), pesquisando os níveis de infecção de *Streptococcus* do grupo *mutans* em gestantes, corroboram Berkowitz *et al.*(1981) e Long *et al.* (1993) ao reafirmar que a transmissão para a criança depende principalmente do nível de infecção das mães. No entanto, Azevedo (1988) *apud* Torres *et al.*(1999) detectou através de bacteriotipagem, que além da mãe existe a similaridade com outros membros da família, o que comprova a ocorrência de transmissão intrafamiliar dos estreptococos bucais e não exclusivamente maternas. Os resultados obtidos por Torres *et al.*(1999), através da análise da taxa de secreção salivar, indicaram que 34% das gestantes pesquisadas poderiam ser consideradas como de risco ao desenvolvimento de cárie dentária e que, pela análise do nível de infecção salivar pelo grupo *mutans*, 60% das gestantes foram classificadas como de risco para a cárie dentária.

Oliveira Jr. *et al.*(2000), com o objetivo de contribuir para a eficácia de programa de prevenção baseado na desinfecção das mães, estudou o grau de conhecimento específico sobre saúde bucal e buscou identificar possíveis mitos que dificultariam a implantação do referido programa em gestantes de classe média/alta de Araraquara-SP. Os autores atribuem à mãe a maior responsabilidade pela contaminação e infecção dos filhos pela cárie.

De fato, olhando apenas pelo prisma da biologia a mãe pode mesmo ser a maior responsável pela contaminação dos filhos pela cárie. Contudo, esta forma de tratamento que tem sido dada aos achados reforçam a necessidade de uma perspectiva mais esclarecedora, menos parcial, que considere a produção social de tais

problemas, o que pode ser dado pelas relações de gênero neste trabalho. Assim, buscou-se aqui uma reflexão acerca das relações de gênero e suas interferências na situação de saúde bucal das mulheres.

Diante de tantas responsabilidades delegadas às mães, dever-se-ia procurar saber o que é oferecido a elas pelos serviços odontológicos, a fim de que possam ser construídos novos conceitos acerca da sua saúde bucal, e gerados novos hábitos que tornem melhor tal saúde. Corsetti *et al.* (1998), ao avaliar os serviços públicos do município de Porto Alegre/RS em relação à existência ou não de programas odontológicos durante o pré-natal e o grau de informação dos dentistas envolvidos nesse atendimento, concluíram que, na prática atual, não existe um atendimento odontológico pré-natal, sendo que uma baixa porcentagem dos postos de saúde atende todas as gestantes rotineiramente, como programa instituído a essa população, e o critério de agendamento mais citado foi a solicitação pela própria gestante.

Vários autores afirmam que quando uma mulher fica grávida ela também se torna altamente receptiva a quaisquer informações que possam beneficiá-la e beneficiar seu futuro bebê (Cheney & Cheney, 1974; Cozzupoli, 1981; Menino & Bijella, 1995; Souza & Oliveira, 1997; Vokurka & Eduardo, 1997). Dentre variadas informações acerca de como cuidar da saúde e da saúde do bebê, recebidas pela mulher durante os exames do período pré-natal, não podem deixar de estar presentes informações sobre a importância da saúde bucal, sobre as manifestações orais características do período gestacional, sobre a necessidade de cuidados redobrados durante a gestação quanto à alimentação e à higiene bucal, e também sobre a necessidade de cuidados profissionais. A gestante deve ser informada, segundo os autores, sobre os cuidados com a boca do bebê, antes e após o início da erupção dentária, a alimentação e a higiene. Além disso, é preciso que as gestantes tenham noções quanto à suplementação com flúor, deixando claro que tal suplementação, sistêmica, parece ser ineficaz, uma vez que o principal efeito do flúor seria pós erupção dos dentes e portanto local, e que o simples uso do flúor não garante uma dentição saudável, além do que, na maioria dos municípios brasileiros o flúor está disponível na água de abastecimento.

Todavia, a questão da receptividade da mulher a novas informações durante a gestação merece ser tratada com cautela. Tal receptividade está, na verdade,



intimamente ligada à sua condição feminina, ou seja, àquilo que a sociedade espera dela como mulher, como mãe. E a sociedade o faz muitas vezes ignorando que na vida daquela mulher possam existir outras prioridades. Alguns autores (Sarnat *et al.*, 1984; Costa *et al.*, 1998) , inclusive, ao considerar a mulher como um agente multiplicador de saúde em virtude de seu “ *papel-chave na família, especialmente se a questão é saúde*”(Costa *et al.*, 1998, p.87), fazem dela um mero instrumento gerador de saúde (ou até mesmo de doença ) em seus filhos. E importante notar que isso não se dá de modo natural, mas está entrelaçado ao lugar ocupado pela mulher na sociedade. Neste momento é fundamental compreender que essa exaltação do amor materno, como um instinto feminino, é relativamente recente na civilização ocidental (Maldonado, 1990). Badinter (1985) afirma que o amor materno não é um instinto, ou seja, não é biológico, natural; mas uma construção social . Assim, pode ser que entre faltar um dia de serviço e faltar à consulta do pré-natal, a mãe escolha a segunda opção; pois mais que uma questão de amor materno, para muitas mulheres brasileiras tal escolha é uma questão de sobrevivência. E ao mesmo tempo a opção por não faltar seu serviço não indica falta de amor ao filho, mas também uma espécie de preocupação com o futuro de ambos. A posição socioeconômica dessa mulher pode, então, influenciar nessa receptividade. Ao mesmo tempo, nas camadas mais populares também existe um “assumir” a educação dos filhos pela mulher, o que está prontamente associado à condição feminina de cuidar. De qualquer maneira, a mulher brasileira é responsabilizada por essa educação desde a gestação. No entanto, do mesmo modo que a sociedade lhe delega também esta tarefa, nega à mulher as possibilidades de acesso real a informações que possam fazer dela uma mulher mais educada, uma mulher mais saudável.

Soma-se a todas estas questões o fato de que heranças culturais enraizadas em boa parte da população propõem como verdade a crença de que a gestante não pode ser submetida ao atendimento odontológico e que problemas com a saúde bucal são perfeitamente comuns neste período da vida da mulher , o que está de acordo com vários autores, entre eles Cozzupoli (1981) Scavuzzi *et al.* (1998) e Oliveira & Oliveira (1999). Resultados destas pesquisas ( discutidas no item anterior) demonstram a força que têm crenças, mitos , medos e falta de informação sobre a dicotomia saúde bucal/ gestação, tanto na população como também entre os próprios profissionais de saúde.

Assim, as mulheres continuam convivendo “naturalmente” com ditos populares como “cada filho custa um dente”, o que, sob a perspectiva de gênero, passa a ser entendido, não como uma simples crença, mas como parte da submissão feminina aos papéis socialmente a ela atribuídos, o que leva muitas vezes até mesmo ao não reconhecimento pelas mulheres de doenças, como a cárie, como patologias de fato, visto que fazem parte da natureza de sua condição feminina. Assim, esta pesquisa dedicou-se à busca das relações entre a saúde bucal e a posição da mulher dentro da sociedade; visando, através da fala dessas mulheres gestantes identificar as relações de gênero que permeiam o seu universo no que diz respeito à sua saúde bucal.

Desse modo, não é possível compreender a saúde bucal de mulheres apenas sob o prisma da transmissibilidade, e nem mesmo entender como, paradoxalmente, as mulheres podem ter maiores prevalências de cárie se têm melhores hábitos de higiene bucal que os homens, além de freqüentarem mais o dentista do que eles. A possibilidade de analisar tal questão também sob o prisma do gênero, além de ser inovadora, é, acima de tudo, mais equilibrada e esclarecedora, promovendo uma visão menos parcial desta realidade. E esta possibilidade de análise só se torna real neste trabalho em virtude de ser a Saúde Coletiva o campo que permite o entendimento do processo saúde/doença bucal enquanto processo social, entendendo também que tal problemática é mais abrangente e complexa do que a leitura que a odontologia se permite realizar.

Assim, embora a Saúde Bucal no Brasil esteja buscando resgatar o ser social na sua totalidade (muitas vezes ignorado pela odontologia), de modo geral, também ainda não conseguiu se posicionar diante das implicações geradas na área da saúde da mulher em virtude das diferenças socialmente impostas por papéis masculinos e femininos. Faz-se necessário compreender em que medida o conhecimento sobre saúde bucal construído socialmente por estas mulheres pode influenciar no processo saúde/doença bucal delas próprias e dentro da família, e como de fato, isto se dá socialmente, uma vez que biologicamente, este processo parece estar revelado.

De acordo com Ortner (1974) *apud* Castro & Bronfman (1993), “*la mujer, debido a su papel en la reproducción, es vista normalmente como más cercana a la ‘naturaleza’ que el hombre*” (p. 376). Considerando que os seres humanos são diferentes das demais espécies por sua capacidade de gerar cultura, de sobrepujar o que é

natural, essa aproximação por parte da mulher faz com que dentro da construção social ela ocupe uma posição secundária.

Quando se fala que a mãe é a principal responsável pela contaminação e infecção de seus filhos pela doença cárie ( Torres *et al.*, 1999; Oliveira Jr. *et al.*, 2000), não se pode ignorar, de modo algum, que tal fato está intrinsecamente associado à condição feminina socialmente construída ao longo da história, que atribui à mulher a “obrigação genética” de cuidar dos filhos. Então, não se pode deixar de levar em consideração que, hipoteticamente, se tal papel de cuidar dos filhos se tratasse de uma obrigação masculina, o pai seria o principal responsável pela contaminação e infecção de seus filhos, uma vez que teria o maior contato com eles...

As relações de gênero permeiam as questões de saúde, abrangendo também, inclusive, as da saúde bucal. Evidencia-se, até aqui, que a odontologia sozinha, de acordo com as definições feitas inicialmente neste trabalho, não consegue dar conta de tais relações. É inegável o conhecimento e as descobertas produzidas e acumuladas ao longo desses anos de estudos sobre a saúde bucal de gestantes. Mas também não dá para negar que muito há ainda a ser feito: é necessário conhecer mais profundamente aspectos socioeconômicos, culturais e as relações de gênero que giram em torno da mulher, a fim de contribuir verdadeiramente para a saúde desta mulher, pensando nela como alvo principal, uma vez que não se pode mais deixar de considerar que tais aspectos são construídos socialmente; tendo a clareza de que os alcances destas contribuições na família são uma consequência social, em virtude de todo o papel feminino socialmente construído.

Não se pode, enfim, simplesmente atribuir à mulher a culpa pela cárie em crianças. Existem sim diferenças biológicas com relação à saúde bucal das mulheres que não podem ser ignoradas. Elas têm a erupção dentária mais precoce e a prevalência de cárie maior que homens. Quando gestantes, acreditam não poder ir ao dentista, sofrem dores e aceitam esses sacrifícios pelos filhos, pois tal atitude faz parte da condição feminina, estabelecida pelas relações de gênero. Mas mesmo acreditando não poder ir ao dentista, as mulheres passam por alterações fisiológicas durante a gravidez, alterações tais que geram situações e necessidades específicas para a sua saúde bucal, as quais têm de ser tratadas especificamente, estabelecendo, em vista disso, ligações entre o universo biológico da mulher e a sua condição dentro da

sociedade. Desse modo, a abordagem de gênero na saúde bucal, pretendida por este trabalho, busca, sob este novo prisma, evidenciar que as diferenças entre a saúde bucal de homens e mulheres não podem mais ser simplesmente naturalizadas, posto que tais diferenças devem ser devidamente consideradas e tratadas, o que de fato ainda não tem acontecido.

## **CAPÍTULO 3. SAÚDE BUCAL DE GESTANTES: UMA ABORDAGEM DE GÊNERO**

### **3.1. METODOLOGIA**

A área de interesse desta pesquisa se concentra na Saúde Bucal de Mulheres. E, dentro desta área de interesse, foi definido como recorte desta pesquisa o enfoque das relações de gênero que a permeiam. No capítulo 2, mais especificamente, buscou-se situar a saúde das mulheres e as suas relações com a sua condição dentro da sociedade. A partir deste terceiro capítulo, passa-se então, ao desenvolvimento da pesquisa de campo, onde são apresentados os caminhos percorridos para a coleta e interpretação dos dados. Diante de tal recorte, a população a ser estudada foi definida como de gestantes residentes no município de Campo Grande-MS, com as quais se buscou trabalhar os valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, de acordo com o que propõem Minayo & Sanches (1993), a fim de que se pudesse estabelecer relações entre a condição da mulher dentro da sociedade e a sua saúde bucal.

No que diz respeito à construção dos instrumentos de pesquisa, partiu-se para a definição destes. Foram consideradas as entrevistas totalmente estruturada e semi-estruturada como técnicas a serem utilizadas para a coleta dos dados. Tais instrumentos foram definidos para esta pesquisa em virtude de ser possível obter através deles tanto dados que se refiram a fatos que poderiam ser conseguidos através de outras fontes como estatísticas e registros civis, entre outros; quanto os que se refiram diretamente ao indivíduo a ser entrevistado, ou seja, suas crenças, valores, opiniões e atitudes (Minayo, 1992). Os primeiros são conhecidos como dados objetivos

e os segundos como dados subjetivos. Os dados subjetivos só são conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos na pesquisa. Realizou-se, então, a construção dos instrumentos.

A primeira pode ser classificada como totalmente estruturada (Gil, 1996), pois embora seja composto de perguntas pré-formuladas, combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, possibilitando à entrevistada discorrer o tema proposto, sempre que ela sentir a necessidade de fazê-lo. Esta entrevista foi pensada para ser aplicada com um número maior de mulheres gestantes a fim de obter informações mais direcionadas à área de interesse da pesquisa (saúde bucal de mulheres) vinculada ao problema a ser estudado (a perspectiva das relações de gênero), uma vez que existe uma certa escassez de dados apropriados a este enfoque. Esta primeira entrevista foi aplicada para 96 gestantes, tendo sido construída de três partes distintas. A parte inicial da entrevista (conforme anexo 1) buscou situar a população pesquisada de acordo com sua origem, caracterizando-a socioeconomicamente: idade, ocupação, escolaridade, renda mensal - pessoal e familiar, número de filhos, entre alguns outros dados. Na seqüência da entrevista buscou-se então conhecer a representação que essas mulheres têm do próprio estado de saúde e as suas relações com a gestação. Por ser importante para a pesquisa, buscou-se desvendar também: crenças e mitos que giram em torno da dicotomia saúde bucal/gestação; a realidade da saúde bucal dessas mulheres e as crenças e mitos dessa população também em relação à saúde bucal. Para tanto, buscou-se considerar: a satisfação individual dessas mulheres com a sua saúde bucal; a importância do tratamento odontológico; os problemas bucais enfrentados durante a gestação; a história pessoal de saúde-doença bucal; a frequência e motivos de visita ao dentista; as alterações na alimentação nesse período; os hábitos de higiene bucal e conhecimentos básicos sobre saúde bucal do bebê. Foi-se procurando identificar as relações de gênero presentes em todas as partes da entrevista, que se encontravam implícitas ou mesmo explícitas na fala das entrevistadas.

A segunda entrevista realizada nesta pesquisa, por sua vez, pode ser classificada como uma entrevista menos rígida, com um roteiro prévio, que visa *“apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa”*(Minayo, 1992, p. 99), funcionando como um guia que não prevê, entretanto,

todas as condições de trabalho de campo, sendo, portanto, flexível. Definiu-se que as mulheres que participariam desta fase da coleta de dados, também haveriam participado da primeira. Os objetivos desta segunda entrevista foram o confronto entre os dados obtidos no primeiro momento, e a obtenção de dados ampliados, em maior profundidade, a fim de aprimorar o que já havia sido obtido com a primeira entrevista. Este instrumento de coleta de dados foi aplicado, aleatoriamente, para 10 das 96 gestantes que responderam à primeira entrevista. Considerando que um exame intra-bucal dessas 10 gestantes contribuiria para o estabelecimento de ligações entre o seu discurso e a realidade da sua história de saúde/doença bucal, decidiu-se lançar mão também desse instrumento, a fim de confirmar ou não a consciência individual dessas mulheres sobre a própria saúde bucal. Esta confirmação ou não torna-se importante na medida em que a odontologia tem por hábito considerar que as pessoas desconhecem a importância dos seus dentes, e através da checagem destas informações é possível saber se isto aconteceu com as entrevistadas. Assim, foram realizados também 10 exames intra-bucais.

As 96 gestantes pesquisadas foram mulheres inscritas no programa de assistência pré-natal em três unidades de saúde distintas do município de Campo Grande, no período de fevereiro a maio de 2000. Essas unidades são as seguintes:

- a) Centro de Regional de Saúde “Dr. Güinter Hans” ( Nova Bahia) - 26 questionários respondidos;
- b) Unidade Básica de Saúde “ Dr. Jair Garcia de Freitas” (26 de Agosto) - 25 questionários respondidos;
- c) Ambulatório da Maternidade Cândido Mariano - 45 questionários respondidos.

A escolha desses espaços para a pesquisa se deu em virtude de um volume maior de consultas pré-natais nas mesmas, e também por se tratarem de instituições públicas que atendem uma população com características socioeconômicas similares.

As primeiras entrevistas (totalmente estruturadas) foram realizadas enquanto as gestantes aguardavam a consulta pré-natal. Nas três unidades de saúde

pesquisadas, as gestantes o fazem em bancos ou cadeiras, onde foram abordadas, receberam explicações sobre esta pesquisa e autorizaram ou não o preenchimento do questionário. Neste momento também foram agendadas as respectivas gestantes a serem incluídas na segunda entrevista.

Estas últimas entrevistas, por sua vez, se deram nas respectivas residências das gestantes, seguindo-se o roteiro previamente preparado, mas sempre aproveitando as possíveis e interessantes “fugas” do mesmo, tendo sido gravadas e posteriormente analisadas. Uma observação interessante a ser ressaltada é que, em grande parte do tempo destas entrevistas, as mulheres se viam sempre com os filhos à volta, sendo que muitas vezes foi necessário interromper as mesmas em alguns instantes. Ao final, então, foi realizado o exame intra-bucal. Tal exame foi feito à luz natural tendo sido seguidas as normas para exames epidemiológicos( como o uso de equipamentos de proteção individual - luvas, máscaras, gorro, jaleco, óculos; jogos de instrumental autoclavados para o exame compostos de pinça, espelho, sonda e gazes). A ficha para o exame (anexo 2) também foi construída com a finalidade de permitir, através dos dados coletados, a posterior utilização de vários índices em saúde bucal, uma vez que a unidade de exame foi superfície dental.

Observações também foram feitas ao longo de todo o processo do trabalho de campo, ou seja, da coleta de dados, tendo sido usado para isso o diário de campo, instrumento extremamente útil para o registro das percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através de outras técnicas pelo pesquisador, uma vez que tal forma de obtenção de dados somente a pesquisa qualitativa permite ( Minayo *et al.*, 1994).

Antes do início da pesquisa todos os três instrumentos foram pré- testados, com o objetivo de validá-los para a coleta dos dados. Tal passo permitiu o aprimoramento de ambos os instrumentos.

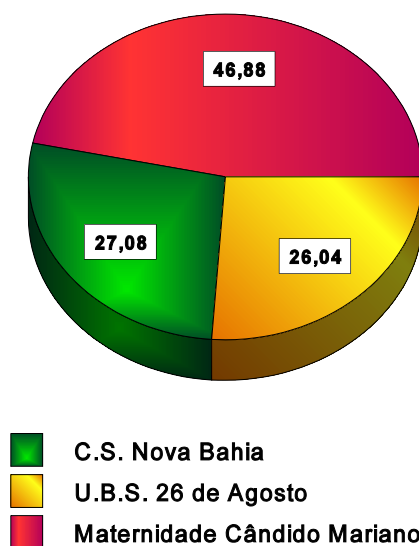
Após a coleta, os dados foram agrupados, não de acordo com os instrumentos de coleta de dados, mas foram mesclados segundo alguns temas definidos na apresentação e análise, a seguir, com o intuito de evidenciar a presença das relações de gênero socialmente construídas permeando o processo saúde/doença bucal dessas mulheres.



## 3.2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### 3.2.1. CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ESTUDADAS

Responderam à entrevista semi-estruturada um total de 96 gestantes<sup>1</sup>, distribuídas, entre as unidades de saúde já citadas na metodologia, conforme a figura 1.



**Figura 1.** Percentual de gestantes, segundo a unidade de saúde pesquisada, Campo Grande- MS, 2000.

No que diz respeito às entrevistas em casa, foram distribuídas aleatoriamente, de acordo com a tabela 1, disposta a seguir.

---

<sup>1</sup> Poder-se-á notar, mais adiante, que algumas tabelas consideram um total de 95 gestantes. Isto se deu devido ao fato de, durante uma das entrevistas, quase no final, a gestante ter passado mal. Como a intenção é aproveitar os dados qualitativamente, resolveu-se aproveitar tal questionário.

**Tabela 1.** Distribuição das entrevistas realizadas nas casas das gestantes, de acordo com a unidade de saúde de origem, Campo Grande-MS, 2000.

| <i>LOCAL</i>         | <i>Nº DE GESTANTES</i> | <i>PERCENTUAL (%)</i> |
|----------------------|------------------------|-----------------------|
| C.S. NOVA BAHIA      | 5                      | 50                    |
| U.B.S. 26 DE AGOSTO  | 5                      | 50                    |
| MAT. CÂNDIDO MARIANO | —                      | —                     |
| <b>TOTAL</b>         | <b>10</b>              | <b>100</b>            |

Conforme pode ser visto na tabela 1, optou-se por não fazer mais entrevistas em casa com as entrevistadas da Maternidade Cândido Mariano, uma vez que o volume de material coletado nas unidades anteriores já era extenso, oferecendo vasta amplitude para a análise, e além do mais as informações eram reincidentes.

Foi-se em busca da caracterização das entrevistadas de acordo com sua origem socioeconômica. Assim, considerou-se: idade, pessoas com quem reside, ocupação, escolaridade, renda mensal, bairro onde mora e o número de filhos.

E no que diz respeito à idade, as gestantes entrevistadas podem ser caracterizadas como uma população jovem, uma vez que 68,75% delas estão entre 15 e 25 anos de idade. As mulheres pesquisadas são mães prematuramente e por essa razão, quase sempre, abandonam também prematuramente a escola. Tal fato associa-se à condição social da mulher na medida em que quanto maior for sua ligação com o espaço doméstico, em consequência de seu papel biológico, menos liberdade ela terá para realizações no espaço público, como por exemplo a escola. Assim, além

de mais jovens têm, conseqüentemente, menos acesso a informações e à educação em saúde de uma forma geral. Embora este não seja o centro da pesquisa, vimos importância em dar atenção a este achado. De acordo com Gomes (1998), em virtude de a maternidade ainda ser socialmente vista como a realização principal na vida da mulher e dos números da gravidez na adolescência estarem crescendo cada vez mais, o prejuízo da escolaridade é apenas uma das conseqüências destes acontecimentos. No caso das adolescentes, de modo geral, acaba acontecendo o afastamento da escola durante a gestação principalmente por dois fatos. Primeiro porque a adolescente grávida passa por alterações fisiológicas comuns à gestação que interferem no aproveitamento em sala de aula – sono, cansaço, inchaço das pernas, dores no corpo, mudanças na estética corporal, vontade de ir ao banheiro, entre outras. E segundo, e principalmente, porque sofre discriminações por todos os lados: diretores preconceituosos, reprovação por parte de professores, funcionários, colegas e até de pais de alunos, que discriminam a menina por engravidar sem se casar. Assim o afastamento da escola torna-se praticamente a única opção restante à menina, que se vê envergonhada e constrangida diante de tantas críticas e reprovação, sente-se sozinha e incapaz de seguir estudando diante de tantos obstáculos, tanto físicos quanto “morais”, ou seja, obstáculos frutos do preconceito de uma sociedade que tem como base representações de gênero que definem papéis femininos e masculinos, e penalizam quem não se encaixa nestes.

A tabela 2 traz a distribuição das gestantes, segundo a idade, sendo que foram considerados seis grandes grupos de faixas etárias, conforme pode ser visto a seguir.

**Tabela 2.** Número de gestantes entrevistadas, segundo a faixa etária, Campo Grande - MS, 2000.

| GESTANTES<br>FAIXA ETÁRIA | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL |       |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-------|-------|
|                           |                       |                           |                            | N     | %     |
| 15 + 20                   | 10                    | 7                         | 12                         | 29    | 30,21 |
| 20 + 25                   | 12                    | 10                        | 15                         | 37    | 38,54 |
| 25 + 30                   | 2                     | 5                         | 12                         | 19    | 19,80 |
| 30 + 35                   | 1                     | 2                         | 5                          | 8     | 8,33  |
| 35 + 40                   | 1                     | —                         | 1                          | 2     | 2,08  |
| 40 + 45                   | —                     | 1                         | —                          | 1     | 1,04  |
| <b>TOTAL</b>              | 26                    | 25                        | 45                         | 96    | 100   |

Como moram essas mulheres? É importante também saber sobre as pessoas com quem moram para compreender um pouco mais sobre essas gestantes. Os dois maiores percentuais corresponderam a companheiro (36,46%) e companheiro e filhos (35,42%). As outras gestantes residem com companheiro e outros (10,42%) e mãe/ pais e outros ( 16,66%), sendo que entre esses outros encontram-se: irmãos, tios, primos e sogra. Apenas uma gestante reside sozinha com os filhos.

A tabela 3 traz, em seguida, os dados correspondentes ao número e percentual das gestantes, segundo as pessoas com quem residem.

**Tabela 3.** Número e percentual das gestantes entrevistadas, segundo as pessoas com quem moram, Campo Grande-MS, 2000.

| PESSOAS COM QUEM MORA | C.S. NOVA BAHIA | U.B.S. 26 DE AGOSTO | MAT. CÂNDIDO MARIANO | TOTAL     |            |
|-----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|-----------|------------|
|                       |                 |                     |                      | N         | %          |
| Companheiro           | 7               | 7                   | 21                   | 35        | 36,46      |
| Companheiro e filhos  | 12              | 9                   | 13                   | 34        | 35,42      |
| Companheiro e outros  | 3               | 2                   | 5                    | 10        | 10,42      |
| Mãe/ pais e outros    | 3               | 7                   | —                    | 16        | 16,66      |
| Filhos                | 1               | —                   | 6                    | 1         | 1,04       |
| <b>TOTAL</b>          | <b>26</b>       | <b>25</b>           | <b>45</b>            | <b>96</b> | <b>100</b> |

Por ser de importância para a pesquisa, perguntamos também às gestantes qual a sua principal ocupação; e 61 das 96 gestantes entrevistadas declararam ser “do lar”. Conforme pode ser visto no quadro 1, apresentado na seqüência, várias são as ocupações destas gestantes, sendo predominantes atividades relacionadas aos cuidados domésticos como: doméstica, babá, cozinheira, serviços gerais, copeira.

| <b>Quadro 1. OCUPAÇÕES DAS GESTANTES ENTREVISTADAS, CAMPO GRANDE-MS, 2000.</b> |    |                 |   |
|--|----|-----------------|---|
| DO LAR   | 61 | BALCONISTA      | 1 |
| DOMÉSTICA  | 8  | MILITAR         | 1 |
| DIARISTA   | 2  | COMERCIANTE     | 2 |
| BABÁ   | 4  | AUTÔNOMA        | 2 |
| TELEFONISTA  | 1  | VENDEDORA       | 2 |
| MIRIM  | 1  | COZINHEIRA      | 1 |
| SECRETÁRIA   | 3  | CABELEIREIRA    | 1 |
| ESTUDANTE  | 3  | SERVIÇOS GERAIS | 1 |
| DIGITADORA   | 1  | COPEIRA         | 1 |

A escolaridade também é dado importante para compreender a situação das mulheres dentro da sociedade. É válido lembrar que neste trabalho estamos tratando de mulheres que freqüentam unidades públicas de saúde. De acordo com a tabela 4, praticamente metade (48,96%) das mulheres entrevistadas tem o primeiro grau incompleto. Apenas 14 (14,58%) delas tem o segundo grau completo e somente 2 (2,08%) o terceiro grau completo. Tais achados aproximam-se dos de Watanabe *et al.* (1997), que ao pesquisar aspectos socioeconômicos de pacientes de clínicas odontológicas da USP- Ribeirão Preto, concluíram que a maioria dos participantes do estudo se tratava de mulheres (70,7%), e que apresentavam baixa renda familiar (55,7% com renda mensal inferior a 5 salários mínimos) e *per capita* (91,8% de 0 a 2 salários mínimos), baixo nível de escolaridade (50,2% não concluíram o primeiro grau e 10,1% nem mesmo freqüentaram a escola).

A tabela 4, assim, apresenta os níveis de escolaridade das gestantes entrevistadas.

**Tabela 4.** Escolaridade das gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| Nº DE<br>GESTANTES<br>ESCOLARIDADE | C.S.          | U.B.S.          | MAT.               | TOTAL     |            |
|------------------------------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------|------------|
|                                    | NOVA<br>BAHIA | 26 DE<br>AGOSTO | CÂNDIDO<br>MARIANO | N         | %          |
| 1º grau incompleto                 | 16            | 15              | 16                 | 47        | 48,96      |
| 1º grau completo                   | 1             | 2               | 6                  | 9         | 9,38       |
| 2º grau incompleto                 | 7             | 4               | 11                 | 22        | 22,9       |
| 2º grau completo                   | 1             | 1               | 12                 | 14        | 14,58      |
| 3º grau incompleto                 | —             | 2               | —                  | 2         | 2,08       |
| 3º grau completo                   | 1             | 1               | —                  | 2         | 2,08       |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>26</b>     | <b>25</b>       | <b>45</b>          | <b>96</b> | <b>100</b> |

Ainda sobre escolaridade, de acordo com dados de 1998 do IBGE (Brasil, 2000), embora provavelmente não haja significância estatística, as taxas de

analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais e de escolarização das crianças de 7 a 14 anos são ligeiramente maiores para as mulheres, sendo os valores de 14,5% para homens e 14,8% para mulheres, e, 90,6% de homens e 91,8% de mulheres, respectivamente. O que significa que, embora dos 7 aos 14 anos de idade a quantidade de mulheres na escola é maior; há mais mulheres analfabetas que homens, entre as pessoas com mais de 15 anos.

No que diz respeito à renda mensal, considerou-se importante pesquisar tanto a renda familiar quanto a *per capita*, na medida em que tais dados podem ajudar tanto a visualizar o quanto essas mulheres tem contribuído economicamente nas despesas da casa, e em que medida dependem financeiramente de seus parceiros/ou família. As tabelas 5 e 6 demonstram tais dados.

A tabela 5 demonstra a renda mensal das entrevistadas.

**Tabela 5.** Renda mensal pessoal das gestantes, com base no salário mínimo (SM\*), Campo Grande-MS, 2000.

| RENDA MENSAL<br>PESSOAL | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S.<br>26 DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                         |                       |                           |                            | N         | %          |
| sem renda               | 16                    | 20                        | 35                         | 71        | 73,96      |
| menos de 1 SM*          | 4                     | —                         | 1                          | 5         | 5,21       |
| 1 SM                    | 5                     | —                         | 1                          | 6         | 6,25       |
| + de 1 e = 2 SM         | 1                     | 3                         | 4                          | 8         | 8,33       |
| + de 2 e = 3 SM         | —                     | —                         | 3                          | 3         | 3,13       |
| + de 3 e = 4 SM         | —                     | 1                         | 1                          | 2         | 2,08       |
| + de 4 e = 5 SM         | —                     | —                         | —                          | —         | —          |
| mais de 5 SM            | —                     | 1                         | —                          | 1         | 1,04       |
| <b>TOTAL</b>            | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

De acordo com os dados obtidos, 73,96% das gestantes não possuem renda. Embora menos mulheres tenham se declarado do lar (61), a diferença está provavelmente associada ao fato de que algumas mulheres, embora tenham uma

ocupação, encontram-se desempregadas. Apenas três gestantes declararam receber mais de 3 salários mínimos .

A tabela 6, por sua vez, traz o condensado da renda mensal das famílias das gestantes entrevistadas.

**Tabela 6.** Renda mensal familiar das gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| RENDA MENSAL<br>FAMILIAR | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S.<br>26 DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|--------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                          |                       |                           |                            | N         | %          |
| sem renda                | 3                     | —                         | 3                          | 6         | 6,25       |
| menos de 1 SM*           | 1                     | 2                         | —                          | 3         | 3,13       |
| 1 SM                     | —                     | —                         | 2                          | 2         | 2,08       |
| + de 1 e = 2 SM          | 7                     | 4                         | 9                          | 20        | 20,83      |
| + de 2 e = 3 SM          | 5                     | 8                         | 11                         | 24        | 25         |
| + de 3 e = 4 SM          | 2                     | 5                         | 7                          | 14        | 14,58      |
| + de 4 e = 5 SM          | 1                     | 1                         | 1                          | 3         | 3,13       |
| mais de 5 SM             | 5                     | 4                         | 8                          | 17        | 17,71      |
| não sabe                 | 2                     | 1                         | 4                          | 7         | 7,29       |
| <b>TOTAL</b>             | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Conforme demonstra a tabela acima (tabela 6), mais da metade das mulheres estudadas vive com uma renda familiar que não ultrapassa 3 salários mínimos, sendo que seis famílias (6,25%) não têm nenhum tipo de renda (desempregados). Três famílias (3,13%) conseguem sobreviver com menos de 1 salário mínimo. E há ainda 7 mulheres (7,29%) que nem mesmo sabem a renda mensal da família. O salário mínimo brasileiro hoje corresponde a R\$151,00 (cento e cinquenta e um reais).



Com respeito ao número de pessoas com trabalho remunerado, a tabela 7 demonstra os dados obtidos, de acordo com o relato das entrevistadas.

**Tabela 7.** Número de pessoas com trabalho remunerado nas casas das gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| Nº DE PESSOAS COM<br>TRABALHO<br>REMUNERADO | C.S.          | U.B.S.          | MAT.               | TOTAL     |            |
|---|---------------|-----------------|--------------------|-----------|------------|
|   | NOVA<br>BAHIA | 26 DE<br>AGOSTO | CÂNDIDO<br>MARIANO | N         | %          |
| nenhuma                                     | 3             | —               | 3                  | 6         | 6,25       |
| uma   | 11            | 13              | 26                 | 50        | 52,08      |
| duas  | 9             | 6               | 14                 | 29        | 30,21      |
| três  | 1             | 3               | 1                  | 5         | 5,21       |
| quatro                                      | 1             | 2               | —                  | 3         | 3,13       |
| cinco                                       | 1             | —               | 1                  | 2         | 2,08       |
| mais de cinco                               | —             | 1               | —                  | 1         | 1,04       |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>26</b>     | <b>25</b>       | <b>45</b>          | <b>96</b> | <b>100</b> |

Os dados encontrados demonstram que a maior parte das famílias (52,08%) possui apenas uma pessoa com trabalho remunerado. Tal fato demonstra a dependência financeira da maioria das entrevistadas, uma vez que 73,96% delas (tabela 5) não possui renda pessoal. Famílias com duas pessoas com trabalho remunerado correspondem a 30,21% das mulheres pesquisadas.

Foi também solicitado às gestantes que informassem o bairro onde moram. Embora não pareça haver utilidade para o trabalho em apresentar tais dados, eles são válidos na medida em que permitiram perceber que, no caso das unidades de saúde, as mulheres entrevistadas, de modo geral, residem nas proximidades da unidade. No caso da Maternidade Cândido Mariano, observa-se que, por se localizar na região

central de Campo Grande, acaba recebendo gestantes de todas as regiões do município, inclusive gestantes das regiões das outras duas unidades. O fato é que a localização dos bairros são um indicativo socioeconômico desta população estudada. Entre os bairros citados estão: Nova Lima, Coronel Antonino, Campo Belo, parque do Sol, Monte Castelo, José Pereira, Aero Rancho, Los Angeles, Estrela D'Alva, Jardim das Perdizes, entre outros, todos localizados na periferia de Campo Grande.

Perguntou-se também às gestantes o número de filhos nascidos vivos, sendo a tabela 8, a seguir, o demonstrativo destes números, de acordo com o relato das gestantes entrevistadas.

**Tabela 8.** Número de filhos nascidos vivos, gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| Nº DE FILHOS<br>NASCIDOS VIVOS | C.S.      | U.B.S.    | MAT.      | TOTAL     |            |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|                                | NOVA      | 26 DE     | CÂNDIDO   | N         | %          |
|                                | BAHIA     | AGOSTO    | MARIANO   |           |            |
| nenhum                         | 12        | 15        | 24        | 51        | 53,12      |
| um                             | 8         | 5         | 17        | 30        | 31,25      |
| dois                           | 4         | 4         | 4         | 12        | 12,50      |
| três                           | 2         | 1         | —         | 3         | 3,13       |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>26</b> | <b>25</b> | <b>45</b> | <b>96</b> | <b>100</b> |

Conforme pode ser constatado na tabela 8, 53,12% das gestantes estava esperando seu primeiro filho, 31,25% o segundo filho. Estas duas categorias juntas correspondem, assim, a 84,37% das mulheres pesquisadas. Mas mesmo assim, 12,50% das mulheres já estão esperando o terceiro filho, e 3,13% , o quarto filho. Foi relatada ainda, pelas próprias mulheres, a ocorrência de dois bebês natimortos e três abortos.

É possível caracterizar como jovens as 96 mulheres estudadas, sendo que mais da metade delas (68,75%) está entre 15 e 25 anos de idade. Moram, em sua maioria, ou com o companheiro (36,46%) ou com o companheiro e filhos (35,42%); sendo que apenas uma das gestantes relatou residir sozinha com os filhos. Ocupam-se de serviços do lar 61 das 96 gestantes entrevistadas, sendo que quando trabalham fora do ambiente privado predominam ocupações ligadas a atividades também domésticas, ou seja, doméstica, babá, cozinheira, serviços gerais, ou copeira. No que diz respeito à escolaridade, praticamente metade das entrevistadas (48,96%) não completou o primeiro grau. E apenas duas (2,08%) relataram ter completado o terceiro grau. No tocante à renda mensal, 73,96% das mulheres entrevistadas não possuem renda, sendo que a renda familiar de mais de metade dessas mulheres não ultrapassa três salários mínimos, além de ter sido identificado o desemprego. A maior parte das famílias das entrevistadas (52,08%) possui apenas uma pessoa com trabalho remunerado, sendo que 30,21% das famílias possuem duas pessoas com trabalho remunerado na família. O bairro onde moram também fala da vida dessas cidadãs do município de Campo Grande, na medida em que correspondem a bairros da periferia da cidade onde residem camadas da população menos favorecidas economicamente. Mais da metade dessas gestantes (53,12%) estavam à espera de seu primeiro filho.

A caracterização acima traça um perfil da mulher estudada como sendo jovem, de baixa escolaridade. Além disso, um perfil de mulheres que tem sua vida limitada ao espaço privado, do lar, dependendo economicamente de outras pessoas, principalmente do companheiro. São pertencentes a camadas mais desfavorecidas da população e estão passando, em sua maioria, pela primeira vez, pelos transtornos biológicos, psicológicos e sociais que a gestação gera na vida da mulher. Este perfil de dependência econômica, vida doméstica, afastamento da escola, já vai explicitando a condição das mulheres estudadas dentro da sociedade, caracterizando tal perfil como fruto das relações socialmente construídas ao longo da história de homens e mulheres, e não simplesmente resultado das diferenças biológicas entre ambos.

### 3.2.2. SAÚDE GERAL E GESTAÇÃO - INFORMAÇÕES BÁSICAS

Tendo já a caracterização socioeconômica das mulheres estudadas, onde já se manifesta a condição da mulher dentro da nossa sociedade, faz-se necessário também conhecer informações básicas sobre a saúde geral das entrevistadas, antes de se considerar os tópicos mais específicos da saúde bucal, uma vez que tais informações trazem também dados fundamentais para o enfoque deste trabalho, dados estes impregnados das relações sociais de gênero ,ou seja, de toda a carga que recai sobre a vida da mulher em virtude desse papel biológico, mas principalmente social, de ser mãe.

Para conhecer o período de gestação no momento da entrevista, solicitou-se às gestantes que o informassem, então. Embora seja sabido que, cientificamente, conta-se o período de gestação em semanas, para a gestante é mais habitual expressá-lo em meses.

Assim, a tabela 9, apresentada a seguir, expressa o período da gestação das mulheres entrevistadas, segundo o trimestre da gestação.

**Tabela 9.** Período de gestação no momento da entrevista, Campo Grande-MS, 2000.

| PERÍODO DA<br>GESTAÇÃO | C.S.      | U.B.S.    | MAT.      | TOTAL     |            |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
|                        | NOVA      | 26 DE     | CÂNDIDO   | N         | %          |
|                        | BAHIA     | AGOSTO    | MARIANO   |           |            |
| 1º trimestre           | 3         | 4         | 6         | 13        | 13,54      |
| 2º trimestre           | 14        | 9         | 12        | 35        | 36,46      |
| 3º trimestre           | 9         | 11        | 27        | 47        | 48,96      |
| não sabe               | —         | 1         | —         | 1         | 1,04       |
| <b>TOTAL</b>           | <b>26</b> | <b>25</b> | <b>45</b> | <b>96</b> | <b>100</b> |

A maior parte das gestantes entrevistadas encontra-se no segundo ou terceiro trimestre. Isso provavelmente está ligado ao fato de que durante o primeiro trimestre algumas gestantes nem mesmo sabem da gravidez; e, além disso, a frequência de visitas no terceiro trimestre aumenta, daí 48,96% das entrevistadas encontradas nas três unidades de saúde pesquisadas estarem nesse trimestre. Foi encontrada também uma gestante que, apesar da barriga já bem visível, não sabia há quanto tempo estava grávida.

Perguntou-se então a elas como consideravam sua saúde, naquele momento, com a gravidez. Sabe-se que a gravidez chega mudando a rotina da vida da mulher. Evidenciou-se no discurso das gestantes que esse período acaba mesmo por, de modo geral, diminuir ainda mais a sua qualidade de vida. Embora no momento de aplicação do questionário não houvesse a intenção explícita de buscar as explicações para as classificações de saúde dadas pelas gestantes, acabou-se por perceber que essas mulheres não têm quem as ouça, pois foi só perguntar a elas como estava sua saúde e dispararam a dizer o que estavam sentindo. A necessidade de expressar seus sentimentos, ansiedades, medos, dúvidas, insatisfações, e falta de oportunidades para fazê-lo, foram observadas em cada dia do trabalho de campo, no olhar, nos gestos, na voz das entrevistadas. Embora freqüentem os serviços de saúde, as mulheres acabam sendo tratadas como agentes passivas no que diz respeito à sua saúde, não

tendo, na maioria das vezes, oportunidade de expressar todas as suas dúvidas em relação à sua saúde e, muito menos de esclarecê-las.

A tabela 10 expressa, por sua vez, o estado de saúde das gestantes segundo seu próprio relato, tendo sido classificada a saúde como excelente, muito boa, boa, razoável ou ruim.

**Tabela 10.** Estado de saúde das gestantes, segundo a opinião das próprias gestantes entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000.

| SAÚDE DAS<br>GESTANTES | C.S. NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|------------------------|--------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                        |                    |                           |                            | N         | %          |
| EXCELENTE              | 2                  | 6                         | 3                          | 11        | 11,46      |
| MUITO BOA              | 2                  | 2                         | 5                          | 9         | 9,37       |
| BOA                    | 10                 | 9                         | 22                         | 41        | 42,71      |
| RAZOÁVEL               | 7                  | 7                         | 15                         | 29        | 30,21      |
| RUIM                   | 5                  | 1                         | —                          | 6         | 6,25       |
| <b>TOTAL</b>           | <b>26</b>          | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Conforme revelam os dados da tabela 10, pode-se observar como essas mulheres consideram sua saúde. Um percentual de 11,46% das gestantes, no momento da entrevista, considerou sua saúde excelente; 9,37% consideraram sua saúde muito boa; 42,71% consideraram sua saúde boa e 30,21%, consideraram-na razoável. Um dado interessante é que, embora as mulheres tenham apontado vários problemas enfrentados por elas, apenas 6,25% das gestantes consideraram, de fato, a sua saúde como ruim. Tal fato associa-se à situação da mulher dentro da sociedade na medida em que, embora aconteçam alterações que influenciam negativamente na qualidade de vida dessas mulheres durante a gestação, a condição feminina de ser mãe traz consigo representações ligadas à ideia de que tal fato deve ser sempre bom,

como se não fosse permitido admitir que a gravidez traz sim desconfortos à mulher. Daí não verbalizarem explicitamente que enfrentam problemas ao classificarem seu estado de saúde.

Entretanto, muitas dores, enjôos, vômitos, tonturas, alterações na pressão arterial, alergias, falta de ar, problemas na boca, diabetes, risco de aborto, hemorragias, foram citados pelas gestantes como os principais problemas em relação à própria saúde. Foi interessante perceber que, na fala de uma das gestantes, essas mulheres muitas vezes não encontram nos serviços de saúde a oportunidade de falar, nem de esclarecer suas dúvidas e ansiedades: “*os médicos não atendem do jeito que gostaria*” ; “*não explicam direito as coisas no posto*”. Essas falas expressam as deficiências na relação médico-paciente, tão desgastada dentro do serviço público, sempre com prejuízo para o paciente; a não atenção às necessidades reais da paciente que está buscando os serviços. Conforme foi possível observar no diário de campo uma das entrevistadas passou mal antes do final da entrevista, tendo que ficar no repouso da unidade de saúde onde se encontrava. Mas, mesmo diante de tantas alterações na saúde dessas mulheres diante da gravidez, um maior percentual considerou boa a sua saúde. E uma resposta resume tal postura: “*fora as coisas normais, de praxe, que a gestante tem*”. Na verdade, através da sua fala pode-se constatar que as mulheres acabam por acreditar que dores e outros problemas são inerentes à gestação, e aceitam como natural, parte da maternidade, tal situação. Essa aceitação não é por acaso, mas é imanente à condição feminina. Sob a perspectiva das relações de gênero, tal fato passa a ser compreensível na medida em que a mulher é biológica e socialmente reduzida à condição de reprodutora, e tudo o que a gestação traz consigo – os incômodos, as dores, as mudanças – deve ser encarado também como sendo fisiológico, natural, normal.

Também é possível identificar que entre as dores e incômodos expressos pelas gestantes não estão apenas as manifestações físicas, mas também problemas de ordem emocional e social: marido desempregado, por exemplo, gerou em uma das gestantes, como ela própria disse, “*nervosismo e muitas dores, além da falta de sono durante a noite*”.

O discurso das gestantes, nas entrevistas feitas em casa, reafirmou que o conceito de saúde encontra-se mesmo profundamente associado à falta de doença, e mais: doença, problemas com a saúde fortemente associados à presença de dores. Então, as gestantes dizem não precisar ir ao médico com frequência devido à ausência de dores. E as que mais os visitam é justamente porque têm sentido manifestações dolorosas. Existe a crença de que os exames pré-natais são para quem não passa bem na gravidez (Marques & Duarte, 1997). No entanto, os serviços de saúde precisam esclarecer a população que tais exames são importantíssimos para garantir a sua saúde e do bebê, e que, por isso, devem ser rotina durante a gestação, e não apenas quando aparecem alterações que levem à conclusão de que algo não vai bem.

Importante para a pesquisa também era saber como as gestantes consideravam sua saúde nos últimos seis meses, se tinham tido algum problema que as tivesse impedido de realizar suas atividades diárias. Os dados encontrados revelaram como o conceito de saúde assume uma particularidade quando se trata de mulheres. As falas das entrevistadas podem confirmar tais achados:

*“– Tá correndo tudo bem dentro do possível, né!(...) Começou a me apresentar um corrimento meio, tipo um sinal de parto já. Ele passou um repouso, daqueles repouso que dona-de-casa não consegue fazer jamais. Aí começou a dar um sangramentozinho (...). Não fiz nada não, a única coisa que eu fiz foi lavar roupa ontem à tarde (...), tava um sol daqueles, não é, e aqui se você não aproveitar a hora que tem água, você não lava roupa também... Falei Dr. só lavei roupa, ele é: RE-POU-SO!(...) Não dá, menina . . . Dona-de-casa não consegue.”*

*“– Não costumo ir ao médico. A gente não é quase de tá sentindo nada.(...) Nem preventivo, há cinco anos atrás tive problema de caroço no seio, tive que fazer uma mamografia.(...) Só quando tem problema mesmo.”*

*“– Pra dizer bem a verdade, faz um tempinho que eu não ia nem fazer um preventivo. (...) Não sinto nada assim que possa prejudicar.”*

*“– No ginecologista sempre fui pra me cuidar. (...) O marido tá sem serviço, é isso é aquilo, criança pequena, tem que comprar roupa (enxoval), arrumar casa, cuidar do marido, é muita coisa para uma pessoa só.”*



“– Preventivo eu faço, de seis em seis meses. É que eu não sinto ‘pobrema’ nenhum.”

Evidenciou-se que as mulheres continuam arraigadas à sua condição feminina de aceitar a vida doméstica, sem se abater, pois quem tem que cuidar de todo o resto do ambiente privado é ela, e para tanto tem de estar sempre bem, mesmo que este estar bem implique em não sobrar tempo para cuidar dela mesma. O conceito de saúde para as mulheres em pauta está intimamente ligado à possibilidade de realizar suas tarefas domésticas diárias; além disso, ir ao médico parece ser uma prática apenas realizada quando se está com problemas, confirmando a idéia de que saúde é simplesmente ausência de doença, mais especificamente de dor. Para elas a visita ao médico em períodos fora da gestação não se trata de uma prática rotineira, até por que só se busca o médico por causa de dores, e em casos extremos. Entre as dez gestantes que foram entrevistadas em suas casas, notou-se que, muitas vezes, antes de buscar qualquer ajuda especializada, essas mulheres, como a maioria dos brasileiros, tentam a automedicação, e só então, se o problema não desaparece, buscam o médico. Visita ao médico, só quando tem problema; nem mesmo o preventivo parece ser uma prática rotineira nos cuidados com a saúde delas.

A tabela 11 apresenta os dados referentes a esta questão.

**Tabela 11.** Problemas com a saúde nos últimos seis meses, gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| PROBLEMAS<br>COM A SAÚDE | C. S. NOVA<br>BAHIA | U. B. S. 26<br>DE AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                          |                     |                          |                            | N         | %          |
| SIM                      | 9                   | 7                        | 14                         | 30        | 31,25      |
| NÃO                      | 17                  | 18                       | 31                         | 66        | 68,75      |
| <b>TOTAL</b>             | <b>26</b>           | <b>25</b>                | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Normalmente, quando ficam de cama é realmente por “problema sério”, ou seja, algo que lhe traga debilidades ou impossibilidades físicas, mesmo porque as suas tarefas diárias não podem deixar de ser feitas. A maioria dos problemas relatados coincidem com os da questão anterior, tendo sido, assim, praticamente todos relacionados à gestação. Notou-se também que a mulher parece mesmo lembrar mais

da existência dos serviços de saúde por causa da gestação, tanto pelos problemas que enfrenta quanto pela preocupação com o bebê.

“ *Gravidez é bom só no meio, porque no começo e no final é horrível, insuportável*”, disse uma delas para expressar toda a diversidade de mudanças incômodas por que passa a mulher neste período. Interessante também ter ouvido de uma delas que o médico pediu repouso mas, como ela mesma disse, “ *Não dá, menina... Dona-de-casa não consegue*”. Nesta fala verifica-se como a situação ocupada pela mulher dentro da sociedade, ou seja seu papel de dona-de-casa perfeita e infalível a impede mesmo de cumprir ordens médicas, pois o repouso não pode fazer parte do vocabulário da “rainha do lar”.

Viu-se a importância também em considerar o número de visitas feitas pelas gestantes ao pré-natal e se as visitas foram realizadas com o mesmo médico. Segundo o manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde (Brasil, 1999), o calendário de consultas para uma gestante sem fatores de risco detectados deve conter, no mínimo duas consultas médicas, sendo uma no início do pré-natal e outra entre a 29ª e a 32ª semana de gestação. Campanha feita pelo mesmo ministério preconiza como ideal pelo menos seis consultas, devendo haver um intervalo de 4 semanas entre elas, e após 32 semanas de gestação, a mulher deve ser acompanhada semanalmente a fim de que se controle possíveis alterações na pressão arterial, presença de edemas, movimentos do feto e batimentos cardíaco-fetais. Com relação à visita ao mesmo médico, sabe-se que esta é uma dificuldade de quem depende do serviço público, em virtude da situação geralmente crítica na marcação de consultas; todavia, sabe-se também que na relação médico-gestante faz-se necessário uma troca, para que se estabeleça uma relação de respeito e confiança e um bom relacionamento; o obstetra deve estar disponível para a dissolução de dúvidas e preocupado em acompanhar a saúde da mulher e o desenvolvimento do bebê (Penna, 1998).

A visita ao pré-natal por estas mulheres está associada em primeiríssimo lugar à saúde do bebê. As dez gestantes visitadas em suas residências disseram que vão ao pré-natal por causa da saúde do bebê, sendo que seis delas disseram que também vão pela própria saúde. Mais uma vez se evidencia a tradição de que mais importante que tudo para a mulher é e deve ser o filho, e que o esquecer-se de si mesma é algo perfeitamente natural. Uma das entrevistadas inclusive revelou que até

hoje convive com a culpa de um bebê seu que nasceu morto e que muitas amigas adolescentes grávidas não se cuidam e dizem “*pra que ficar indo ao médico?*”. Fala esta que também traz à tona a crença de que a visita ao médico só deve acontecer mesmo quando já não se consegue resolver as dores sozinho.

A tabela 12 apresenta os dados referentes ao número de visitas feitas ao pré-natal pelas entrevistadas, sendo considerada também a do dia da entrevista.

**Tabela 12.** Número de visitas ao pré-natal, incluindo a do dia da entrevista, Campo Grande-MS, 2000.

| Nº DE VISITAS AO<br>PRÉ-NATAL | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S.<br>26 DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                               |                       |                           |                            | N         | %          |
| uma a duas visitas            | 6                     | 8                         | 11                         | 25        | 26,04      |
| três a quatro visitas         | 9                     | 5                         | 8                          | 22        | 22,92      |
| cinco a seis visitas          | 4                     | 4                         | 14                         | 22        | 22,92      |
| sete a oito vistas            | 7                     | 5                         | 9                          | 21        | 21,85      |
| nove a dez vistas             | —                     | 2                         | —                          | 2         | 2,08       |
| mais de dez                   | —                     | —                         | 3                          | 3         | 3,13       |
| não sabe                      | —                     | 1                         | —                          | 1         | 1,04       |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Assim, conforme pode ser visto nos dados expostos acima ( tabela 12), mais da metade das entrevistadas fez até seis visitas ao pré-natal, número preconizado como mínimo ideal pelo Ministério da Saúde. É bem verdade que a análise não pode ser feita assim de maneira tão simplista; seria necessário comparar período de gestação e número de visitas , mas este não é um dos objetivos desta pesquisa. Mesmo assim, é possível observar que as visitas ao médico durante o pré-natal ainda estão abaixo do esperado, e para muitas gestantes, elas só devem acontecer se houver problemas: não se tem a compreensão (porque os serviços de saúde muitas vezes não conseguem se

fazer entender) de que o pré-natal é para a manutenção da saúde e prevenção e controle de possíveis problemas durante a gestação.

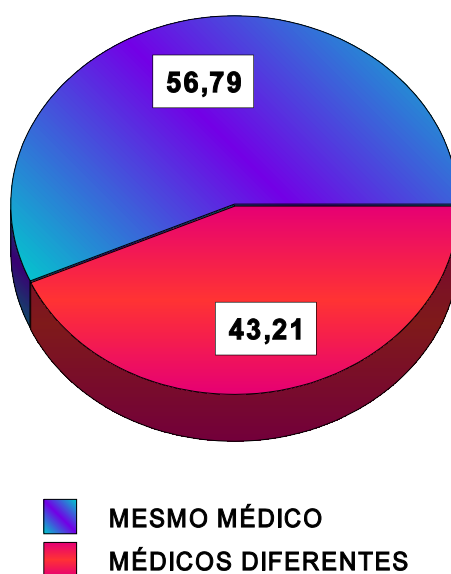
Um ponto que despertou a atenção, durante as entrevistas em casa, foi a abordagem dada pelas gestantes ao uso de anticoncepcionais. Ainda existe, pelo que se evidenciou, muita desinformação e preconceito em torno das práticas contraceptivas. As que usam, na maioria das vezes, não o fazem corretamente. Falta anticoncepcional na unidade de saúde e a mulher não dispõe de dinheiro para comprá-lo na farmácia. Então não usa e fica grávida (uma vez que a camisinha ainda continua não sendo bem aceita, ou seja, não é usada). Além disso, as gestantes revelaram alguns problemas durante o uso da medicação citada, além de infelizmente existir ainda “vergonha” por parte de adolescentes de buscar ajuda médica, e de que a mãe descubra que iniciaram a vida sexual, e pior do que isso, acabam engravidando antes mesmo de receberem as informações necessárias. Apenas uma dessas dez gestantes estava de fato planejando o bebê.

A tabela 13 e a figura 2 demonstram os dados referentes à visita ou não a um mesmo médico durante o período pré-natal pelas entrevistadas. Conforme pode ser visto, embora a maioria das entrevistadas (56,79%) esteja realizando o pré-natal com o mesmo médico, um percentual também alto (43,21%) não o faz. A visita a um mesmo médico é importante na medida em que pode beneficiar a relação médico-paciente, gerando respeito e confiança, tão importantes para a gestante, conforme abordado anteriormente.

A tabela 13 traz, assim, os dados referentes à visita ao pré-natal com o mesmo médico ou com médicos diferentes, de acordo com o relato das gestantes entrevistadas.

**Tabela 13.** Visitas ao pré-natal feitas com o mesmo médico, Campo Grande - MS, 2000.

| VISITA AO MESMO<br>MÉDICO | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S.26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL |       |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|-------|-------|
|                           |                       |                          |                            | N     | %     |
| sim                       | 7                     | 14                       | 25                         | 46    | 56,79 |
| não                       | 15                    | 5                        | 15                         | 35    | 43,21 |
| TOTAL                     | 22                    | 19                       | 40                         | 81    | 100   |



**Figura 2.** Percentual de visitas ao pré-natal feitas com o mesmo médico e médicos diferentes, Campo Grande - MS, 2000.

Quanto à satisfação com a atenção pré-natal, de um modo geral as gestantes parecem estar satisfeitas com o atendimento. No entanto, percebe-se entre as dez gestantes que foram entrevistadas em suas residências que os esclarecimentos das dúvidas mais comuns neste período da vida só se dão se elas perguntarem ao médico, como expressa a fala transcrita a seguir:

*“– Perguntei porque é preciso solucionar as dúvidas; minha mãe fala uma coisa aí lembro do que ela fala. Tenho rinite, aí perguntei sobre o remédio. A médica disse ‘educadamente’ que se não fosse caso de internação, nem pensar em tomar remédio. (...) a médica é muito seca; eu estudei, tem coisas que são novas, que são mitos, mas...”*

O fato é que durante a gestação muitas crenças e mitos afloram de todos os lados, a família, as amigas; e quase sempre, em virtude da socialização dos saberes em saúde ser uma área ainda problemática, as mulheres encontram-se entregues unicamente aos conhecimentos que constroem em sua realidade concreta. Enfatizaram a dificuldade na marcação de consultas e exames, e também no agendamento do atendimento odontológico.

Também é possível notar que no C.S. Nova Bahia a maioria das gestantes entrevistadas não tem visitado o mesmo médico durante os exames pré-natais; tal fato provavelmente se relaciona à falta de regularidade nas visitas e a dificuldade de marcação nas consultas, em virtude de se tratar de um centro regional que abarca um volume bem grande de consultas de livre demanda; ou ainda, a falta de identificação com o médico (tabela 13). Nas outras duas unidades este fato não acontece. Vale frisar que na maternidade Cândido Mariano, no ambulatório é cobrada uma taxa de R\$ 5,00 (cinco reais), que “garante” o retorno.

Assim, no que diz respeito a este item da saúde geral das entrevistadas e a gestação, as informações obtidas a partir dos dados da pesquisa revelaram sua importância na medida em que demonstraram através do discurso delas o quanto as alterações na saúde geral da mulher durante a gestação estão presentes e diminuem sua qualidade de vida, mas acabam tendo de ser encaradas como naturais, e praticamente inquestionáveis, por isto, restando às gestantes aceitá-las e vivenciá-las como parte da sua função biológica e da sua condição social de mulher.

Ao considerarem, em sua maioria, sua saúde como excelente, muito boa, boa ou razoável, essas gestantes ratificaram o dito popular que diz que “ser mãe é padecer no paraíso”, já desde o período da espera da chegada do bebê. Pois mesmo sofrendo com seus padecimentos gestacionais – dores, enjôos, vômitos, tonturas, alterações na pressão arterial, alergias, falta de ar, problemas na boca, etc.– assumiram-nos como parte das provas necessárias rumo ao (ainda existente) troféu

social de mãe-maravilha, perfeita, corajosa, mãe por natureza. . . Ou seja, o único padrão considerado, aceito pela sociedade. Além desse dado, verificou-se que para a saúde geral o conceito de saúde como ausência de doença é bastante forte uma vez que as gestantes revelaram não considerar ser necessário ir ao médico quando não estão sentindo dores. Também a preocupação com a saúde do bebê está em primeiro lugar quando se visita o médico durante os exames pré-natais. Os dados também revelaram que a prática da automedicação das dores antecede a visita ao médico e as práticas anticoncepcionais ainda encontram-se envoltas numa nuvem de tabus e preconceitos, que acabam gerando a gravidez indesejada. Apesar da dificuldade na marcação de consultas, do atendimento nem sempre acontecer como se gostaria, parecem estar satisfeitas com as consultas do período pré-natal, embora tenham revelado também que a solução de suas dúvidas só acontece se perguntarem ao médico. E este perguntar ao médico, ou seja uma certa liberdade para expor suas dúvidas e ansiedades só acontece quando há uma boa relação com ele, o que fica facilitado diante da rotina de consultas com um mesmo profissional. Os dados revelaram que 56,79% das gestantes estavam realizando as consultas pré-natais com o mesmo médico, enquanto 43,21% não o estavam fazendo. Este é uma breve relato das implicações das alterações na saúde geral da mulher durante a gestação na sua condição dentro da sociedade.

#### **3.2.4. SAÚDE/DOENÇA BUCAL – CONHECIMENTO CONSTRUÍDO**

A desqualificação do conhecimento em saúde bucal da população é uma opção da Odontologia no Brasil. Considera-se que as pessoas não reconhecem a importância dos dentes, nem sabem nada sobre a doença cárie, não se cuidam, não fazem prevenção, não vêem, enfim, a saúde bucal como prioridade. Considera-se também o paciente, mesmo sem deixar que ele fale, um ignorante, desinformado, desqualificado: *“é ele que não sabe ou não quer cuidar, ele é que é pobre, desmotivado, que não dá valor aos seus dentes, que não tem ‘cultura odontológica”* (Botazzo, 1994, p.48).

É preciso, no entanto, ouvir essa população, pois não se deve deixar de considerar que existe sim um saber construído em seu discurso, saber este que não pode mais deixar de ser considerado. É bem verdade que não se trata de um saber

sustentado pela cientificidade, mas acima de tudo, é um saber que reflete a experiência diária das pessoas com relação ao processo saúde/doença bucal, e que, exatamente por isso, deveria interessar à odontologia também. Além disso, a odontologia insiste em excluir o conhecimento epidemiológico construído no discurso popular a respeito do processo saúde/doença bucal, pois tal discurso, de acordo com Botazzo (1994) “*tornaria evidente a incompetência epidemiológica da Odontologia para promover o ‘bem estar bucal’ das pessoas, incompetência que é também social, coletiva*” (p.49). Optou-se, assim, neste trabalho por deixar as mulheres falarem, pois concordando mais uma vez com o que diz Botazzo (1994) “*a fala socialmente liberada permite reconstruir caminhos*” (p. 48).

Perguntou-se às gestantes, então, quanto à satisfação ou não com a própria saúde bucal, e pediu-se também que justificassem essa satisfação ou insatisfação. A tabela abaixo permite visualizar os valores e percentuais correspondentes ao nível de satisfação das entrevistadas com a sua própria saúde bucal.

**Tabela 14.** Valores e percentual de gestantes quanto à satisfação em relação à própria saúde bucal, Campo Grande-MS, 2000.

| GESTANTES     | C. S.<br>NOVA<br>BAHIA | U. B. S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|---------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|               |                        |                             |                            | N         | %          |
| SATISFEITAS   | 7                      | 9                           | 15                         | 31        | 32,29      |
| INSATISFEITAS | 19                     | 16                          | 30                         | 65        | 67,71      |
| <b>TOTAL</b>  | <b>26</b>              | <b>25</b>                   | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Os dados da tabela 14 demonstram que a maioria das gestantes (67,71%) estavam insatisfeitas com sua saúde bucal no momento da entrevista. Assim, os 32,29% de gestantes que restaram disseram estar satisfeitas. De acordo com Rosseti (1999), quase ninguém está satisfeito, contente com sua boca...

Tais dados são pertinentes na medida em que, através dos porquês da satisfação ou insatisfação com a própria saúde bucal, pôde-se vislumbrar um pouco mais sobre os saberes em saúde bucal dessas mulheres. As justificativas para tal satisfação relacionam-se, em alguns casos, à ausência de dor ou ao fato de que está



tudo bem, segundo as próprias gestantes: *“tudo legal”, “perfeito”, “em dia”*. Estas afirmações das entrevistadas reforçam que, para estas gestantes o conceito de saúde bucal está também, como o de saúde geral, intimamente associado à ausência de dores, daí considerar tudo legal e perfeito. Outras gestantes justificaram sua satisfação por estarem fazendo tratamento ou por tê-lo feito recentemente. Algumas gestantes disseram estar satisfeitas por faltar “pouca coisa” para a sua saúde bucal ficar bem: *“tem que obturar só”, “. . . só um canal e mais nada”, “ só conseguir fazer limpeza”*. Estas falas revelam que embora falte “pouca coisa” para a saúde bucal deixá-las satisfeitas, falta. *“Obturar só”* indica a necessidade de tratamento restaurador, o que segundo o relato das próprias gestantes, não é algo assim tão simples de se usufruir dentro do serviço público; quando se fala em tratamento de canal isto se complica ainda mais:

*“– Tinha começado a tratar, tive que rancar um, não teve jeito, não foi possível fazer canal. (...) Não estou trabalhando, não tenho como pagar e em posto desanima, muita fila, tem que ter muito tempo disponível, paciência.”*

*“– Meu marido está 4 meses na fila de espera pro canal; não pode pagar, fazer o quê?!...”*

Tais afirmações demonstram a incapacidade dos serviços públicos em oferecer democraticamente atendimento à medida em que os problemas de saúde bucal vão se complexificando. Apenas uma dessas 31 gestantes satisfeitas aproximou seu discurso do saber “científico” odontológico ao dizer *“Cuido muito: escovo, fio dental, passo flúor”*. Outra resposta extremamente interessante foi a seguinte: *“Acho que está tudo bem, não tem nada anormal, fora os que já perdi . . .”* Tal discurso demonstra uma forte carga de determinismo com relação ao estado de saúde/doença da boca. E ainda hoje as pessoas continuam acreditando (pois é o que vivenciam) que, apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos que a odontologia brasileira tem alcançado, ter cárie é um processo natural, e conseqüentemente, perder o dente é só o desfecho desse processo (Lyda, 1998). Infelizmente, enquanto a odontologia não consegue provar o contrário e nem informar e gerar saúde bucal na população, os cidadãos brasileiros continuam experimentando perdas dentais desastrosas. Também uma das respostas evidencia a crença de que a gestação é geradora de problemas bucais: *“Geralmente mulher grávida dá problema no dente, eu não, graças a Deus!”*. Esta fala, extremamente

útil, revela a representação de que é praticamente um privilégio divino não enfrentar problemas bucais durante a gestação. E mais do que isto, considera como inseparáveis da condição de mulher grávida ter problemas bucais, sendo praticamente um milagre quando isto não acontece.

A insatisfação com a saúde bucal para estas 65 mulheres está, de um modo geral, ligada à dor, sangramento gengival, necessidade de tratamento endodôntico (canal), dentes quebrados, aquilo que as mulheres identificaram como “fraqueza” nos dentes. Apenas cinco das gestantes admitiram que seus problemas bucais antecederam a gestação, apesar de uma delas ter revelado que seu problema – sangramento gengival – agravou-se neste período. No que diz respeito à necessidade de tratamento endodôntico, as gestantes revelaram ter medo de tal tratamento e ter dificuldades para agendá-lo na rede pública municipal. Essas mulheres trouxeram à tona, assim, outro ponto extremamente importante a ser considerado que é a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, tanto públicos quanto particulares para a maior parte da população brasileira: “*nem sempre no posto tem o que precisa e pagar é muito difícil*”; “*tem quatro canal, mas agora não dá para marcar, é difícil, gasta passe*”; “*atrás de tratamento, onde vai é não*”. A primeira fala “*nem sempre no posto tem o que precisa e pagar é muito difícil*”, revela uma odontologia de mercado, altamente excludente, que não consegue oferecer através do serviço público nem a resolução dos problemas, pois a complexidade destes não permite; nem o acesso, pois não há como atender todas as necessidades de todas as pessoas. “*Tem quatro canal, mas agora não dá para marcar, é difícil, gasta passe*”, revela dois lados de uma mesma moeda: a doença cárie e sua determinação social. Afinal, conforme afirma Botazzo (1994)

“Bocas também podem ser vistas como sinal de classe, estatuto de classe. A cárie dentária é a doença do pobre, das populações periféricas urbanas e rurais, a marca estampada nos sorrisos proletários. Não que estes não tenham outras doenças: mas é que, junto com a doença periodontal, a cárie compõem muito bem o cenário de abandono no qual estão colocados.” (p.46).

Por tudo isto, além do fato, aqui mais especificamente, da necessidade de quatro tratamentos de canal, que enquanto não tratados podem gerar dores, incômodos e infecção, ainda pela posição social que ocupam dentro da sociedade, essas mulheres

pertencentes a camadas mais pobres da população, encontram dificuldades para agendarem sua consulta antes mesmo de chegar na unidade de saúde, pois não dispõem de dinheiro para o transporte. Assim, muitas pessoas são excluídas do acesso à saúde bucal por razões socioeconômicas que as impedem de buscá-lo. Somam-se a estes fatos, além de tudo, no caso dessas mulheres, que estão grávidas – “*atrás de tratamento, onde vai é não*”. Além de nem sempre encontrarem disponíveis os serviços odontológicos de que precisam, de não terem dinheiro para tomar o ônibus até a unidade de saúde, estão grávidas, e por isto muitas vezes são privadas do atendimento odontológico, mesmo quando o buscam, ponto este que será discutido mais profundamente no próximo item.

Houve também aquelas gestantes que relacionaram literalmente seus problemas bucais com a gestação : “*está doendo tudo e não doía antes...*”; “*depois que fiquei grávida caiu duas obturações do meu dente*”. Estas falas são representativas entre tantas outras de que, muitas vezes consideradas apenas como pura crendice, as mulheres durante a gestação sofrem sim as conseqüências dessa etapa fisiológica na sua saúde bucal. Já neste momento começam a aparecer as dúvidas, crenças, mitos e medos dessas gestantes no que diz respeito à visita ao dentista durante esse período. Dezesseis gestantes explicitaram suas dúvidas no que diz respeito ao tratamento odontológico, sendo que seis delas enfatizaram não saber se devem ou não fazer ou continuar tratamento, dizendo ser melhor ir “*depois que o bebê nascer*”. Tal preocupação mais uma vez expressa a condição feminina de mãe, que como tal deve ter sempre como prioridade o filho, em detrimento, inclusive da própria saúde. Frases como: “*sinto muita dor de dente, e não pode rancar porque estou grávida*”; “*depois que fiquei grávida parei de tratar, não sei se pode ou não*”; “*gestante não pode tratar ou pode?*”; “*tenho que ir ao dentista, e não posso ir agora por causa da gravidez*”; “*tem que fazer obturação mas não estou fazendo agora, só depois . . .*” ou “*ia fazer tratamento, aí fiquei grávida*” evidenciam que crenças e dúvidas com relação à dicotomia saúde bucal/gestação continuam muito mais presentes que o acesso às informações que tragam esclarecimentos sobre tal assunto. Apenas uma das sessenta e cinco gestantes insatisfeitas com a sua saúde bucal está sob tratamento odontológico. Tal achado permite avançar a idéia de que, mesmo insatisfeitas com a saúde bucal, as gestantes não vêm na busca pelo tratamento a solução para os problemas identificados, mesmo

porque são considerados normais por elas neste período e, além disso, vêem na visita ao dentista riscos para a saúde do bebê, os quais não lhes são socialmente permitido correr.

Outro achado importante para os rumos desta pesquisa é que, segundo os dados obtidos, duas mulheres tomaram para si a culpa pelo estado de sua saúde bucal ao dizer que faltava cuidado da parte delas; uma atitude nada surpreendente sob a perspectiva de gênero, na medida em que as mulheres foram social e culturalmente educadas e acostumadas a se sentirem culpadas pelas coisas que não estão bem ao seu redor ou consigo mesma. Além disso existe toda a expectativa gerada em torno da mulher em virtude da rigidez do adestramento para a limpeza, abordado no item das relações de gênero, no capítulo 2. E mesmo quando este sentimento de culpa não aparece explicitamente, a sociedade se encarrega de inculcá-lo no universo dos papéis aceitos como femininos.

Duas gestantes ainda relacionaram seu problemas bucais, mais especificamente os dentais, ao uso excessivo de antibióticos durante a infância: “*sabe assim, tomei muito antibiótico, estragou muito os dentes*”; “*devido a tomar muito remédio quando era pequena meus dentes são tudo cariado, a maioria*”. Tal afirmação bastante comum entre as mães, merece atenção especial: há um equívoco existente entre o uso de antibióticos após o nascimento e a fraqueza dos dentes. Não há a possibilidade de antibióticos por si causarem condições propícias ao aparecimento do processo cariioso. O que se deve fazer é evitar a administração de tetraciclina ou seus derivados para gestantes e bebês, principalmente durante o primeiro ano de vida, pois existe o risco de manchamento tanto dos dentes decíduos quanto dos permanentes. Vale aqui lembrar que o grande problema com relação a medicamentos na infância é o fato de se apresentarem sob a forma de xaropes, xaropes estes com altas concentrações de açúcar em seu conteúdo, sendo o açúcar sim, responsável, juntamente com outros fatores como a deficiência na higienização, pelo desenvolvimento de processos cariosos, mas não o antibiótico (Guedes-Pinto, 1993; Luz, 1990).

A importância da boca para as entrevistadas pode ser expressa através das respostas transcritas a seguir, as quais representam os dados obtidos sobre tal questão:

*“–Ah, a boca da gente serve para muita coisa né, e inclusive pra comer.(Risos)(...) pra comer, pra conversar com a pessoa tem que tá com a boca bem, bem bonita, né! Principalmente os dente, né. Que de repente você vai conversar com a pessoa e ‘cê tá com aquele mau hálito, ‘cê conversa com a pessoa, a pessoa cai lá já... ( Risos).”*

*“–É, ih, serve pra muita coisa, né, porque sem uma boca ‘cê ia ser o quê, ia ter que se comunicar de que jeito? Não ia ter jeito: pra você aprender a escrever, ‘cê tem que aprender a ouvir e aprender a falar pra aprender a escrever. Eu acho que pelo menos a minha, sem ela eu não faria nada, ainda mais falar, que eu gosto de falar, se eu não tivesse boca eu tava enrolada... (...) Sei lá, a boca é, é o órgão do qual ser humano nenhum ficaria sem, né. Porque sem ela você não come, ‘cê não conversa, ‘cê não bebe, às vezes você não respira, que muita gente tem dificuldade de respiração nasal apela pra boca e vai embora, e tá respirando até hoje.”*

*“–Não sei dizer . . . Pra brigar, pra comer, xingar quando estou com raiva.”*

Embora não tenham tido facilidade em verbalizar, de modo geral, as funções da boca em suas vidas, essas mulheres expressaram sim as funções mais importantes na vida delas, de acordo com seu entendimento: comer, falar, comunicar-se com o outro, saciar a sede, xingar. Talvez não se cuida melhor da boca porque passam despercebidas no cotidiano algumas de suas funções e importância. Botazzo (2000a) trata muito bem dessa questão ao relatar os “movimentos e paixões” possíveis à boca. Comer, manducar( mastigar), chupar, falar, beijar... De acordo com o autor pode-se mesmo dizer que

“(...) para além da manducação fisiológica, a boca é também um dos nossos aparelhos de prazer. A ávida boca que suga o generoso seio é a mesma que tritura e consome o mundo. Isto a põe imediatamente articulada, mais que qualquer outra víscera, com o mundo do trabalho e da cultura, com as estruturas psíquicas e com o terreno da representação.” ( Botazzo, 2000, p.285).

Embora seja difícil encontrar autores que toquem nesta questão das funções da boca, além de Botazzo (2000a), contribuições interessantes também são dadas por Rossetti (1999), que lembra que “ *a zona oral está intimamente ligada ao cérebro. A boca expressa nossa afetividade, é nossa intermediária entre o interior e o exterior... Todas as expressões profundas do ser humano estão vinculadas à boca.*”(p.17).

É através da nossa boca, enfim, que conseguimos ou não expressar também sentimentos como a alegria, a tristeza, o espanto, o amor, o ódio. De fato a boca oferece imensas possibilidades na medida em que nos põe em contato com o mundo, é através dela que expressamos nossos pensamentos, falamos de nós mesmos, verbalizamos nossos sentimentos, medos, angústias. Talvez pelas dores e problemas bucais que relataram, fique até difícil lembrar dessa função da boca em gerar prazer. Ou pode-se até dizer que os problemas bucais impedem de se aproveitar melhor o que a boca pode nos oferecer, em termos de suas funções. Nenhuma das mulheres se referiu ao papel da boca na sua sexualidade, por exemplo.

Quanto a achar importante tratar dos dentes, 100% das gestantes respondeu afirmativamente, reconhecendo tal importância. No entanto, quando perguntou-se o porquê dessa importância evidenciou-se aqui a predominância do conceito de saúde como ausência de doença, ou mais especificamente, ausência de dor, através de respostas como “ *pra evitar dor de dente*”; “ *sinto dor de dente direto*”; “ *mau-hálito, né*”, “ *muito desagradável, até pra me alimentar tenho dificuldades*”, entre outras. As gestantes associaram a importância de tratar os dentes à aparência, beleza; à própria expressão da alegria; à saúde geral; à alimentação e à comunicação. Também se manifestou uma certa preocupação com a manutenção dos dentes: “ *senão fica sem dente, aí, Deus me livre, aí não dá*”; “ *se não tratar, acaba tendo que usar dentadura*”. Infelizmente, parece mesmo que a representação que os brasileiros têm de dente é a

dor . Essas mulheres o demonstraram claramente ao dizerem frases como “ *dor de dente é terrível*” para justificar a importância de tratar dos dentes. Não se pode também ignorar o fato de que as 96 gestantes, ainda que com essa representação, reconheceram a importância de tratar dos dentes. As gestantes lembraram ainda que, apesar de reconhecerem a importância de tratar dos dentes, “*o que é difícil é os dentistas: caro e no posto, muito enrolado*”. Uma reivindicação muito justa, que evidencia o caráter extremamente privado e excludente da prática odontológica.

Com o objetivo de identificar os problemas de saúde bucal mais enfrentados pelas gestantes, perguntou-se a elas se achavam que a gestação trazia algum problema para seus dentes. Como a literatura existente (Sonis, 1985 e Oliveira, 1990, entre outros) na área tem identificado tais problemas, optamos por oferecer às entrevistadas as seguintes alternativas: não traz problemas; sangra a gengiva; dá cárie; enfraquece os dentes, dá mau-hálito; caem obturações (problemas estes identificados como mais comuns nos trabalhos que nos antecedem); e outros, onde foi possível identificar problemas não considerados nas alternativas, além do que puderam ser identificados mais de um problema por cada gestante.

A tabela 15 , então, revela os dados encontrados a esse respeito: 58, 33% das gestantes parece estar enfrentando, ou, pelo menos, sendo capaz de identificar problemas bucais, enquanto os outros 41,67% não identificaram problemas bucais em virtude da gestação.

**Tabela 15.** Gestação traz ou não problemas para os dentes, segundo gestantes pesquisadas, Campo Grande-MS, 2000.

| GESTANTES<br>PROBLEMAS | C.S. NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|------------------------|--------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                        |                    |                           |                            | N         | %          |
| SIM                    | 13                 | 12                        | 31                         | 56        | 58,33      |
| NÃO                    | 13                 | 13                        | 14                         | 40        | 41,67      |
| <b>TOTAL</b>           | <b>26</b>          | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Assim, das 56 gestantes para as quais a gestação trouxe algum problema bucal, os dois problemas identificados como mais freqüentes foram a queda de obturações e o sangramento gengival. Em seguida vieram as dores de dente; o enfraquecimento dos dentes; cáries; tendo também sido citados tártaro e mobilidade dental.

O quadro 2, apresentado a seguir, mostra os problemas bucais identificados pelas gestantes como trazidos pela gestação.



| <b>QUADRO 2 . PROBLEMAS BUCAIS IDENTIFICADOS PELAS GESTANTES</b> |    |
|--|----|
| SANGRA A GENGIVA   | 28 |
| DÁ CÁRIE   | 18 |
| ENFRAQUECE OS DENTES   | 24 |
| DÁ MAU-HÁLITO  | 20 |
| CAEM OBTURAÇÕES  | 27 |
| DOR  | 25 |
| TÁRTARO  | 1  |
| MOBILIDADE DENTAL  | 1  |

A tabela 16, por sua vez, contém os dados referentes à identificação por parte das entrevistadas de problemas bucais já existentes antes da gestação.

**Tabela 16.** Identificação de problemas bucais antes da gestação, Campo Grande-MS, 2000.

| IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS BUCAIS ANTES DA GESTAÇÃO | C.S. NOVA BAHIA | U.B.S. 26 DE AGOSTO | MAT. CÂNDIDO MARIANO | TOTAL     |            |
|---|-----------------|---------------------|----------------------|-----------|------------|
|   |                 |                     |                      | N         | %          |
| sim   | 15              | 11                  | 26                   | 52        | 54,17      |
| não   | 11              | 14                  | 19                   | 44        | 45,83      |
| <b>TOTAL</b>  | <b>26</b>       | <b>25</b>           | <b>45</b>            | <b>96</b> | <b>100</b> |

Tal pergunta foi feita com objetivo de verificar se essas mulheres: 1º) conseguem identificar problemas bucais; 2º) quais são esses problemas; 3º) se os problemas bucais delas antecedem a gestação, ou seja, antes de ficarem grávidas essas mulheres já possuíam problemas bucais, e se consideram que tais problemas podem se agravar durante a gestação. Assim, das 96 entrevistadas, 54,17% responderam que tiveram problemas bucais antes de ficarem grávidas e 45,83% responderam não terem tido problemas.

Os principais problemas bucais identificados pelas mulheres entrevistadas que reconheceram já tê-los tido foram: problemas gengivais, necessidade de tratamento de canal, cáries, dores de dente, necessidade de extração. Mas além desses problemas, a fala das entrevistadas revela ainda alguns marcos no que diz respeito a seus conhecimentos em relação ao processo saúde/doença bucal. Duas das gestantes, ao se referirem ao conceito de inevitabilidade da cárie, disseram: “*Sim, cárie sempre tem...*”. Outras respostas trataram a dor de dentes também como algo inevitável e até natural para quem tem dentes: “*Sim, dor de dentes só*”; “*Sim, dorzinha, ‘bituração’*”. A extração é tida como a solução mais prática para resolver os problemas com dores: “*Sim, uma coisa de pus na gengiva, tive de rançar o dente*”; “*Sim, três dentes que doía noite e dia, mandei tirar os dentes, os três*”; “*Sim, dor que tive até de rançar o dente*”; “*Sim, obturação caiu, dava choque no dente, tive que rançar*”. Uma das gestantes ainda considerou os seus problemas bucais quase como um herança deixada pelos pais, que já não tem mais dentes: “*Sim, dor de dente, dente fraco: meus pais não têm mais dentes*”. Há que se considerar que a extração é tida como recurso para aliviar a dor não apenas na nossa cultura atual, mas desde o Egito Antigo (Andrade, 1998). Assim, apesar de todo avanço tecnológico experimentado pela odontologia, a opção pela extração para alívio da dor e resolução de tal problema ainda é a de primeira escolha para a maioria da população.

Das gestantes que relataram não terem tido problemas bucais antes de ficarem grávidas, duas respostas interessantes demonstram as diferenças entre o discurso odontológico, “científico”, e o popular, “desprovido de cientificidade”, mas rico em realidade: “*Não, nada sério, só cáries*”, que mais uma vez demonstra o ponto de vista popular que considera a cárie como inevitável, praticamente natural; e “*Não, só fiz canal só, já faz quase um ano*”, que não considera o tratamento de canal como

conseqüência de problemas bucais. Mais do que isso, essa aceitação dos problemas bucais parece fazer parte da constituição social da identidade feminina, que revela uma conformidade, uma aceitação de problemas bucais, durante a gestação, como parte da sua condição de mulher, mãe.

A tabela 17, por sua vez, revela as respostas das gestantes à seguinte pergunta: “e agora que está grávida, está tendo algum problema com a sua boca?”.

**Tabela 17.** Identificação de problemas bucais, durante a gestação, pelas entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS BUCAIS DURANTE A GESTAÇÃO | C.S. NOVA BAHIA | U.B.S. 26 DE AGOSTO | MAT. CÂNDIDO MARIANO | TOTAL     |            |
|--|-----------------|---------------------|----------------------|-----------|------------|
|  |                 |                     |                      | N         | %          |
| sim  | 13              | 8                   | 27                   | 52        | 50         |
| não  | 13              | 17                  | 18                   | 44        | 50         |
| <b>TOTAL</b>   | <b>26</b>       | <b>25</b>           | <b>45</b>            | <b>96</b> | <b>100</b> |

Das 96 entrevistadas, 50% dizem ter tido problemas, e 50% não os têm. Os problemas identificados foram: sangramento gengival, cáries, mau-hálito, dores, enfraquecimento dos dentes, queda de obturações, fratura de dentes.

Entre as gestantes que disseram não estar tendo problemas, duas considerações importantes feitas por elas: uma frisou que não está tendo problemas nesta gravidez, e outra considerou que não está tendo problemas, “*só sangramento da gengiva*”. Esta última consideração, mais uma vez, revela o quanto as relações sociais de gênero permeiam o universo da gestante no que concerne à sua saúde bucal. Ora o sangramento gengival é uma alteração que merece ser considerada como um problema, mas como faz parte da cultura a crença de que gravidez e problemas bucais

são inseparáveis, resta a estas mulheres, apesar de identificar tais alterações, considerá-las parte natural do processo gestacional, não merecendo maiores cuidados profissionais.

Considerou-se que poderia ser útil cruzar os dados das duas tabelas anteriores ( 16 e 17), a fim de identificar mais precisamente quantas mulheres passam a ter problemas bucais na gestação e quantas continuam tendo.

Assim, construiu-se a tabela 18, que traz o cruzamento de dados de identificação de problemas bucais antes e durante a gestação.

**Tabela 18.** Identificação de problemas bucais antes e durante a gestação – cruzamento de dados , Campo Grande-MS, 2000.

| IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS BUCAIS ANTES/ DURANTE A GESTAÇÃO | C.S. NOVA BAHIA | U.B.S. 26 DE AGOSTO | MAT. CÂNDIDO MARIANO | TOTAL     |            |
|---|-----------------|---------------------|----------------------|-----------|------------|
|   |                 |                     |                      | N         | %          |
| antes/ durante sim  | 10              | 5                   | 15                   | 30        | 31,25      |
| antes /durante não  | 8               | 11                  | 7                    | 26        | 27,08      |
| antes não/durante sim                                       | 3               | 3                   | 12                   | 18        | 18,75      |
| antes sim/ durante não                                      | 5               | 6                   | 11                   | 22        | 22,92      |
| <b>TOTAL</b>  | <b>26</b>       | <b>25</b>           | <b>45</b>            | <b>96</b> | <b>100</b> |

Das 96 entrevistadas, 30 ( 31,25%) identificaram problemas tanto antes quanto depois da gestação; 26 (27,08%) não consideraram ter problemas bucais nem antes nem durante a gestação. Um total de 18 gestantes (18,75%) relataram que não tinham problemas bucais antes da gestação, e que passaram a tê-los durante esse período. A soma de gestantes que relataram ter tido problemas bucais antes da gestação mas não durante a mesma foi de 22 (22,92%). Metade das entrevistadas identificou problemas bucais, tanto antes quanto durante a gestação, merecendo a

atenção tal fato na medida em que toda a especificidade da saúde da mulher se reflete na sua saúde bucal não apenas durante a gestação, mas ao longo de toda a sua vida, sendo necessários estudos que identifiquem tais particularidades.

Este item dos conhecimentos construídos sobre saúde bucal pelas entrevistadas traz à tona uma vasta possibilidade de descobertas contida no discurso dessas mulheres. Revelaram-se em sua maioria insatisfeitas com sua saúde bucal, apontando como principais motivos para esta insatisfação dores, quedas de restaurações, impossibilidade de visitar o dentista em virtude da gestação, entre outros. Além disso, as gestantes também identificaram a boca como importante para se alimentar, falar, e até xingar. Reconheceram a importância do tratamento dentário, principalmente para evitar problemas com dores, tendo sido identificada como solução de primeira escolha para as dores a extração dentária. As mulheres demonstraram saber identificar os problemas bucais que enfrentam, embora tenham também demonstrado em seu discurso uma certa aceitação de tais problemas como inerentes à gestação e que, portanto, devem ser aceitos como parte da condição de ser mãe. Evitam o tratamento odontológico pois acreditam que este oferece riscos a saúde do bebê, que deve sempre estar em primeiro lugar, mesmo que isso signifique prejuízos irreversíveis à sua saúde bucal. E tais prejuízos, deve-se considerar, são um preço um tanto alto a ser pago pelas gestantes em função de sua condição feminina no cumprimento do seu papel de mãe dentro da sociedade.

### **3.2.5. IR OU NÃO IR AO DENTISTA DURANTE A GESTAÇÃO?- MITOS E CRENÇAS**

Neste momento da pesquisa buscou-se saber a frequência de visita dessas mulheres ao dentista e também os principais motivos dessa frequência.

Quando se perguntou às gestantes qual a frequência com que iam ao dentista mesmo quando não estão grávidas, 35,42% revelaram somente ir ao dentista quando sentem alguma dor; 29,17% disseram ir ao dentista de 6 em 6 meses; 13,54% revelaram ir uma vez ao ano.

Outras categorias citadas encontram-se dispostas na tabela 19. Como pode ser visto a seguir, a tabela apresenta o relato das entrevistadas sobre a freqüência de visitas ao dentista.

**Tabela 19.** Relato das entrevistadas sobre a freqüência de visitas ao dentista das entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| FREQÜÊNCIA DE VISITAS<br>AO DENTISTA | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                                      |                       |                           |                            | N         | %          |
| está em tratamento                   | —                     | —                         | 3                          | 3         | 3,13       |
| a cada 3 meses                       | 2                     | 1                         | 5                          | 8         | 8,33       |
| a cada 6 meses                       | 6                     | 8                         | 14                         | 28        | 29,17      |
| uma vez ao ano                       | 2                     | 4                         | 7                          | 13        | 13,54      |
| há mais de um ano não vai            | 1                     | 1                         | 5                          | 7         | 7,29       |
| nunca foi                            | 1                     | 1                         | —                          | 2         | 2,08       |
| só quando sente dor                  | 13                    | 10                        | 11                         | 34        | 35,42      |
| sem resposta                         | 1                     | —                         | —                          | 1         | 1,04       |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

De acordo com os dados obtidos, um maior percentual de gestantes revelou mesmo só ir ao dentista por sentir dor. Também esses dados revelam um certo receio em torno do tratamento odontológicos durante a gestação (mas não apenas durante este período) uma vez que apenas 3,13% disseram estar em tratamento e 2,08% nunca foram ao dentista.

Apenas 28 gestantes foram ao dentista depois do início da gestação, como pode ser visto na tabela 20, que traz os dados referentes à visita ao dentista pelas gestantes após o início da gestação.

**Tabela 20.** Frequência de visita ao dentista pelas entrevistadas após o início da gestação, Campo Grande-MS, 2000.

| VISITA AO<br>DENTISTA | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26 DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                       |                       |                        |                            | N         | %          |
| SIM                   | 7                     | 5                      | 16                         | 28        | 29,17      |
| NÃO                   | 19                    | 20                     | 29                         | 68        | 70,83      |
| <b>TOTAL</b>          | <b>26</b>             | <b>25</b>              | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

O principal motivo da visita ao dentista depois do início da gestação foi, como para a maioria da população, a dor. Além disso, foram relatados também a quebra do dente, a queda de obturação e o sangramento gengival. Quatro gestantes trouxeram à tona ainda uma outra questão: **justificativas errôneas** dadas a elas pelos **próprios dentistas**. Dois profissionais justificaram as dores e fraturas dentais sofridas pelas

gestantes pela perda de cálcio. Vale ressaltar que tal justificativa não é verdadeira na medida em que, apesar da crença existente de que o bebê tira cálcio dos dentes da mãe, se esta não tem cálcio suficiente na sua dieta, as necessidades de cálcio do embrião ou do feto serão atendidas em primeiro lugar e, até algum cálcio pode ser retirado dos ossos da gestante. Porém, de acordo com os relatos de Moss (1996), nunca o cálcio será retirado dos dentes dela. Um outro profissional disse à gestante que *“não podia mexer, não podia dar anestesia”*. Alguns autores lembram que os anestésicos em si não são contra-indicados; no entanto, em casos de hipertensão recomenda-se o uso de anestésicos sem vasoconstritores e as soluções anestésicas mais indicadas para o atendimento das gestantes são a prilocaína com octapressin ou a lidocaína sem vasoconstritores. Além disso, vale recordar que a ausência do vasoconstritor pode determinar um nível plasmático de anestésico mais nocivo (Duailibi & Duailibi, 1985; Oliveira, 1990).

Outros dois profissionais ainda disseram a essas gestantes que *“não era pra voltar, só depois de ter o neném”* e que *“ não pode tratar de gestante”*, reforçando a crença de que gestantes não podem nem devem ir ao dentista. Um ponto extremamente importante e positivo identificado por uma das gestantes (maternidade Cândido Mariano) foi o fato de o médico ter lhe recomendado a visita ao dentista, e ela ter ido. Isto demonstra a importância de uma integração entre ginecologistas e dentistas, no intuito de mudar a saúde bucal das mulheres, de modo especial durante a gestação.

A grande maioria (68) das gestantes não foi mesmo ao dentista durante a gravidez (tabela 20). As crenças e mitos aqui revelados contribuem para a condição de gênero da mulher dentro da nossa sociedade, na medida em que prejudicam a sua qualidade de vida, visando apenas o bem-estar do bebê. Essas mulheres não vão ao dentista durante a gestação pois acreditam que : *“ se fosse rancar eu não podia, daria hemorragia, só depois que tiver o neném”*; *“ diz que não pode por causa da anestesia”*; *“ pelo que eu sei, gestante não pode arrancar, fazer obturação, essas coisas que precisa anestesia: nem procurei”*. Assim, percebe-se que a falta de informação acaba desequilibrando o processo saúde/doença bucal nessas mulheres, gerando ainda mais doença nelas. E como se verificou em outros pontos da pesquisa, em hipótese nenhuma a mulher deve pensar em suas dores, em seus problemas bucais, se isso



oferecer em seu imaginário riscos à saúde do bebê, mesmo que este não pensar em si signifique prejuízos irreparáveis à sua saúde. Outro ponto abordado pelas gestantes é que não sentiram dor, portanto, disseram: “*achei que não precisava*”, “*não senti nenhuma dor, nada*”, “*não vi necessidade*”. Esta é uma justificativa já citada para não se buscar o atendimento odontológico quando se tratou da importância do tratamento dos dentes, reforçando mais uma vez o conceito de saúde bucal construído pelas pessoas de que a ausência de dores é sinônimo de ausência de doença.

No discurso das gestantes, conforme vem se evidenciando ao longo dos dados, também aparece a preocupação das mesmas em relação ao bebê. O que, diga-se de passagem, é socialmente natural, afinal, qualquer problema que ocorra com a gestação, a culpa poderá ser totalmente atribuída à mãe, e, mais do que isso, ela própria se culpará. Muitas ainda revelaram falta de tempo, o que, a princípio, parece ser apenas uma desculpa. Mas se isso for analisado, chega-se à conclusão que, de fato, a vida de uma mulher “do lar” é mesmo rica em “trabalhos domésticos infundáveis” (Sarti, 1996), conforme explicita a justificativa de uma das entrevistadas por não ter ido ao dentista: “*falta de tempo, só eu para cuidar de filho (3), e casa, tudo sozinha, aí ...*” Esta fala, representativa de outras falas das entrevistadas, demonstra a solidão que é imposta à mulher no ambiente privado, além da sobrecarga de atividades, que a impedem de poder cuidar de si mesma, da sua própria saúde. Vale aqui lembrar do provérbio que diz que “cada filho custa um dente”, e os dados nos levam a acreditar que essas mulheres acabam por aceitar e assumir como verdade, pelas pressões exercidas socialmente, que sofrer dores, inclusive as de dente, faz parte do preço a ser pago pela maternidade. Afinal, por tocar em provérbios, “ser mãe é padecer no paraíso”, e esse padecer acaba por começar já na gestação!

Com o intuito de deixar essas mulheres falarem um pouco mais sobre suas crenças, medos e ansiedades em relação à visita ao dentista, perguntou-se também a elas se acreditavam que a gestante pode ir sem problemas ao dentista e se acreditam em problemas decorrentes da visita e quais são esses problemas. A tabela 21 apresenta os dados referentes a essas crenças com relação à visita ao dentista durante a gestação.

**Tabela 21** . “Grávida pode ir sem problemas ao dentista?”, opinião das gestantes pesquisadas, Campo Grande-MS, 2000.

| GRÁVIDA<br>PODE IR AO<br>DENTISTA<br>SEM<br>PROBLEMAS | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26 DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|---|-----------------------|------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|   |                       |                        |                            | N         | %          |
| SIM   | 10                    | 10                     | 13                         | 33        | 34,38      |
| NÃO   | 14                    | 14                     | 27                         | 55        | 57,29      |
| NÃO SEI   | 2                     | 1                      | 5                          | 8         | 8,33       |
| <b>TOTAL</b>  | <b>26</b>             | <b>25</b>              | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Das 96 gestantes, 33 (34,38%) disseram acreditar que a grávida pode ir sem problemas ao dentista, fazendo, entretanto, algumas ressalvas. Tais mulheres acreditam, então, que a gestante pode ir ao dentista mas que alguns tratamentos não podem ser realizados: “*rancar o dente*” é um procedimento que não pode ser feito segundo quatro gestantes, tendo uma delas dito que não dá para “rancar” por causa de hemorragia; fazer “raio-x” (radiografia) não pode segundo três gestantes; duas gestantes viram problemas em tomar anestesia e outras duas relataram que o fato de ir ao dentista gera muito nervosismo, o que pode causar problemas, segundo elas, inclusive para o bebê. Além disso, as gestantes também colocaram como possíveis problemas para elas: o uso de medicação, obturação, o barulho da “máquina” (caneta de alta rotação). Duas gestantes revelaram que, apesar de acharem que gestantes podem ir ao dentista, têm dúvidas, uma vez que “*o dentista mesmo falou depois que ganhasse o neném tratava*” e “*estava indo sem saber que estava grávida; tinha ido ao dentista e ele falou que não pode*”. Estas respostas mais uma vez reforçam a questão dos preconceitos por parte de profissionais da saúde que acabam por dar mais força às crenças já estabelecidas sobre esta questão da visita ao dentista durante a gestação. A gestante que disse estar indo ao dentista revelou: “*Me sinto tão bem*

*agora.*”. Ter ido ao dentista para ela parece ter gerado bem-estar, no entanto, foi apenas uma entre essas noventa e seis gestantes.

O principal procedimento visto como problema para 23 das 55(57,29%) gestantes, que disseram existirem problemas da visita ao dentista, foi a anestesia. Uma gestante relatou que, por pressão baixa, já havia desmaiado, por causa da anestesia e por isso “*não quis se arriscar*”. Outra gestante revelou ter vomitado após a aplicação do anestésico, daí ver no procedimento um problema. Além disso, duas gestantes acreditam que existe algum anestésico “*próprio*”, ou seja, um tipo especial de anestésico, para o atendimento de gestantes. Nove gestantes, por sua vez, demonstraram medo em realizar extrações dentárias em virtude de poder haver, segundo elas, uma hemorragia. Nove gestantes também relataram medo em relação a conseqüências negativas para o desenvolvimento do bebê. Outros procedimentos ou fatos vistos como problemas também foram citados: radiografias (4); medicamentos (4); medo (2); restauração que cai (1). Uma gestante reclamou do fato que, segundo ela, “*a maioria dos dentistas também se for pra obturar só fica colocando remédio*”. Deste modo, segundo Cozzupoli (1981), fatores como a resistência do próprio cirurgião-dentista, que se recusa a atender gestantes ou que o faz inadequadamente, somado à pouca freqüência de serviços odontológicos nas entidades que prestam assistência pré-natal fazem, muitas vezes, com que passem em branco as deficiências na saúde bucal dessas mulheres.

Uma gestante justificou que não é possível ir ao dentista durante a gestação uma vez que, segundo ela, “*tem de seguir o que o médico fala*”. Apesar de acreditar que gestante não pode ir ao dentista, quando a mesma é autorizada pelo médico, ela tende a buscar a atenção odontológica. Mais uma vez reforça-se a importância do papel do médico nesse processo, o qual pode interferir tanto positiva quanto negativamente na atitude a ser tomada pela gestante. Uma das respostas também demonstrou claramente outra questão, que é o fato de muitas gestantes, por total desinformação ou mesmo porque não são ouvidas como deveriam pelos serviços de saúde, mesmo sentindo dores acreditam que não lhes é permitido o uso nem mesmo de analgésico, não buscando, assim, o alívio destas através de medicamentos devidamente prescritos, chegando mesmo uma das gestantes a fazer a declaração de que “*pelo menos um remedinho para dor*” deveria haver. Este parece ser um momento oportuno

para lembrar que, durante o pré-natal, as gestantes visitam o médico, e este deveria ser um momento fundamental para o rompimento com preconceitos e crenças que trazem prejuízos à saúde da mulher. Entretanto o que se vê é a desatenção do médico, na maior parte das vezes, em relação à saúde bucal de suas pacientes. Ao se restringir a enxergar a partir da garganta, uma vez que a boca não é de sua alçada, o médico, neste caso, acaba corroborando com as crenças e preconceitos que causam prejuízos, muitas vezes irreversíveis, à saúde bucal das mulheres. Agindo assim, os próprios profissionais da saúde demonstram que, consciente ou inconscientemente, fazem parte de um mundo onde homens e mulheres vivem cercados pelas representações sociais de gênero, as quais permeiam todas as esferas de suas vidas inclusive a da saúde bucal. É uma demonstração clara de como a medicina termina por contribuir com a condição feminina voltada para a maternidade, com todos os prejuízos que isto pode trazer à mulher caso ela não seja devidamente atendida em suas necessidades específicas.

Tais achados coincidem com os de Vieira *et al.* (1999), que, ao pesquisarem as principais dúvidas de gestantes em relação à Odontologia no Serviço de Informação Teratogênica do Rio de Janeiro, encontraram que tais dúvidas se relacionam aos riscos para o bebê em formação caso a gestante se submetesse ao tratamento dentário – anestesia, exodontia (extração), endodontia (canal), tratamento em geral; e ao exame radiográfico. Outros casos relacionaram-se à manifestação de herpes labial ou ao uso da medicação antiviral tópica; ao uso de complementos vitamínicos com flúor e a riscos relacionados à vacina contra a hepatite B.

Assim, os resultados desta e de outras pesquisas (Cozzupoli, 1981; Scavuzzi *et al.*, 1998; Silva, 1998; Vieira, 1999) demonstram a força de tais conceitos, crenças, mitos, medos e falta de informação na população, e até, porque não dizer, entre os próprios profissionais da saúde, em torno da atenção odontológica à gestantes. Mas, conforme Oliveira (1990), o que não se pode esquecer é que “*não se muda facilmente conceitos firmes e enraizados a não ser através dos anos, dando a prova contrária*” (p. 2). É preciso que os serviços de saúde mudem de atitude no que diz respeito à atenção à saúde bucal da mulher gestante, pois sem a atenção, a informação e conscientização devida, as crenças, mitos e medos existentes continuarão firmes e enraizados nessa população.

Sobre a questão de ir ou não ir ao dentista no período da gestação, verificou-se que crenças e mitos relacionados a ela estão, em sua maioria, fortemente associados às representações de gênero presentes em nossa sociedade, e manifestas através das falas das entrevistadas. E mais do que isto, estas crenças, por toda a sua força, acabam gerando prejuízos para a saúde dessas mulheres, prejuízos que não são vistos como tal na medida em que se acredita que “ cada filho custa um dente” mesmo e que problemas dentais durante a gestação são normais. Além disso, a crença de que ir ao dentista não é permitido durante a gestação não é apenas dessas mulheres mas também de profissionais de saúde, que vão perpetuando os prejuízos bucais como parte da condição feminina de ser mãe.

### **3.2.6. “MULHER GRÁVIDA TEM DE COMER POR DOIS”?**

Sabe-se que durante a gestação, a mulher passa por alterações fisiológicas que acabam por lhe causar exagerado aumento da fome. Tais alterações estão relacionadas à perda de nutrientes para o feto e também aos efeitos dos hormônios da gestação (Fonseca, 1987). Além disso existem também alterações psicológicas que podem contribuir para que a gestante coma mais.

No início da gestação as mulheres normalmente têm problemas com náuseas e vômitos, que as levam a realizar pequenas refeições em intervalos de tempo menores do que antes da gestação (Fonseca, 1987; Oliveira, 1990; Kahhale, 1994). No final da gestação, o útero grávido empurra o estômago, diminuindo sua capacidade fisiológica.

Tais episódios biológicos adicionam-se ao mito de que a gestante deve comer por dois. Observações clínicas na área da psicologia têm demonstrado que a dificuldade em manter uma alimentação adequada funciona como um mecanismo de autoproteção, pois o feto é percebido como um parasita, que suga sem cessar todas as reservas da mãe, que para compensar essas perdas passa a comer em excesso

(Maldonado, 1990). Deve-se também considerar que a mulher aprende desde menina que quando grávida, se não se alimentar devidamente pode fazer mal ao feto, e que a integridade deste é de sua inteira responsabilidade. E esta avidez pela alimentação acaba se vinculando também a um dos sentimentos mais universais na gestação: o medo de ter um filho com deformações, com algum tipo de deficiência. Há que se considerar também as representações de gênero embutidas nesse ato de comer por dois: durante a gestação, a prioridade da mulher passa a ser o bebê, e é de sua responsabilidade que este seja bem nutrido, o que gera uma maior atenção, nem sempre bem orientada, por parte das mulheres em relação à própria alimentação. Confunde-se, então, quantidade com qualidade. Assim, vê-se que o mito de comer por dois ganha mais força pois a fome de fato aumenta durante este período.

O conflito em torno desse assunto é hoje tão grande que as mulheres se vêem como que entre a cruz e a espada: ficar grávida, ser mãe é um papel feminino, e a ela cabe o cuidado com o feto, dentro de seu corpo, o que para a maioria significa comer mais. Mas ao mesmo tempo, o estereótipo feminino aceito socialmente é o da mulher magérrima, de corpo perfeito, malhado, livre de gorduras e quaisquer excessos que a gestação possa trazer. O que fazer então, diante de tal conflito? A alimentação inadequada acaba funcionando como uma espécie de gratificação em virtude das privações que se associam à vinda do bebê. Isto fica ainda mais forte quando se trata de mulheres de camadas mais desfavorecidas da população, pois elas não dispõem de meios para se alimentar verdadeiramente bem (e não por dois), e muito menos têm acesso a métodos de cuidados com a estética corporal, nem antes, nem durante, nem depois da gestação.

Conforme pode ser identificado na tabela (tabela 22), a seguir, os dados encontrados revelaram que entre as entrevistadas a frequência diária de alimentação mais citada foi a de três vezes (33,33%). No entanto, se forem somadas as gestantes que relataram comer mais de três vezes ao dia, estas correspondem a exatamente 50% das entrevistadas.

**Tabela 22.** Frequência diária de alimentação das gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| FREQUÊNCIA<br>DIÁRIA DE<br>ALIMENTAÇÃO | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|--|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|  |                       |                           |                            | N         | %          |
| uma vez                                | 2                     | 1                         | —                          | 3         | 3,13       |
| duas vezes                             | 1                     | 4                         | 8                          | 13        | 13,54      |
| três vezes                             | 9                     | 10                        | 13                         | 32        | 33,33      |
| quatro vezes                           | 7                     | 6                         | 12                         | 25        | 26,04      |
| cinco vezes ou mais                    | 6                     | 4                         | 1                          | 11        | 11,46      |
| “toda hora”                            | 1                     | —                         | 11                         | 12        | 12,50      |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Perguntou-se então a elas se tal frequência de alimentação estava aumentada em relação a antes de ficarem grávidas, o que pode ser constatado numericamente através da tabela 23.

**Tabela 23.** Alterações na freqüência diária de alimentação das gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| ALTERAÇÕES NA<br>FREQUÊNCIA DE<br>ALIMENTAÇÃO | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|---|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|   |                       |                           |                            | N         | %          |
| aumentou                                      | 16                    | 11                        | 30                         | 57        | 59,38      |
| diminuiu                                      | 3                     | 4                         | 8                          | 15        | 15,62      |
| não mudou                                     | 7                     | 10                        | 7                          | 24        | 25,00      |
| <b>TOTAL</b>                                  | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Mais de metade das gestantes (59,38%) revelaram que a freqüência de alimentação, de fato, aumentou pelo fato de engravidarem, confirmando a forte associação entre o aumento fisiológico da fome e a crença de comer por dois. Para 15,62% das entrevistadas tal freqüência diminuiu, e para 25% delas, nada mudou em relação à freqüência da alimentação.

As 10 gestantes que foram visitadas em casa para a entrevista relataram que os alimentos mais freqüentes usados por elas são mesmo o arroz e o feijão, citados por todas as dez. Leite, pão, carnes, frutas e verduras também foram citados. Foi colocado ainda que nem sempre é possível comer com qualidade, embora se saiba que tipo de alimentação pode ser mais saudável, pois as condições econômicas não permitem tais escolhas. Revelaram também que praticamente não ocorrem alterações no tipo de alimentação em relação ao estado anterior à gestação, sendo que o que muda basicamente é, segundo os relatos, a quantidade, pois a fome aumenta.

Não há, entretanto como negar o papel da dieta na saúde das pessoas.

De acordo com Katz, pode-se mesmo dizer que a dieta "*é um componente engrenado profundamente na vida de uma pessoa, é um traço cultural que reflete inúmeros fatores: bagagem étnica, estilo de vida, escala de valores, hábitos, crenças e modas*" (1981, p.844).



Além disso, sabe-se que a dieta desempenha papel essencial no desenvolvimento ou não da doença cárie, principalmente no que diz respeito ao consumo freqüente de carboidratos fermentáveis ou açúcares, como são mais conhecidos (Moss, 1996). Os carboidratos como a sacarose, glicose, frutose e lactose servem de substrato para que bactérias cariogênicas presentes na microflora bucal desenvolvam a doença cárie. Isto é importante para o trabalho na medida em que o relato das gestantes revela que têm bastante contato com estes substratos em sua alimentação, o que aumenta ainda mais o risco de desenvolverem tal doença durante esse período.

A tabela a seguir (tabela 24), demonstra os dados relativos ao consumo de açúcar entre as gestantes entrevistadas.

**Tabela 24.** Freqüência de consumo de açúcar segundo o relato das gestantes, Campo Grande-MS, 2000.

| FREQÜÊNCIA DE<br>CONSUMO DE<br>AÇÚCAR | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                                       |                       |                           |                            | N         | %          |
| nunca                                 | —                     | —                         | 4                          | 4         | 4,17       |
| raramente                             | 4                     | 2                         | 2                          | 8         | 8,33       |
| às vezes                              | 4                     | 8                         | 6                          | 18        | 18,75      |
| freqüentemente/sempre                 | 18                    | 15                        | 33                         | 66        | 68,75      |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Assim, no que diz respeito ao consumo de açúcar, os dados encontrados entre as gestantes entrevistadas evidenciaram que a maioria delas (68,75%) consome freqüentemente ou sempre açúcar. Além disso, 4,17% das entrevistadas revelaram nunca fazer uso de açúcar; 8,33% raramente consomem açúcar e 18,75% , às vezes o consomem.

Frases como: "*Adoro doce*"; "*Pareço uma formiga*"; "*Gosto das coisas 'docinhas'*"; "*Tudo tem que ter açúcar*"; ou "*Gosto muito, sou muito doceira*" ditas pelas

pesquisadas, apenas confirmam um traço cultural brasileiro, que é o consumo indiscriminado e elevado do açúcar. Medeiros (1993) afirma em seu trabalho que *"a cultura brasileira valoriza o valor doce dos alimentos"*(p. 19) e, tais hábitos enraizados na alimentação da população desde muito cedo são muito difíceis de se modificar. Aliás, um dado importante a ser lembrado é que o Brasil corresponde ao terceiro país do mundo em produção de açúcar (cerca de 14,7 milhões de toneladas em 1996) e o quarto em consumo (8,5 milhões de toneladas/ano), conforme Pinto (2000).

A principal preocupação em relação à dieta da gestante deve ser em virtude de ela estar propensa à obesidade, devendo sempre lembrar que comer bem não é sinônimo de comer muito, e, muito menos de engordar. Além disso, de acordo com Marques & Duarte (1997) a obesidade nesse período pode fazer crescerem as chances de diabetes ou toxemia gravídica. É legítimo assinalar ainda que o açúcar tem papel fundamental no aumento de peso de gestantes, sendo que Fonseca (1987) afirma que *"o açúcar de cana-de-açúcar é sem dúvida o maior responsável pelo excessivo ganho de peso durante a gestação"* (p. 25).

Vale reforçar que mudança nos hábitos alimentares para melhorar a qualidade de vida é recomendável em qualquer época da vida, e durante a gestação, a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza tais mudanças.

O que se evidencia neste item da alimentação das gestantes é que a cobrança social que recai sobre a mulher pela responsabilidade sobre a saúde do feto reflete diretamente nos seus hábitos alimentares durante a gestação. Mesmo temendo engordar, e por isso, segundo os padrões estéticos atuais ficar feia, não se importa, pois seu papel de mãe que tem como objetivo cuidar bem do filho já desde essa fase deve ser cumprido a qualquer custo.

### 3.2.6. HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL E ALTERAÇÕES NA GESTAÇÃO

Sabe-se que a escovação dentária corresponde à forma mais simples, corriqueira, barata e eficaz recomendada para a higienização bucal e para a eliminação e controle da placa bacteriana dos dentes e gengivas (Silva & Silva, 1997). No entanto não é o único meio de se fazer a higiene da boca. Existem também os enxaguatórios bucais e soluções para bochecho, os aparelhos de irrigação de água, o fio dental (Moss, 1996) e até os limpadores de língua. Todo este arsenal de meios de se manter a higiene bucal não tem razão de existir, se de fato não produzir o efeito esperado.

Embora a escovação seja o método mais barato de higiene bucal, é válido recordar que no Brasil as vendas de escovas dentais *per capita* ainda estão distantes do ideal, que corresponde a uma troca de escova a cada três meses em média, para que dela se consiga o efeito esperado (Ferreira, 1996).

No que diz respeito à frequência ideal de escovação, recomenda-se que esta seja feita sempre após as refeições. No entanto, hoje se fala que o importante mesmo é escovar, pois tal ação remove, ou, ao menos desorganiza, a placa bacteriana, e associada ao flúor presente no creme dental, a escovação funciona como um duplo combate à cárie (Barros, 1994). Entretanto, somente a escovação não é suficiente, pois também se faz necessário socializar conhecimentos que atinjam a comunidade, educando para a saúde bucal, além de outros pontos já abordados.

A tabela 25 traz os dados sobre a frequência de escovação, segundo relato das mulheres entrevistadas.

**Tabela 25.** Frequência diária de escovação, de acordo com o relato das mulheres entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000.

| FREQUÊNCIA DIÁRIA<br>DE ESCOVAÇÃO | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                                   |                       |                           |                            | N         | %          |
| uma vez                           | 3                     | —                         | 3                          | 6         | 6,25       |
| duas vezes                        | 6                     | 9                         | 8                          | 23        | 23,95      |
| três vezes                        | 16                    | 14                        | 30                         | 60        | 62,50      |
| quatro vezes ou mais              | 1                     | 2                         | 4                          | 7         | 7,29       |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Das 96 entrevistadas, 6,25% escovam os dentes uma vez ao dia; 23,96% escovam duas vezes ao dia; 62,50% escovam seus dentes três vezes ao dia e 7,29% escovam seus dentes quatro vezes ou mais durante o dia. Como pode ser observado, a maioria, 90 entrevistadas (93,75%), relataram escovar seus dentes mais de uma vez ao dia. Estes resultados estão próximos dos encontrados por Cozzupoli, que em 1981, ao entrevistar 170 puérperas que se encontravam nas enfermarias do Amapro Maternal, em São Paulo-SP, 81,16% das gestantes relataram escovar os dentes mais de uma vez ao dia.. Os resultados encontrados neste trabalho também se aproximam dos encontrados por Menino & Bijella (1995) e num trabalho por nós realizado anteriormente( Silva, 1998). Menino & Bijella (1995) encontraram que 148 das entrevistadas (98,7%) escovam seus dentes mais de uma vez ao dia. Em nosso trabalho anterior (Silva, 1998), a maioria das gestantes entrevistadas, 132 (94,3%) escovavam seus dentes mais de uma vez ao dia.

Perguntou-se ainda às gestantes em que momentos do dia essas escovações se realizavam e qual dessas escovações era a principal do dia, ou seja, aquela que elas não deixavam de fazer (tabelas 26 e 27). Buscou-se através deste dado além de conferir a concordância com os dados anteriores, também verificar se as gestantes têm o conhecimento do horário considerado como o mais importante para fazê-lo.

A tabela 26 permite a visualização dos momentos diários de escovação relatados pelas gestantes entrevistadas.

**Tabela 26.** Momentos diários de escovação, de acordo com o relato das mulheres entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000.

| MOMENTOS DIÁRIOS<br>DE ESCOVAÇÃO              | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|---|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|   |                       |                           |                            | N         | %          |
| de manhã, almoço, à<br>noite                  | 16                    | 14                        | 28                         | 58        | 60,42      |
| de manhã e à noite                            | 6                     | 8                         | 9                          | 23        | 23,96      |
| somente de manhã                              | 3                     | —                         | 3                          | 6         | 6,25       |
| toda vez que come                             | 1                     | 1                         | 3                          | 5         | 5,21       |
| de manhã, almoço,<br>lanche da tarde, à noite | —                     | 1                         | 1                          | 2         | 2,08       |
| toda hora                                     | —                     | —                         | 1                          | 1         | 1,04       |
| de manhã e almoço                             | —                     | 1                         | —                          | 1         | 1,04       |
| <b>TOTAL</b>                                  | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

A maior frequência para os momentos do dia da escovação (tabela 26) ficou para de manhã, depois do almoço e à noite, citado por 58 gestantes (60,42%). As outras gestantes ficaram distribuídas da seguinte maneira: 23,96% relataram escovar seus dentes de manhã e à noite; 6,25% relataram escovar os dentes somente de manhã; 5,21% relataram fazê-lo sempre após as refeições; 2,08% relataram escovar os dentes de manhã, depois do almoço, depois do lanche da tarde e à noite; 1,04% relatou escovar os dentes de manhã e na hora do almoço e 1,04% relatou fazê-lo toda hora.

A tabela 27, por sua vez demonstra qual é a principal escovação do dia para as 96 gestantes entrevistadas, conforme pode ser visto a seguir.

**Tabela 27.** Principal escovação do dia, de acordo com a opinião das mulheres entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000.

| PRINCIPAL<br>ESCOVAÇÃO DO DIA              | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|--|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|  |                       |                           |                            | N         | %          |
| de manhã                                   | 18                    | 21                        | 33                         | 72        | 75,00      |
| à noite                                    | 8                     | 2                         | 8                          | 18        | 18,75      |
| após o almoço                              | —                     | 2                         | 2                          | 4         | 4,17       |
| antes de ir para a<br>escola (às 18 horas) | —                     | —                         | 1                          | 1         | 1,04       |
| depois do lanche da<br>tarde               | —                     | —                         | 1                          | 1         | 1,04       |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Para 75,00% das entrevistadas a principal escovação do dia é a da manhã. A escovação da noite é considerada como a principal por 18,75% das entrevistadas; 4,17% das entrevistadas consideraram como principal escovação do dia a de após o almoço; 1,04% considerou a escovação mais importante a de antes de ir para a escola (às 18 horas) e 1,04% considerou a de depois do lanche da tarde. Cientificamente está comprovada a necessidade de se escovar os dentes antes de dormir, pois a cárie pode se instalar e progredir enquanto se dorme. Durante o sono, se produz menos saliva, o que permite um crescimento bacteriano e aumenta o risco de surgimento/desenvolvimento da doença.

Para observar se ocorreram alterações na freqüência de escovação em virtude da gestação, solicitou-se às entrevistadas que relatassem se a freqüência de

escovação havia aumentado, diminuído ou se não havia mudado depois de ficarem grávidas, conforme pode ser visto na tabela 28.

**Tabela 28.** Alterações na frequência diária de escovação, de acordo com a opinião das mulheres entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000.

| ALTERAÇÕES NA<br>FREQUÊNCIA DE<br>ESCOVAÇÃO | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|---|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|   |                       |                           |                            | N         | %          |
| aumentou                                    | 2                     | 4                         | 7                          | 13        | 13,54      |
| diminuiu                                    | 1                     | 2                         | 3                          | 6         | 6,25       |
| não mudou                                   | 23                    | 19                        | 35                         | 77        | 80,21      |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Assim, 13,54% das entrevistadas relataram que a sua frequência de escovação aumentou com a gestação; para 6,25% delas esta frequência diminuiu. Para a grande maioria das entrevistadas (80,21%) a frequência de escovações não se alterou em virtude da gestação. Estes dados estão de acordo com os de Nascimento & Lopes (1996), que ao entrevistarem 40 adolescentes grávidas, encontraram que a maioria das entrevistadas (55%) não altera a frequência de escovação durante a gestação, embora se alimentem mais vezes nesse período. De acordo com Duailibi & Duailibi (1985) e Nascimento & Lopes (1996), as pacientes com hábitos inadequados quanto ao controle de placa antes de ficarem gestantes, durante a gravidez acabam sendo mais propensas ao aparecimento de lesões cariogênicas, granuloma gravídico e perdas dentais. Os mesmos autores consideram que no período pós-parto o risco de surgimento de problemas bucais existe em virtude do aumento da atividade

cariogênica, que se deve à falta de cuidados com a higiene, principalmente por causa do nascimento do bebê, que ocupa todo o tempo da mulher. Embora esta seja uma visão estritamente odontológica do assunto, há que se considerar que, de fato, existem alterações na frequência da alimentação, e estas não se refletem no aumento do número de escovações, situação esta que pode mesmo gerar problemas para a saúde bucal da mulher; o que não deixa de estar associado, entretanto, com o deixar de cuidar de si mesma em função do filho, condição feminina de gênero que gera também problemas bucais para a mulher.

Buscou-se conhecer, então, se as entrevistadas mantêm hábitos de higienização, além da escovação dental (escovas e creme dental), e quais são estes hábitos. A tabela 30 revela os dados encontrados a este respeito.

**Tabela 29.** Uso de recursos de higienização bucal, além da escova e creme dental, relatados pelas gestantes, Campo Grande-MS, 2000.

| USO DE RECURSOS<br>ALÉM DE ESCOVA E<br>CREME DENTAL | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|---|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|   |                       |                           |                            | N         | %          |
| sim   | 12                    | 11                        | 27                         | 50        | 52,08      |
| não   | 14                    | 14                        | 18                         | 46        | 47,92      |
| <b>TOTAL</b>  | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

Do total de 96 gestantes, 46 (47,92%) não usam recursos de higienização bucal além do creme dental e da escova. Já 50 gestantes (52,08%) relataram fazer uso de outros recursos. Dentre os sete recursos citados, o de maior frequência foi o fio dental (citado por 38 gestantes), seguido dos bochechos (citados por 10 gestantes). O quadro 3 demonstra todos os recursos citados pelas gestantes.



| <b>QUADRO 3. RECURSOS DE HIGIENIZAÇÃO BUCAL, ALÉM DA ESCOVA E CREME DENTAL, UTILIZADOS PELAS GESTANTES, CAMPO GRANDE-MS, 2000.</b> |                        |                            |                             |              |
|--|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| <b>RECURSOS UTILIZADOS</b>   | <b>C.S. NOVA BAHIA</b> | <b>U.B.S. 26 DE AGOSTO</b> | <b>MAT. CÂNDIDO MARIANO</b> | <b>TOTAL</b> |
| fio dental   | 9                      | 7                          | 22                          | 38           |
| bicarbonato  | 1                      | —                          | —                           | 1            |
| bochecho   | 2                      | 4                          | 4                           | 10           |
| agente clareador   | 1                      | —                          | 1                           | 2            |
| palito   | —                      | 1                          | 1                           | 2            |
| pó para limpeza de dentes e aparelho   | —                      | —                          | 1                           | 1            |
| creme para alívio de dor, clarear os dentes e evitar cáries (?)  | —                      | —                          | 1                           | 1            |

Um problema muito comum relatado por gestantes é o enjôo do creme dental ou mesmo problemas com náuseas e vômitos durante a escovação (Nascimento & Lopes, 1996). Por este motivo, solicitou-se às gestantes que dissessem se haviam tido problemas com enjôos ou vômitos durante a gestação. Conforme pode ser visualizado na tabela 30, 66,67% das entrevistadas relataram ter tido ou estar tendo enjôos ou vômitos durante a gestação, enquanto que 33,33% delas não os tiveram.

Das que tiveram enjôo, houve 14 gestantes que relataram tê-lo tido em relação ao creme dental.

A tabela 30 apresenta, a seguir, o relato das gestantes no que diz respeito a problemas com enjôos e vômitos durante a gestação.

**Tabela 30.** Problemas com enjôo ou vômitos durante a gestação,  
Campo Grande- MS, 2000.

| PROBLEMAS COM<br>ENJÔO OU VÔMITO | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|                                  |                       |                           |                            | N         | %          |
| sim                              | 20                    | 17                        | 27                         | 64        | 66,67      |
| não                              | 6                     | 8                         | 18                         | 32        | 33,33      |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>26</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>96</b> | <b>100</b> |

A tabela 31, por sua vez, traz as respostas das entrevistadas sobre a crença no roubo de cálcio dos dentes da mãe pelo bebê, durante a gestação. Delas, 36,84% acreditam que este processo de fato acontece. As mulheres que não acreditam neste fenômeno correspondem a 34,74%. O restante das entrevistadas (28,42%) não sabiam se tal fenômeno acontece ou não.

**Tabela 31.** Crença no roubo de cálcio pelo bebê, respostas das entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| CRENÇA NO ROUBO DE<br>CÁLCIO PELO BEBÊ | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26 DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL                 |            |
|--|-----------------------|------------------------|----------------------------|-----------------------|------------|
|  |                       |                        |                            | N                     | %          |
| sim                                    | 5                     | 10                     | 20                         | 35                    | 36,84      |
| não                                    | 10                    | 9                      | 14                         | 33                    | 34,74      |
| não sei                                | 10                    | 6                      | 11                         | 27                    | 28,42      |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>25</b>             | <b>25</b>              | <b>45</b>                  | <b>95<sup>1</sup></b> | <b>100</b> |

A crença de que o enfraquecimento dos dentes acontece porque o feto retira cálcio do organismo da mãe, inclusive dos seus dentes, é bastante difundida entre as gestantes. Embora infundada cientificamente, tal crença é importante na medida em que leva as mulheres a acreditarem na impossibilidade de agir frente a problemas dentais, uma vez que estes surgem durante a gravidez em virtude desse “seqüestro” de cálcio feito pela própria natureza. Vale aqui ressaltar que, conforme consta no item “Ir ou não ir ao dentista durante a gestação - mitos e crenças”, as gestantes afirmaram que tal crença foi confirmada por dentistas que disseram que as dores e fraturas dentais sofridas por elas se deram por causa da perda de cálcio que ocorre durante a gestação.

Deste modo, com relação aos hábitos de higiene bucal e alterações durante a gestação, das 96 entrevistadas, 6,25% revelaram que escovam os dentes uma vez ao dia; 23,96% escovam duas vezes ao dia; 62,50% escovam seus dentes três vezes ao dia e 7,29% escovam seus dentes quatro vezes ou mais durante o dia. Como pode ser observado, a maioria, 90 entrevistadas (93,75%), relataram escovar seus dentes mais de uma vez ao dia. A maior frequência para os momentos do dia da escovação ficou para de manhã, depois do almoço e à noite, citado por 58 gestantes (60,42%). Para 75,00% das entrevistadas a principal escovação do dia é a da manhã. A

<sup>1</sup>São consideradas 95 respostas, pois uma das gestantes deixou de responder uma parte do questionário pois começou a passar mal.

escovação da noite é considerada como a principal por 18,75% das entrevistadas; 13,54% das entrevistadas relataram que a sua freqüência de escovação aumentou com a gestação; para 6,25% delas esta freqüência diminuiu. Este dado revela desinformação pela maior parte das entrevistadas uma vez que está cientificamente comprovado que a escovação dos dentes antes de dormir deve ser a principal do dia, a mais cuidadosa, pois a cárie pode se instalar e progredir enquanto se dorme pois durante o sono se produz menos saliva, o que permite um crescimento bacteriano e aumenta o risco de surgimento/ desenvolvimento da doença. O fato de conhecer tal informação poderia gerar hábitos benéficos à saúde bucal dessas mulheres. Para a grande maioria das entrevistadas (80,21%), no que diz respeito à freqüência de escovações, não houve alterações em virtude da gestação. Do total de 96 gestantes, 46 (47,92%) não usam recursos de higienização bucal além do creme dental e da escova. Já 50 gestantes (52,08%) relataram fazer uso de outros recursos. Dos quais o de maior freqüência foi o fio dental (citado por 38 gestantes), seguido dos bochechos (citados por 10 gestantes). Enjôos ou vômitos durante a gestação foram relatados por 66,67% das entrevistadas, enquanto que 33,33% delas não os tiveram. Das que tiveram enjoô, houve 14 gestantes que relataram tê-lo tido associado ao uso de creme dental. Pesquisou-se também a crença no roubo de cálcio dos dentes da mãe pelo bebê, durante a gestação. Das entrevistadas, 36,84% acreditam que este processo de fato acontece. As mulheres que não acreditam nesse fenômeno correspondem a 34,74%. O restante das entrevistadas (28,42%) não sabiam se tal fenômeno acontece ou não.

Tais dados são importantes na medida em que revelam que, de fato, não ocorrem alterações em tais hábitos durante a gestação, existindo ainda o agravante de que para muitas gestantes problemas com enjoô do creme dental prejudicam a escovação. Embora ocorram alterações na freqüência de alimentação, estas não se refletem na escovação. Isso é preocupante posto que a gestação gera alterações bucais, que podem se agravar caso não sejam devidamente consideradas. A soma de tais alterações às crenças de que elas são comuns à gestação e não merecem atenção especial podem causar, assim, sérios prejuízos à saúde bucal da mulher.

### 3.2.8. CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE BUCAL DE BEBÊS

No que concerne aos conhecimentos sobre saúde bucal de bebês que fazem parte do universo das mulheres entrevistadas, eles são importantes pois podem demonstrar a distância ou não entre os conhecimentos científicos construídos cientificamente e os construídos pela população. Como se trata de cuidados com a saúde, acabam sendo, então cuidados que ficam sob a responsabilidade da mulher, por serem considerados socialmente como tarefas femininas. Mas afinal o que sabem essas mulheres sobre higiene bucal de bebês? É uma posição extremamente cômoda a da odontologia de afirmar que a mãe é fonte de infecção para seu filho, e que não cuida direito da saúde bucal dele. Entretanto, os conhecimentos que a odontologia produz a este respeito não passam nem perto dessas mulheres, a não ser que tenham a curiosidade de buscá-los.

A tabela 32 expressa os números e percentuais correspondentes aos conhecimentos sobre cuidados com a boca do bebê, relatados pelas entrevistadas.

**Tabela 32.** Conhecimentos sobre os cuidados com a boca do bebê, relatados pelas entrevistadas, Campo Grande - MS, 2000.

| CONHECIMENTOS<br>SOBRE CUIDADOS<br>COM A BOCA DO<br>BEBÊ | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL     |            |
|--|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|------------|
|  |                       |                           |                            | N         | %          |
| sim  | 10                    | 12                        | 27                         | 49        | 51,57      |
| não  | 15                    | 13                        | 18                         | 46        | 48,42      |
| <b>TOTAL</b>   | <b>25</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>95</b> | <b>100</b> |

Das 96 entrevistadas, 51,57% disseram saber como cuidar da boca do bebê, enquanto 48,42% revelaram não saber como fazê-lo. Às gestantes que disseram saber como cuidar da boca do bebê, solicitamos que dissessem como o farão. Algumas gestantes esboçaram o conhecimento das técnicas indicadas, como o uso de gaze,

algodão, cotonete ou até fralda umedecida em água, ou em água diluída em água oxigenada para limpar a boca do bebê, após as mamadas, mesmo antes de nascerem os dentes. Outras disseram que o momento correto para se iniciarem os cuidados é após o nascimento dos dentes, quando se deve escová-los, e levar o bebê ao dentista. Duas gestantes revelaram ter adquirido tais conhecimentos através de palestra e da participação no projeto Mãe Morena, um projeto municipal para a saúde das gestantes. Apenas uma disse ter recebido instruções de um pediatra. Outra ainda disse ter lido em revistas que tratam do assunto, ou seja, de bebês. Um outro achado importante foi o fato de uma das entrevistadas ter dito exatamente como se faz a limpeza, mas ao final ter revelado que na prática nunca o fez com os outros filhos. Este é um dado importante pois traz à tona que nem sempre o acesso a informação garante a prática, a mudança de atitude .

Perguntamos também a essas gestantes se a dentição da criança merece, segundo o que pensam, a mesma atenção que a dentição permanente. A tabela 33 demonstra os dados obtidos.

**Tabela 33.** Atenção merecida pela dentição decídua, segundo a opinião das entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.

| DENTES DECÍDUOS<br>MERECEM A MESMA<br>ATENÇÃO QUE OS<br>PERMANENTES? | C.S.<br>NOVA<br>BAHIA | U.B.S. 26<br>DE<br>AGOSTO | MAT.<br>CÂNDIDO<br>MARIANO | TOTAL                 |            |
|--|-----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|------------|
|  |                       |                           |                            | N                     | %          |
| sim  | 23                    | 24                        | 40                         | 87                    | 91,58      |
| não  | 2                     | 1                         | 4                          | 7                     | 7,37       |
| não sei  | —                     | —                         | 1                          | 1                     | 1,05       |
| <b>TOTAL</b>   | <b>25</b>             | <b>25</b>                 | <b>45</b>                  | <b>95<sup>2</sup></b> | <b>100</b> |

Um percentual de 91,58% respondeu achar que os dentes de leite merecem a mesma atenção dada aos permanentes; 7,37% das entrevistadas entende que os

<sup>2</sup> *Idem nota anterior.*

dentes de leite não merecem a mesma atenção que os permanentes, e 1,05% não souberam responder. Talvez esta questão tenha sido um pouco ambígua, na medida em que se pode questionar: mas, afinal, que importância é dada à dentição permanente, que possa ser comparada? Na verdade o que se buscou saber é se para estas mães os dentes de leite merecem cuidados também. Entre as que disseram não, algumas complementaram pensar assim em virtude desses dentes caírem, e outros nascerem. Duas mães que viram importância no cuidado com a dentição de leite lembraram ainda que isto é fundamental, pois criança além de sentir dor, é mais sensível, e como dor de dente é horrível para adulto também o deve ser para as crianças. As mulheres também afirmaram que o cuidado com os dentes de leite se reflete na dentição permanente.

A tabela 34, por sua vez, traz a opinião das gestantes sobre a transmissibilidade da cárie.

**Tabela 34.** Opinião das gestantes a respeito da possibilidade de transmissão da cárie através de talheres, copos, escovas dentais e beijos na boca, Campo Grande-MS, 2000.

| POSSIBILIDADE DE TRANSMISSÃO DA CÁRIE | C.S. NOVA BAHIA | U.B.S. 26 DE AGOSTO | MAT. CÂNDIDO MARIANO | TOTAL     |            |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------|----------------------|-----------|------------|
|                                       |                 |                     |                      | N         | %          |
| sim                                   | 6               | 8                   | 40                   | 54        | 56,84      |
| não                                   | 15              | 16                  | 4                    | 35        | 36,84      |
| não sei                               | 4               | 1                   | 1                    | 6         | 6,32       |
| <b>TOTAL</b>                          | <b>25</b>       | <b>25</b>           | <b>45</b>            | <b>95</b> | <b>100</b> |

Das entrevistadas, 56,84% acreditam que a cárie possa ser transmitida através de talheres, copos, escovas dentais e beijos na boca. As que disseram não acreditar correspondem a 36,84%. Um percentual de 6,32% não souberam responder.

Estes dados revelam que, embora a odontologia insista em negar, existe sim um conhecimento epidemiológico popular em saúde bucal, que nem está tão distante assim do que é apregoado por ela. Na verdade, o saber construído entre as pessoas diz respeito ao que experimentam e ao que a odontologia tem podido lhes oferecer, ou seja, dor de dente, e como solução para isto, a extração. Essas mulheres revelaram em seu discurso que, embora não encontrem nos serviços de saúde aporte suficiente para educá-las para a saúde bucal, buscam tais conhecimentos. Mas esta é uma luta desleal em que a Odontologia prefere continuar culpando a mulher pela cárie em crianças, ao invés de rever seus caminhos e descaminhos na busca da promoção do bem-estar bucal da população. As mulheres reconhecem sim a importância da dentição decídua, e até esboçam conhecimentos em relação à transmissibilidade. Portanto, se algo há a ser feito, a Odontologia é quem precisa agir, buscando compreender a dimensão social de seu objeto.

### **3.2.9. O EXAME INTRA-BUCAL**

O exame intra-bucal das dez gestantes que realizaram também a entrevista semi-estruturada teve entre suas finalidades o estabelecimento de ligações entre o seu discurso e a sua história de saúde/doença bucal, confirmando ou não a consciência individual dessas mulheres sobre a própria saúde bucal, ou seja, verificando a proximidade de sua percepção sobre seu estado de saúde bucal com alguns de seus indicadores. Embora não seja o objetivo do exame generalizar os achados, sabemos que também podem, ao menos, apontar para onde se deve prestar melhor atenção na saúde bucal de mulheres, especialmente das gestantes; quais são os problemas bucais que enfrentam e que conseguem identificar.

Foi confeccionada uma ficha para o exame (anexo 2), a fim de se permitir o posterior uso de vários indicadores de saúde bucal, sendo que a unidade de exame escolhida foi a superfície (dental). Optou-se, assim, por calcular tanto o CPO-D quanto o CPO-S. O CPO-S é, por sua vez, mais refinado e sensível que o CPO-D por ter como unidade de medida a superfície. No entanto, o CPO-D é um índice universal e



que, portanto, permite comparações com trabalhos anteriores. Conforme já explicitado anteriormente, o CPO é um indicador que considera o ataque de cárie sofrido pelos dentes, que são classificados como cariados (C); perdidos (P), que podem ser extraídos (E), ou com extração indicada (Ei); e restaurados ou obturados (O).

Outro índice a ser utilizado é o Índice de Dentes Funcionais (IDF), proposto originalmente por Sheiham *et al.* (1987) *apud* Pinto (2000), que considera o conjunto de dentes hígidos e restaurados como dentes sadios, funcionais. Assim, o índice é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{IDF} = \frac{\text{O} + \text{H}}{\text{N}}$$

onde:

O= dentes restaurados;

H= dentes hígidos

N= número de pessoas examinadas.

Já o Índice de Saúde Dentária (ISD/IDH) que desenvolvido por Carpay *et al.* em 1988 (*apud* Pinto, 2000), busca demonstrar discrepância entre o número total de superfícies sadias e o número total daquelas afetadas pela cárie (não sadias), ou seja, restauradas, cariadas e/ou perdidas. O índice varia de -1 a +1, sendo que o extremo positivo (+1) significa uma dentição inteiramente sadia; o valor 0 representa metade da dentição sadia e metade afetada pela cárie. Podem ser usados tanto dentes quanto superfícies como base. A fórmula é dada por:

$$\text{ISD} = \frac{\sum \text{superfícies/dentes sadios} - \sum \text{superfícies/dentes não sadias}}{\sum \text{superfícies dentes examinados}}$$

Assim, através desses quatro índices faz-se a análise dos dados coletados através do exame intra-bucal dessas 10 gestantes.

As duas tabelas a seguir demonstram os valores encontrados para o CPO-D e o CPO-S das 10 examinadas, estando discriminados os dados para cada um dos componentes do CPO ( C= cariado; P= perdido: extraído (E) ou extração indicada (Ei); O= restaurado). Também consta na tabela o CPO total para cada unidade de medida ( Dente ou Superfície) dessas gestantes.

O CPO-D total é de 127 dentes envolvidos por cárie. O CPO-D médio para as dez gestantes examinadas é, então, de 12,7 dentes envolvidos. Assim, do total de 302 dentes examinados, 42,05% (127) tinham história de cárie e 57,95% (175) encontravam-se livres de cárie (hígidos) no momento do exame. Dentre os dentes com história de cárie, 25,98% (33) encontram-se cariados; 8,66% (11) já foram extraídos; 6,30% (8) estão com extração indicada e 59,06% (75) já estão restaurados. Assim, os dentes que ainda necessitam de tratamento correspondem a um percentual de 27,48% dos dentes examinados. A maior parte dos dentes envolvidos pela cárie já receberam tratamento, o que deveria facilitar a realização deste nos que ainda estão cariados. O CPO-D individual mais elevado foi de 25 e o mais baixo de 0 (nenhuma cárie). Uma visão geral do CPO-D permite inferir que estas mulheres têm em suas vidas uma rotina de visitas ao dentista, uma vez que mais da metade dos dentes envolvidos pela doença cárie encontram-se restaurados (59,06%). Mas mesmo assim existe necessidade de tratamento uma vez que existem dentes cariados (25,98%) e a serem extraídos (6,30%). Portanto, deve-se considerar que mesmo freqüentando o dentista, a experiência de cárie destas mulheres pode ser considerada alta, pois 42,05% dos dentes examinados têm ou já tiveram experiência de cárie, o que demonstra também que simplesmente visitar o dentista e receber tratamento restaurador não garante imunidade à doença. A tabela 35, a seguir, demonstra os valores obtidos para o CPO-D das examinadas.

**Tabela 35 . CPO- D das 10 gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.**

| DENTES<br>EXAMES | C         | P         |          | O         | HÍGIDOS<br>(LIVRES DE<br>CÁRIE) | DENTES<br>EXAMINADOS | CPO-D      |
|------------------|-----------|-----------|----------|-----------|---------------------------------|----------------------|------------|
|                  |           | E         | Ei       |           |                                 |                      |            |
| EXAME 1          | 1         | 0         | 0        | 15        | 12                              | 28                   | 16         |
| EXAME 2          | 4         | 1         | 1        | 7         | 18                              | 31                   | 13         |
| EXAME 3          | 0         | 4         | 0        | 16        | 12                              | 32                   | 20         |
| EXAME 4          | 0         | 0         | 0        | 25        | 2                               | 27                   | 25         |
| EXAME 5          | 5         | 0         | 2        | 0         | 25                              | 32                   | 7          |
| EXAME 6          | 12        | 4         | 3        | 0         | 13                              | 32                   | 19         |
| EXAME 7          | 0         | 2         | 0        | 12        | 15                              | 29                   | 14         |
| EXAME 8          | 4         | 0         | 1        | 0         | 26                              | 31                   | 5          |
| EXAME 9          | 7         | 0         | 1        | 0         | 24                              | 32                   | 8          |
| EXAME 10         | 0         | 0         | 0        | 0         | 28                              | 28                   | 0          |
| <b>TOTAL</b>     | <b>33</b> | <b>11</b> | <b>8</b> | <b>75</b> | <b>175</b>                      | <b>302</b>           | <b>127</b> |

Apesar de não ter sido objetivo do exame generalizar o CPO encontrado nestas 10 gestantes, é possível estabelecer comparações com o trabalho de Scavuzzi *et al.* (1999), onde numa amostra de 204 gestantes o CPO-D médio encontrado foi de 9,71 dentes envolvidos. O CPO-D médio encontrado nesta pesquisa foi mais alto - 12,7. Em Scavuzzi *et al.* (1999), 50,3% dos dentes do CPO constituíram unidades dentárias cariadas e com extração indicada, o que nesta pesquisa corresponde a 27,48%. Embora se tenha encontrado menores percentuais de necessidade de tratamento, ainda se evidencia a necessidade de atenção odontológica para essas mulheres.

O CPO-S total, por sua vez, foi de 273 superfícies envolvidas pela cárie. O CPO-S médio foi, assim, de 27,3 superfícies envolvidas pela cárie. Do total de 1390 superfícies examinadas, 273 (19,64%) encontram-se envolvidas por cárie. Destas 273 superfícies, 49(17,95%) estão cariadas, 55 (20,15%) já foram extraídas, 37(13,55%) são extrações indicadas, e 109 (39,93%) correspondem às superfícies restauradas.

A tabela 36, apresentada na página seguinte, demonstra os valores encontrados para as 10 gestantes tendo sido usado como indicador o CPO-S.

**Tabela 36 . CPO- S das 10 gestantes entrevistadas, Campo Grande-MS, 2000.**

| EXAMES \ SUPERF. | C         | P         |           | O          | H           | SUPERFÍCIES | CPO-S      |
|------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|-------------|------------|
|                  |           | E         | Ei        |            |             | EXAMINADAS  |            |
| EXAME 1          | 1         | 0         | 0         | 29         | 98          | 128         | 30         |
| EXAME 2          | 10        | 5         | 4         | 10         | 114         | 143         | 29         |
| EXAME 3          | 0         | 20        | 0         | 19         | 109         | 148         | 39         |
| EXAME 4          | 0         | 0         | 0         | 51         | 72          | 123         | 51         |
| EXAME 5          | 6         | 0         | 10        | 0          | 132         | 148         | 16         |
| EXAME 6          | 17        | 20        | 13        | 0          | 98          | 148         | 50         |
| EXAME 7          | 0         | 10        | 0         | 23         | 100         | 133         | 33         |
| EXAME 8          | 4         | 0         | 5         | 0          | 134         | 143         | 9          |
| EXAME 9          | 11        | 0         | 5         | 0          | 132         | 148         | 16         |
| EXAME 10         | 0         | 0         | 0         | 0          | 128         | 128         | 0          |
| <b>TOTAL</b>     | <b>49</b> | <b>55</b> | <b>37</b> | <b>132</b> | <b>1117</b> | <b>1390</b> | <b>273</b> |

Conforme pode ser visto na tabela 37, o ISD variou de 0,171 a 1, o que significa dizer que todas as dez gestantes examinadas possuem mais de 50% da sua dentição sadia. Na mesma tabela, encontram-se os valores para o índice IDF que foi igual a 25 para estas dez gestantes. Isto significa que a média de dentes funcionais, ou seja, restaurados e/ou hígidos nestas gestantes é de 25. Um valor importante na medida em que reforça que uma atenção mais direcionada a estas mulheres, pode estar melhorando sua saúde bucal, aumentando o número de dentes funcionais, através de tratamento restaurador.

**Tabela 37 . Índices ISD e IDF para as 10 gestantes examinadas, Campo Grande-MS, 2000.**

| ÍNDICES       | ISD          | IDF       |
|---------------|--------------|-----------|
| <b>EXAMES</b> |              |           |
| EXAME 1       | 0,531        | 27        |
| EXAME 2       | 0,594        | 25        |
| EXAME 3       | 0,473        | 28        |
| EXAME 4       | 0,171        | 26        |
| EXAME 5       | 0,757        | 25        |
| EXAME 6       | 0,324        | 13        |
| EXAME 7       | 0,504        | 27        |
| EXAME 8       | 0,896        | 26        |
| EXAME 9       | 0,784        | 24        |
| EXAME 10      | 1            | 28        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>0,607</b> | <b>25</b> |

A forma de análise dos dados feita nesta pesquisa permite que não se fique apenas com estes valores mais gerais obtidos através do exame. Por se tratar de uma análise qualitativa, faz-se necessário analisar os valores obtidos individualmente e cruzá-los com discurso das gestantes examinadas, a fim de enriquecer a análise, o que

passará a ser feito a partir daqui. Os exames serão analisados, então, à luz do discurso de cada mulher examinada, tornando possível a proximidade entre a percepção sobre seu estado de saúde bucal com alguns dos indicadores mais usados para a saúde bucal. As gestantes serão consideradas como sendo de 1 a 10, a cada uma correspondendo a numeração respectiva do exame nas tabelas (35, 36, 37).

A gestante 1 apresentou CPO-D igual a 16, sendo 1 dente cariado e 15 restaurados. Com relação ao CPO-S, são 30 superfícies envolvidas, sendo 1 cariada, 29 superfícies restauradas e 98 híginas, livres de cárie. No momento do exame constatou-se que a higiene bucal da entrevistada pode ser considerada boa; mas embora o estado geral dos dentes fosse bom, a gengiva se apresentava alterada, hiperêmica e edemaciada. Esta gestante tem 22 anos, o 2º grau completo e trabalha como empregada doméstica. Está na sua segunda gestação, sexto mês; sendo que o primeiro bebê nasceu morto. Revelou que durante a primeira gravidez notou muita diferença nos dentes pois ficaram cariados, e a entrevistada relacionou tal fato a alterações na frequência e tipo de alimentação:

*“– E eu não sei se é porque eu comia muito doce, na outra gravidez eu comia doce demais e não escovava os dentes assim que eu comia. Então ia acumulando de certo aquelas sujeiras nos dentes e eu fui deixando. E inclusive depois que ganhei neném que tive que fazer um tratamento...”*

A gestante 1 também relatou ter feito um longo tratamento após ter tido o primeiro bebê. Também revelou que o maior problema bucal nesta gestação é mesmo com as gengivas ao dizer as seguintes palavras:

*“– E agora nessa outra gravidez minha o que me prejudica muito, eu acho que tem também muitos dentes cariados que às vezes eu sinto. Mas, mais é a gengiva que tão todas inchadas em relação quando eu escovo. (...) Sangra que é uma beleza... Parece uma coisa, passei uma faca assim e cortei!”*

Revelou ainda que tais problemas gengivais ela não os tinha, com tal intensidade, antes da gestação. Quanto ao indicador ISD, foi de 0,531, o que indica que mais da metade da dentição da gestante 1 encontra-se sadia. O seu IDF foi de 27, o que significa que 27 dentes da gestante podem ser considerados sadios, neste estando incluídos tanto os dentes livres de cárie quanto os restaurados.

A gestante 2 tem CPO-D igual a 13, sendo 4 dentes cariados, 1 extraído, 1 com extração indicada, 7 restaurados. O CPO-S apresenta 29 superfícies envolvidas, sendo 10 cariadas, 5 extraídas, 4 com extração indicada e 10 restauradas. Embora os dois indicadores tenham valores menores que a gestante 1 a situação de saúde bucal da gestante 2 encontra-se pior se comparada; pois existem mais necessidades de tratamento: dentes cariados e extrações a serem feitas. A gestante apresentava, no momento do exame, fístula em um dente anterior superior, o que é um indicativo de necessidade de tratamento endodôntico, ou seja, do canal. A gengiva também apresentava-se alterada. A gestante 2 tem 20 anos. Estudou até a 8ª série e trabalha com a mãe, numa lanchonete que lhes pertence. É sua primeira gestação, está com 7 meses. Revelou estar sentindo dores de dente, por isto foi ao dentista depois de ter ficado grávida:

*“– Precisou mesmo, tive dor, inchou o rosto, parecia que o dente enfraquecia.(...) A gente não repara, só quando incomoda.”*

Quanto aos problemas bucais apresentados pela gestante 2, esta os relacionou também com alterações na alimentação:

*“– Depois que fiquei grávida, aumentou as cáries; como muita ‘bobageira’ (refrigerante, doce, sorvete), e não tenho tempo de ficar escovando.”*

A gestante 2 apresentou um valor de 25 para o IDF, o que significa dizer que 25 de seus 31 dentes encontram-se funcionais, restaurados ou hígidos.

A gestante 3, por sua vez, apresentou CPO-D igual a 20, sendo 4 dentes perdidos e 16 restaurados, num total de 32 dentes examinados. Seu CPO-S corresponde a 39 superfícies envolvidas, onde 20 são extraídas e 19 restauradas, havendo 109 superfícies hígidas. Os dados desta gestante também demonstram que ela costuma freqüentar o dentista, uma vez que todos os dentes envolvidos por cárie já tiveram sua necessidade de tratamento atendidas. Apresentou uma higiene muito boa, entretanto sua gengiva estava com alterações notáveis, com hipertrofia visível, e conforme seu relato, problemas gengivais são normais durante a gestação, uma vez que os enfrentou também nas outras duas gestações anteriores:

*“– (...) o único problema que eu tenho durante a gestação na minha boca é o problema da gengiva que incha e vira um trem. Aí tem dia que eu não agüento nem*



*escovar, mas mesmo assim eu cato a escova e . . . aí sangra, sai pus, aí eu começo a experimentar passar água oxigenada, mas se espremer sai o pus por entre a gengiva os dentes e vai indo. E vai embora, eu não dou moleza não!”*

A gestante 3 tem 32 anos, estudou até o 2º ano do 2º grau, e é do lar. Trata-se de sua terceira gestação e está no quarto mês. O seu IDF é de 28 dentes sadios, de um total de 32 dentes examinados, sendo que esses outros quatro excluídos do cálculo do IDF foram extraídos (terceiros molares/ dentes do ciso), não havendo, portanto, necessidades restauradoras para esta gestante.

O CPO-D da gestante 4 foi de 25, sendo que todos estes dentes encontravam-se restaurados (25). O CPO-S, por sua vez, correspondeu a 51 superfícies envolvidas pela cárie, todas restauradas, havendo 72 superfícies híginas. A gestante 4 apresentava no momento do exame um dente quebrado durante a mastigação (é excluído do exame CPO-D, por que sua deficiência não pode ser considerada como causada pela cárie); além disso, também apresentava uma coroa (prótese unitária), o que demonstra que já lançou mão de serviços particulares especializados para suprir suas necessidades de tratamento; além disso, os 4 terceiros molares também haviam sido extraídos, mas foram excluídos do exame pois, conforme o relato da entrevistada, as extrações aconteceram em função da falta de espaço e não por cárie. A gestante 4 tem 27 anos, 3º grau completo e é do lar. É sua primeira gestação e está no primeiro mês. A única alteração percebida pela gestante 4 foi o mau-hálito, e a mesma encontra-se em tratamento odontológico, embora tenha revelado um certo medo

*“– (...) por causa da minha mãe. (...)Minha mãe grávida do meu irmão, mais ou menos quarto ou quinto mês, o dentista falou que não podia.”*

O IDF da gestante 4 ficou em 26 dentes funcionais, sendo que foram examinados 27 dentes, pois um encontrava-se fraturado, necessitando de tratamento restaurador.

A gestante 5 apresentou CPO-D igual a 7 dentes envolvidos por cárie, sendo que 5 estavam cariados e 2 com extração indicada, sendo que há 25 dentes híginos. Seu CPO-S corresponde a 16, sendo 6 superfícies cariadas e 10 com extração indicada. Embora a gestante 5 tenha os valores mais baixos para o CPO, todas as suas necessidades de tratamento para a doença cárie ainda precisam ser atendidas: há

dentes a serem restaurados e extraídos. Se já visitou o dentista alguma vez, foi apenas para a realização de extrações. Revelou que só vai ao dentista quando sente dor; e que agora está sentindo mas ainda não foi, pois sabe que tem de realizar a extração mas grávida não pode

*“– (...) porque o sangue fica parado e esgota, dá hemorragia...”*

Segundo seu relato, a gestante 5 tem tido como problema bucal durante a gestação dores de dente, que segundo seu discurso parecem ser aceitáveis nesse período:

*“– Dor de dente; os cacos que não doíam antes, agora dói direto. Só dor mesmo.”*

A gestante 5 tem 19 anos de idade; estudou até a 3ª série do 1º grau e é do lar. Esta é a sua terceira gravidez e está no quarto mês. Seu IDF é igual a 25 dentes funcionais, não muito diferente das gestantes anteriores. Vale frisar que a diferença é que a gestante 5 apresenta várias necessidades de tratamento tanto restaurador quanto de extrações. Além disso, no momento do exame foi constatada a presença de tártaro, alterações gengivais, além de uma higiene deficiente, pois havia muita placa bacteriana, o que pode estar relacionado à dificuldade de escovação por causa das dores.

O CPO-D da gestante 6 foi de 19 dentes envolvidos pela doença cárie, sendo 12 cariados, 4 extraídos, 3 com extração indicada, não havendo nenhum restaurado, o que revela que as visitas ao dentista só renderam extrações para a gestante 6. Seu CPO-S apresentou um total de 50 superfícies envolvidas, sendo 17 cariadas, 20 extraídas, 13 com extração indicada. Assim, a gestante 6 apresentava necessidade de tratamento de cárie em 15 dentes, 12 a serem restaurados e 3 a serem extraídos. Durante o exame verificou-se que a entrevistada apresentava bastante placa bacteriana, o que provavelmente está relacionado ao fato de sentir dores ao escovar o que dificulta tal ato, além disso, tinha também necessidades endodônticas. A gestante 6 tem 20 anos, estudou até a 5ª série e é do lar. Esta é sua segunda gestação, e é o sexto mês. Também demonstrou conhecer muito bem os prejuízos causados pelos problemas bucais, que em função de sua condição de mãe tendem a continuar se agravando:

*“– ‘Tá’ estragado que não dá nem pra falar, tem canal; primeiro tem que ganhar o nenê. Mas depois que nascer é que eu não vou fazer mesmo, vão ser dois pequenos; é dose!”*

O Índice de Dentes Funcionais (IDF) da gestante 6 é de 13 dentes sadios, o mais baixo entre as dez entrevistadas examinadas. Vale lembrar que a gestante 6 apresentava 32 dentes presentes na cavidade bucal no momento do exame, o que significa que 19 dentes necessitam de tratamento (conforme o CPO-D).

Por sua vez, a gestante 7 apresentou CPO-D igual a 14, sendo dois dentes extraídos e 12 restaurados, havendo 15 dentes hígidos. Seu CPO-S de 33 superfícies envolvidas, sendo 10 extraídas e 23 restauradas. Sendo assim os dados revelam que embora haja dentes envolvidos pela doença cárie, as necessidades de tratamento já foram supridas pois estes ou já foram extraídos ou restaurados. A gestante 7 tem 27 anos, está estudando o 2º ano do 2º grau e trabalha fazendo alimentos congelados em casa mesmo. Esta é sua segunda gestação, oitavo mês. Revelou que embora tenha constatado mudanças no meio bucal, não buscou serviços odontológicos depois de ter engravidado:

*“– Depois que fiquei grávida, sangra a gengiva. Escovo os dentes com mais frequência, incomoda.(...) No começo tive um ‘mauzinho’ de hálito. Não consultei nenhum dentista.”*

Para a gestante 7, o IDF foi igual a 27, que dos 29 dentes considerados no exame 27 encontram-se funcionais, restaurados ou hígidos são considerados sadios. Os dois outros foram extraídos.

De acordo com o exame, o CPO-D da gestante 8 é de 5 dentes envolvidos pela cárie, havendo 4 cariados e 1 com extração indicada; sendo que do total de 31 dentes examinados, 26 estavam hígidos. O CPO-S corresponde a 9 superfícies envolvidas, sendo 4 cariadas e 5 com extração indicada. Embora os valores do CPO sejam baixos, todos os dentes envolvidos necessitam de tratamento. A gestante 8 tem 18 anos, estudou até a 4ª série e é do lar. Esta é sua terceira gestação, quinto mês. Durante o exame foi constatada a presença de tártaro e recessão gengival; revelou não ter problemas bucais em virtude da gestação, mas que estes a antecedem:

*“– Cárie que tenho não tem nada a ver com a gravidez.”*

E que os problemas existentes ainda não foram resolvidos pois

*“– Não tive tempo, filhos; ‘simplesmente esqueci praticamente de mim’. Mas acontece né; a gente cuida dos filhos da gente.”*

Tal fala também traz novamente à tona o papel social de ser mãe causando prejuízos inclusive à saúde bucal da mulher, na medida em que não lhe resta tempo para cuidar de si mesma; mas ao mesmo tempo é como se a mulher tivesse de naturalizar tal falta de tempo pois cuidar dos filhos deve ser sua prioridade.

No que diz respeito ao IDF, a gestante 8 apresentou um valor de 26, ou seja, 26 dentes sadios entre os 31 presentes na sua cavidade bucal.

A gestante 9 apresentou CPO-D igual a 8, sendo que 7 dentes encontravam-se cariados e 1 com extração indicada; assim, dos 32 dentes examinados, 24 encontram-se hígidos. Seu CPO- S é de 16, sendo 11 superfícies cariadas e 5 a serem extraídas. Todos os dentes envolvidos pela doença cárie encontram-se necessitadas de tratamento, embora os valores para o CPO pareçam baixos em relação a algumas das outras entrevistadas. Também foi observada a presença de tártaro. A gestante 9 tem 20 anos, tem o 1º grau completo e é do lar. Esta é sua terceira gestação, e está no oitavo mês. Relatou estar tendo problemas com dor de dente, tendo dito que tais dores são *“pior do que ter um filho”*. Disse só ter ido ao dentista porque está doendo muito pois acredita que

*“– Extrair, por exemplo é muito perigoso, hemorragia; pode causar alguma coisa no bebê.”*

O IDF da gestante 9 tem o valor de 24 dentes funcionais entre 32 dentes examinados, o que significa que 8 dentes precisam de tratamento.

A gestante 10 apresentou CPO-D e CPO-S iguais a 0, o que significa dizer que dos 28 dentes examinados, todos encontravam-se livres de cárie no momento do exame. Revelou não ter ido ao dentista pois sabia não precisar:

*“– Não mudou nada depois de ficar grávida. (...) É raro ir ao dentista; na família todo mundo é assim, tem dentes bons. Nunca fui de ir muito ao dentista, nunca senti dor de dente.”*

A gestante 10 tem 17 anos, estuda a 8ª série e trabalha como babá. Esta é sua primeira gestação, está no quinto mês. Tanto seu ISD quanto seu IDF foram os

mais altos entre as entrevistadas, ou seja, a gestante 10 apresentou os valores mais altos de saúde dental entre as entrevistadas, pois todos os seus dentes encontram-se saudáveis, não havendo entre eles dentes restaurados ou perdidos, todos encontram-se hígidos.

Condensados todos estes dados do exame bucal juntamente com o discurso das entrevistadas é possível inferir que os problemas gengivais são os mais enfrentados durante a gestação, os quais inspiram cuidados e orientações profissionais. Das 10 gestantes entrevistadas e examinadas, 6 necessitam de tratamento restaurador, tendo sido detectadas necessidades endodônticas (tratamento de canal) e também extrações indicadas entre estas gestantes. Isto significa que quatro das 10 gestantes não apresentaram problemas dentais a serem resolvidos, sendo que 1 delas encontra-se livre de cárie, com todos os seus dentes hígidos. As outras 3 tiveram todas as suas necessidades tratadas, sendo que inclusive uma delas apresentava tratamentos mais complexos como uma prótese unitária (coroa). Embora se saiba que não se pode generalizar os achados, observou-se que estas 3 gestantes que não apresentavam necessidades de tratamento de cárie tinham escolaridade mais elevada (duas o 2º ano do 2º grau e uma, o 3º grau completo). É bem verdade que não foi assim detectada uma situação caótica de saúde bucal entre as entrevistadas que foram examinadas, entretanto, verificou-se que existem sim necessidades de tratamento, que muitas vezes se agravam durante a gestação, e que não vêem a possibilidade de serem resolvidas, e que acabam gerando problemas irreversíveis para a saúde bucal das mulheres. São problemas que devem ser levados em conta, pois a condição de ser mulher e ser mãe pode, além de causar desvantagens biológicas à saúde bucal da mulher, também gerar desvantagens sociais, pois, conforme relato das próprias entrevistadas, a mãe se vê privada de cuidar de si mesma para cuidar dos filhos e da casa.

O exame também foi importante para demonstrar que não é necessário armar programas fabulosos para atender às necessidades em saúde bucal de mulheres. Mas estas existem e precisam receber atenção dos serviços públicos odontológicos de maneira diferenciada, uma vez que durante a gestação as especificidades da mulher particularizam estas necessidades, que quando não atendidas, causam prejuízos irreversíveis à saúde bucal da mulher, mesmo que esteja comprovado que elas vão mais ao dentista e cuidam mais da higiene bucal que os homens.

### **3.2.10. A SAÚDE BUCAL DE GESTANTES E AS RELAÇÕES DE GÊNERO**

Dentro da nossa sociedade, papéis masculinos e femininos acabam gerando na mulher, em virtude de sua condição biológica e social de mãe, problemas bucais durante a gestação – principalmente dores e problemas gengivais. É verdade que tais problemas têm sua origem em alterações ditas fisiológicas, mas são agravados por representações sociais que fazem com que as mulheres vejam riscos para o bebê em recorrer ao atendimento odontológico, e que fazem também com que elas creiam em ditados como “cada filho custa um dente” ou mesmo que “ ser mãe é padecer no paraíso”, como que aceitando os prejuízos causados à sua saúde bucal pela sua condição.

Tais ditados foram validados na medida em que as entrevistadas consideraram, em sua maioria, sua saúde como excelente, muito boa, boa ou razoável. Mesmo sofrendo com os padecimentos gestacionais citados – dores, enjoos, vômitos, tonturas, alterações na pressão arterial, alergias, falta de ar, problemas na boca, etc.– assumiram-nos como parte natural da maternidade. O conceito de saúde mostra-se fortemente associado à ausência de doença, uma vez que as gestantes revelaram não considerar ser necessário ir ao médico quando não estão sentindo dores. O mesmo aconteceu com relação à saúde bucal.

Os conhecimentos construídos sobre saúde bucal pelas entrevistadas trouxeram à cena a insatisfação das entrevistadas com sua saúde bucal, apontando como principais motivos para esta insatisfação dores, quedas de restaurações, impossibilidade de visitar o dentista em virtude da gestação, entre outros. Reconheceram a importância do tratamento dentário, principalmente para evitar problemas com dores, tendo sido identificada como solução de primeira escolha para as dores a extração dentária. As mulheres demonstraram saber identificar os problemas bucais que enfrentam, embora tenham também demonstrado em seu discurso uma certa aceitação de tais problemas como inerentes à gestação. Entendem, portanto, que tais problemas devem ser aceitos como parte da condição de ser mãe, sendo que muitas vezes não podem ser tratados em virtude da crença de o tratamento

odontológico oferecer riscos à saúde do bebê, que deve sempre estar em primeiro lugar, mesmo que isto signifique prejuízos irreversíveis à sua saúde bucal. Todavia, deve-se considerar que tais prejuízos são um preço um tanto alto a ser pago pelas gestantes em função de sua condição de mulher no cumprimento do seu papel de mãe dentro da sociedade.

Ir ou não ir ao dentista no período da gestação? Esta interrogação levantou crenças e mitos fortemente associados às representações de gênero existentes em nossa sociedade, e manifestas através das falas das entrevistadas. A gravidez é entendida como um impedimento de buscar atenção odontológica para a mulher, em virtude de poder oferecer, no seu entendimento, riscos à saúde do bebê. Além disso, a crença de que ir ao dentista não é permitido durante a gestação não é apenas destas mulheres mas também de profissionais de saúde, que vão perpetuando os prejuízos bucais como parte da condição feminina de ser mãe.

A alimentação das gestantes mostrou-se como um item que recai sobre a mulher como uma cobrança social pela responsabilidade sobre a saúde do feto. Esta cobrança se reflete diretamente nos hábitos alimentares da mulher durante a gestação. Mesmo sabendo que ela pode engordar, ficar feia, isto não importa na medida em que seu papel de mãe que cuida bem do filho já desde este período deve ser cumprido a qualquer custo.

Embora ocorram alterações na frequência de alimentação, estas não se refletem na escovação. Isto é um fato preocupante posto que a gestação gera alterações bucais, que podem se agravar caso não sejam devidamente consideradas. A soma de tais alterações às crenças de que elas são comuns à gestação e não merecem atenção especial pode causar, assim, sérios prejuízos à saúde bucal da mulher.

As mulheres revelaram em seu discurso, que, embora não encontrem nos serviços de saúde aporte suficiente para educá-las para a saúde bucal, buscam tais conhecimentos. No entanto, esta tem se mostrado ser uma luta desleal em que a Odontologia prefere continuar culpando a mulher pela cárie em crianças, ao invés de rever seus caminhos e descaminhos na busca da promoção do bem estar bucal da população. As mulheres reconhecem sim a importância da dentição decídua, e até esboçam conhecimentos em relação à transmissibilidade. Portanto, se algo há a ser

feito, a Odontologia é quem precisa agir, caminhando sempre rumo à busca da compreensão da dimensão social de seu objeto.

É bem verdade que os exames intra-buciais não detectaram uma situação tão caótica de saúde bucal entre as entrevistadas que foram examinadas. Entretanto, verificou-se que existem sim necessidades de tratamento, as quais muitas vezes se agravam durante a gestação, e que não vêem a possibilidade de serem resolvidas, gerando problemas irreversíveis para a saúde bucal dessas mulheres. E estes problemas devem ser levados em conta, uma vez que a condição de ser mulher e ser mãe pode, além de causar desvantagens biológicas à saúde bucal da mulher, também gerar desvantagens sociais, pois, conforme relato das próprias entrevistadas, a mãe se vê privada de cuidar de si mesma para cuidar dos filhos e da casa. Também ficou comprovado que não é difícil atender às necessidades de saúde bucal das mulheres, tornando-se indispensável dar atenção às especificidades da mulher que particularizam estas necessidades, sendo que durante a gestação, quando não atendidas, causam prejuízos irreversíveis, mesmo que esteja comprovado que mulheres vão mais ao dentista e cuidam mais da higiene bucal que os homens.

Os dados permitem inferir que é importante a atenção à saúde bucal no período pré-natal, tanto com ações ao nível da promoção da saúde, como orientações sobre nutrição e alimentação adequadas, hábitos de higiene, cuidados com a sua saúde bucal e a do seu bebê; quanto da proteção específica, através de aplicações tópicas, dentifrícios fluorados e controle do açúcar, entre outras ações; sem esquecer, é claro, dos outros níveis de prevenção, mais ligados à atenção à doença, respeitando sempre a integralidade possível dentro da saúde bucal, e as especificidades da saúde bucal da mulher.

Contudo, também se faz importante colocar que embora a gestação seja um momento onde se enfoca a mulher como “reprodutora”, evidenciando sua posição de desvantagem nas relações sociais de gênero, é de qualquer maneira um momento em que ela busca a assistência dos serviços de saúde, e, por isso, propício para formá-la e informá-la melhor sobre o direito essencial que ela tem de ser mais saudável, o que tornar mais saudável a sociedade em virtude de toda a sua inegável importância na formação de hábitos no universo familiar, com a certeza de que este tornar a sociedade



mais saudável é apenas uma das conseqüências da tomada de consciência e da busca do exercício de tal direito.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora a presente dissertação tenha trilhado por um caminho até o momento pouco discutido, que é o enfoque da saúde bucal na perspectiva de gênero, os achados puderam lançar luz sobre o conhecimento construído no universo das mulheres sobre o processo saúde/ doença bucal, universo este impregnado de sua condição dentro da sociedade; e também sobre os mitos e crenças que cercam a visita ou não ao dentista durante a gestação, além das mudanças na rotina alimentar e nos hábitos de higiene bucal neste período, assuntos que, por sua vez, revelaram-se intimamente ligados às relações sociais de gênero.

Heranças culturais enraizadas em boa parte da população propõem como verdade a crença de que a gestante não pode ser submetida ao atendimento odontológico e que problemas com a saúde bucal são perfeitamente comuns neste período da vida da mulher. Embora não exista respaldo científico para tais crenças e a mulher necessite manter sua saúde bucal não apenas durante a gestação mas durante toda a sua vida, não se pode negar que o medo do tratamento odontológico durante a gravidez é uma manifestação comum entre as gestantes.

Mais do que isto, tais crenças e medos acabam por se fortalecer pelas relações de gênero, ou seja, pela situação em que vivem tais mulheres dentro da

sociedade. A aceitação da naturalidade de prejuízos na saúde bucal durante a gestação passa a ser entendida, assim, como parte da submissão feminina ao papel socialmente a ela atribuído, o de ser mãe.

Os dados encontrados permitem visualizar que a condição feminina de gênero impõe algumas especificidades à saúde bucal da mulher, de tal maneira que não se pode mais ignorar esta condição quando se considera a saúde bucal. Não se pode continuar naturalizando diferenças que precisam ser tratadas de forma diferente, ou seja, não se pode mais ignorar que existem diferenças socialmente impostas que geram implicações na saúde bucal de mulheres, inclusive durante a gestação.

Não se pode deixar de considerar também que o conhecimento construído entre as mulheres, mais especificamente entre as entrevistadas, revelou insatisfação com a sua saúde bucal, insatisfação esta intimamente relacionada a dores, quedas de restaurações, impossibilidade de visitar o dentista em virtude da gestação; fatores estes que, entre outros, põem em evidência que crenças, mitos, medos e falta de informação continuam a impedir as gestantes de buscar a atenção odontológica nesse período. O que acaba por não acontecer também depois do parto, pois a partir daí, toda atenção se volta para o bebê, não sobrando mais tempo para a mulher cuidar de si. Desta maneira, os prejuízos gerados para a saúde bucal de gestantes em função desse conjunto de fatos, ou seja, das crenças, mitos, medos, falta de informação e seu papel social, acabam não sendo vistos como tal pois se acredita que, de fato, “cada filho custa um dente”, ratificando como normais problemas bucais durante a gestação.

O medo de que algo aconteça ao bebê em virtude do tratamento odontológico também se evidencia através dos dados, fato este que é socialmente considerado natural, em virtude das condições que cercam a vida da mulher, fazendo com que ela coloque, de maneira errônea, em segundo plano a própria saúde, inclusive a saúde bucal, em “benefício” do bebê.

Além do medo, pode-se afirmar que apareceram praticamente como inseparáveis para estas entrevistadas a gravidez e os problemas bucais, sendo, de tal modo, praticamente um milagre ficar grávida e não ter problemas bucais. A dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, tanto públicos quanto particulares para a maior parte da população brasileira, também se mostrou presente no cotidiano das

entrevistadas, reforçando o caráter extremamente excludente da prática odontológica brasileira.

Enfim, quando se leva em consideração mais especificamente a saúde bucal de mulheres, a Saúde Bucal não pode mais ignorar a condição da mulher dentro da sociedade, pois tal prática é fundamental para uma melhor compreensão da especificidade das necessidades geradas para a sua saúde bucal, necessidades estas que precisam antes ser enxergadas, localizadas e consideradas, a fim de que possam ser verdadeiramente tratadas, com a especificidade que lhes é devida.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### IDENTIFICAÇÃO

Número de Identificação: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
/ /2000 Horário: \_\_\_\_\_

### INTRODUÇÃO

**Nesta pesquisa estamos entrevistando mulheres gestantes para investigar os seus conhecimentos e as suas condições de saúde bucal. É importante que você saiba que não há resposta certa ou errada, e por isto, você pode se sentir bem à vontade, respondendo da maneira que você quiser e perguntando qualquer coisa que você não entender.**

#### **PARTE I - Dados Básicos/ Demográficos**

**Primeiro, gostaria de ter algumas informações sobre você.**

1. Nome: \_\_\_\_\_ 2. Idade: \_\_\_\_\_ anos ( )

3. Pessoas com quem mora: \_\_\_\_\_ ( )

4. Ocupação: \_\_\_\_\_ ( ) 5. Escolaridade: \_\_\_\_\_ ( )

6. Renda Mensal { Pessoal: \_\_\_\_\_ ( )

{ Familiar: \_\_\_\_\_ ( )

{ N° de pessoas com trabalho remunerado: \_\_\_\_ ( )

7. Bairro onde mora: \_\_\_\_\_

8. Número de filhos: \_\_\_\_\_ ( )

9. Período da Gravidez: \_\_\_\_\_ ( )

#### **PARTE II - Saúde Geral** .Agora, gostaria que respondesse algumas questões sobre a sua saúde geral.

1. Em geral, acha que sua saúde, hoje, você grávida, está : ( )

{ (a) excelente; (b) muito boa; © boa; (d) razoável; (e) ruim}

2. Teve problemas com sua saúde nos últimos seis meses que te impediram de realizar suas atividades diárias? ( )

{(Y) SIM; (N) NÃO}

Se sim, que tipo de problemas? \_\_\_\_\_

3. Quantas visitas já fez ao pré-natal nesta gravidez, incluindo a de hoje? \_\_\_\_\_ ( )

4. Estas visitas foram sempre com o mesmo médico? ( )

{(Y) SIM; (N) NÃO}

#### **PARTE III - Saúde Bucal**

**Nesta terceira e última parte gostaria que desse suas opiniões sobre algumas questões a respeito da sua saúde bucal.**

1. Você está satisfeita com a saúde da sua boca hoje? ( )

{(Y) SIM; (N) NÃO}

Por quê? \_\_\_\_\_

2. Acha importante tratar dos seus dentes?( ) {(Y) SIM; (N) NÃO}

Por quê? \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Você acha que a gravidez traz algum problema para os seus dentes?

a. ( ) não traz problemas b. ( ) enfraquece os dentes

c. ( ) sangra a gengiva d. ( ) dá mau-hálito

e. ( ) dá cárie f. ( ) caem as obturações

g. ( ) outros: \_\_\_\_\_

4. Você já teve problemas na sua boca antes de ficar grávida? ( )  
 {(Y) SIM; (N) NÃO}  
 Se sim, quais problemas? \_\_\_\_\_

5. E agora que está grávida, está tendo algum problema com sua boca?  
 ( ) {(Y) SIM; (N) NÃO}  
 Se sim, quais problemas? \_\_\_\_\_

6. Quando costuma ir ao dentista? \_\_\_\_\_

7. Foi ao dentista depois que ficou grávida? ( ) {(Y) SIM; (N) NÃO}  
 Por quê? \_\_\_\_\_

8. Você acha que a grávida pode ir sem problemas ao dentista? ( )  
 {(Y) SIM; (N) NÃO}  
 Se não, quais os problemas? \_\_\_\_\_

9. Quantas vezes ao dia você se alimenta? \_\_\_\_\_ ( )

10. Esta quantidade de vezes em relação a agora que está grávida:  
 ( ) { (a) aumentou; (b) diminuiu; © não mudou }

11. Você coloca açúcar no que você come ou bebe? ( )  
 {(a) nunca; (b) raramente; © às vezes; (d) frequentemente/sempre }

12. Quantas vezes ao dia escova os seus dentes? \_\_\_\_\_ ( )

13. Quando, em que momento(s) do dia? \_\_\_\_\_

14. Qual desses momentos é a principal escovação do dia para você (aquela que não pode deixar de fazer)? \_\_\_\_\_

15. A quantidade de vezes que você escovava e agora que está

grávida: ( ) { (a) aumentou; (b) diminuiu; © não mudou }

16. Usa outra coisa para limpar os dentes? ( ) {(Y) SIM; (N) NÃO}  
 Se sim, o quê? \_\_\_\_\_

17. Teve ou tem problemas com enjôos ou vômitos nesta gestação?  
 ( ) {(Y) SIM; (N) NÃO}

18. Você acredita que o bebê pode tirar cálcio dos seus dentes, deixando-os mais fracos? ( ) {(A) SIM; (B) NÃO; (C) NÃO SEI }

19. Você já sabe como cuidar da boca do seu bebê? ( )  
 {(Y) SIM; (N) NÃO}  
 Se sim, o que você vai fazer para cuidar? \_\_\_\_\_

20. Você acha que os dentes de leite merecem a mesma atenção que os permanentes? ( )  
 {(Y) SIM; (N) NÃO}

21. Na sua opinião, a cárie pode ser transmitida através de talheres, copos, escovas dentais e até beijos na boca? ( )  
 {(A) SIM; (B) NÃO; (C) NÃO SEI }

22. Você acha importante saber mais sobre a saúde da boca? ( )  
 {(Y) SIM; (N) NÃO}  
 Por quê? \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_  
**Obrigada por sua cooperação. Tempo gasto: \_\_\_\_\_**



## **ANEXO 2**

|   |  |  |
|---|--|--|
| CAMPO GRANDE, ___ / ___ /2000<br><i>Saúde Bucal de Mulheres Gestantes</i> | <b>FICHA PARA LEVANTAMENTO DE CÁRIE DENTAL</b><br><b>CPO TRADICIONAL</b> | DISTRITO: _____<br>BAIRRO: _____                                     |
| NOME: _____<br>UNIDADE DE SAÚDE ONDE REALIZA O PRÉ-NATAL: _____           | PERÍODO DA GESTAÇÃO: _____<br>IDADE: _____                               | DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / ___<br>Nº DE DENTES PRESENTES: _____ |

**CPO-S**

|  |                          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| <b>SUPERIOR DIREITO</b>  | <b>SUPERIOR ESQUERDO</b> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |                          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td></tr> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td></tr> </table> | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td></tr> </table> | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| 18   | 17                       | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 48   | 47                       | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 21   | 22                       | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 31   | 32                       | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  |                          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>INFERIOR DIREITO</b>  | <b>INFERIOR ESQUERDO</b> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

**CPO-D**

|                         |                         |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 | 38 37 36 35 34 33 32 31 | 41 42 43 44 45 46 47 48 |
|                         |                         |                         |                         |

**OBSERVAÇÕES** (próteses, problemas periodontais, lesões, higiene, dores, outros): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| <b>CÓDIGOS</b>   | Extraído → 3          |
| Espaço Vazio → 0 | Extração Indicada → 4 |
| Cariado → 1      | Hígido → 5            |
| Obturado → 2     | Exclusões → X         |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 586-593, 1997.
- ABREU, M. H. N. G. de; WERNECK, M. A. F. Sistema Incremental no Brasil: uma avaliação histórica. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.34, n.2, p. 121-131, jul./dez. 1998.
- ALBUQUERQUE, C. "Saúde Bucal é uma das prioridades do Governo Federal". **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v.5, n.1, p. 10-11, fev./mar. 1997. Entrevista.
- ANDRADE, M. de. A saúde por um fio. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 5, n. 5, p. 298-300, out./nov. 1997.
- ANDRADE, M. de. História da odontologia. A era da dor. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 6, n. 5, p. 272-276, out./nov. 1998.
- ANDRADE, M. de los A. G. **Para estudiar la relación entre el trabajo doméstico y la salud de las mujeres**. Fotocópia de Palestra apresentada no II Congresso Internacional Mulher, Saúde e Trabalho, Rio de Janeiro, 1999.
- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um Novo Agir. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-190, abr./jun.1995.
- ÁVILA, M. B. **Mortalidade Materna: uma Questão Social**. Recife : SOS Corpo, 1994. 11 p.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BALDISSEROTTO, J. Declaração de Berlim sobre Saúde Bucal para comunidades carentes. Workshop Internacional pela Fundação Alemã de Desenvolvimento Internacional (D.S.E.) Centro de Conferência Villa Borsig, Berlim, Setembro de 1992. **Divulgação**, Londrina, n.10, p. 57-63, jun.1995.

- BARROS, Z. Uma vilã pré-histórica. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 283-286, ago./set. 1994.
- BARROSO, C. **Mulher, Sociedade e Estado no Brasil**. São Paulo : UNICEF/Brasiliense, 1982. 190 p.
- BELARDINELLI, V. H.; RANGEL, A. de O. **Odontologia sem máscaras**. Uma Nova Face da Interação Profissional-Paciente. 1. ed. São Paulo : Santos, 1999.
- BELISÁRIO, S. A. Algumas contribuições ao texto "Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas". **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 241-242, 2000.
- BELOTTI, E.G. **Educar para a submissão**. Petrópolis : Vozes, 1975.
- BERNARDES, M. T. C. C. **Mulheres de ontem?**: Rio de Janeiro, século XIX. São Paulo : T.A. Queiroz, 1988. 214 p. (Coleção Coroa Vermelha; v.9).
- BERKOWITZ, R. J.; TURNER, J. ; GREEN, P. Maternal Salivary Levels of *Streptococcus Mutans* and Primary Oral Infection of Infants. **Archs Oral Biol**, Great Britain, v. 26, p. 147-149, 1981.
- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **PHYSIS Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p.7-11, 1991.
- BORGES, S. M. N.;ATIÊ, E. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. In: COSTA, N. R. da; RAMOS, C. L.; MINAYO, M.C.; STOTZ, E. N. (Org). **Demandas populares, políticas públicas e saúde- vol II**. Petrópolis : Vozes, 1989. p. 165-184.
- BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde**. São Paulo : Instituto de Saúde/SP, 1994. 59p. v.1: Tendências e perspectivas em Saúde.
- BOTAZZO, C.; BERTOLINI, S. R.; CORVÊLHO, V. M. Atenção em Saúde Bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. **Divulgação**, Londrina, n.10, p.43-53, jun. 1995.
- BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo : HUCITEC/ FAPESP, 2000a. Saúde em Debate :134.

BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. de ( org.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal.** Questões e perspectivas. São Paulo - Bauru : Unesp - Edusc, 1998. 230 p.

BOTAZZO, C. Saúde pública e saúde coletiva: saberes, interdisciplinaridade e política. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 237- 242, 2000a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Obtido via Internet. <http://www.ibge.net/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos>, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal Comitê Técnico-Científico. **Parecer Técnico : Fluoretação da Água de Consumo Público.** Distrito Federal, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência à Saúde da Mulher do ciclo gravídico - puerperal SUS.1994-1997.Obtido via Internet. <http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/mulher.htm>, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal.** Normas e Manuais Técnicos. Equipe de colaboração: FAJARDO , M. L. *et al.* 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 1998. 62p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde e Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB2000. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2.000.** Brasília, 2000.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CANESQUI, A. M. Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. In: -----, **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec- ABRASCO, 1995. p. 19 - 35.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 4. ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1995.

CANO, A. M. G.; BOTAZZO, C. Aspectos psicológicos do tratamento odontológico. **Saúde em Debate**, n.18, p. 42-49, [1985?].

CARVALHO, E. M. F. de. Os dilemas e desafios da saúde coletiva: andando na vida num contexto *Morte e Vida Severina.* **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 233-236.

- CASTRO, R. P.; BRONFMAN, M. P. Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 375-394, jul./set. 1993.
- CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. 3. ed. [São Paulo] : Artes Médicas, 1986. 448 p.
- CHAVES, S. C. L.; SANTOS, R. J. P. M.; SOUZA, A. P. M. Determinantes sócio-econômicos e a saúde bucal : um estudo das condições de vida e saúde em crianças com idade entre 3 e 5 anos na cidade de Salvador-BA (1996). **Rev. ABOPREV**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.3-8, nov. 1998.
- CHENEY, H. G.; CHENEY, V. C. The Dental Hygienist as a Health Educator in Prenatal Care. **Dental Hygiene**, New Jersey, v. 48, n. 3, p.150-153, May-Jun. 1974.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL ( 1.: 1986: Brasília). **Anais**. Obtido via Internet. [http://www.saude.gov.br/programas/bucal/CNSB/ 1<sup>a</sup>\\_cnsb.htm](http://www.saude.gov.br/programas/bucal/CNSB/1a_cnsb.htm), 2000.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL ( 2.: 1993: Brasília). **Anais**. Obtido via Internet. [http://www.saude.gov.br/programas/bucal/CNSB/ 2<sup>a</sup>\\_cnsb.htm](http://www.saude.gov.br/programas/bucal/CNSB/2a_cnsb.htm), 2000.
- CORDÓN, J. A. **A construção de uma agenda para a Saúde Bucal Coletiva**. Obtido via Internet. <http://planeta.terra.com.br/saude/angeloline/agenda.htm>, 2000.
- CORDÓN, J. A. Dificuldades, contradições e avanços, na inserção da Odontologia no SUS. **Divulgação**, Londrina, n.13, p.36-56, jul. 1996.
- CORRÊA, S. **PAISM : Uma história sem fim**. 2. ed. Recife : S.O.S. Corpo, 1993. 12p.
- CORSETTI, L. O.; FIGUEIREDO, M. C.; DUTRA, C. A. V. Avaliação do atendimento odontológico para gestantes nos serviços públicos de Porto Alegre/RS, durante o pré- natal. **Rev ABOPREV**, v. 1, n. 1, p. 9-15, nov. 1998.
- COSTA, A. M.; GUIMARÃES, M. do C. L. **Saúde é assunto para mulheres**. Brasília : Redesaúde, [1999?]. 46p.
- COSTA, N. do R. Ciências Sociais e Saúde : considerações sobre o nascimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil. **Saúde em Debate**, n. 36, p. 58 -65, out. 1992.

- COSTA, I. do C. C.; MARCELINO, G.; BERTI-GUIMARÃES, M.; SALIBA, N. A. A gestante como agente multiplicador de saúde. **RPG**, v. 5, n. 2, p. 87-92, abr./maio/jun. 1998.
- COUTINHO, T. C. L.; NAVARRO, S. L.; MOREIRA, T. C. Cárie de Mamadeira. Recuperação Estética e Funcional. **RGO**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 132-134, mai/jun. 1995.
- COZZUPOLI, C. A. **Odontologia na Gravidez**. São Paulo: Panamed, 1981.154 p.
- CURY, J. Teste tem repercussão nacional. **Correio do Estado**, Campo Grande, 24 jul. 2000. Entrevista.
- DALLARI, S. G. O direito à saúde. In: ----- . **A saúde do brasileiro**. São Paulo: Moderna, 1987. p. 5-13.
- DIAS, N. M. de O. **MULHERES. "Sanitaristas de Pés Descalços"**. 1. ed. São Paulo : Hucitec, 1991. 117 p.
- DUALIBI, S. E.; DUALIBI, M.I. A odontologia para a gestante. **Rev. Paul. Odonto.**, São Paulo, v.7, n.5, p. 12-36, set./out. 1985.
- ESTADO DE SÃO PAULO. **Dois em 10 brasileiros nunca foram ao dentista**, 16 ago. 2000. Obtido via Internet. [http://www.connectodonto.com.br/notivias.php3?1\\_fileurl=000000136P1.htm&logged=N](http://www.connectodonto.com.br/notivias.php3?1_fileurl=000000136P1.htm&logged=N), 2000.
- FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1993.
- FERREIRA, B. Campeão de cárie, nunca mais. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v.4, n.6, p.378-382, dez.1996/jan.1997a.
- FERREIRA, B. Não às fábricas de diplomas. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v.4, n.6, p. 352-353, dez.1996/jan.1997b.
- FERREIRA, B. Prevenção garante o futuro. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v.5, n.1, p.6-9, fev./mar.1997c.
- FERREIRA, R. A. Driblando a cárie. **Rev. APCD**, São Paulo, v.50, n.1, p.8- 19, jan./fev. 1996.
- FERREIRA, R. A. Em queda livre? **Rev. APCD**, São Paulo, v. 52, n.2, p. 104-110, mar./abr. 1998.

- FONSECA, P. T. **Gravidez e lactação**. Dietas e Cuidados. Petrópolis : Vozes, 1987. 148 p.
- FRAZÃO, P. Tecnologias em Saúde Bucal Coletiva. In: BOTTAZO, C.; FREITAS, S. F. T. de ( org.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal**. Questões e perspectivas. São Paulo- Bauru: Unesp- Edusc, 1998. p.159-174.
- FREIRE, M. C. M.; PEREIRA, M. F.; BATISTA, S. M. de O.; BORGES, M. do R. S.; BARBOSA, M. I.; ROSA, A. G. F. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de seis a doze anos de idade, Goiânia, GO, Brasil, 1994. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v.31, n.1, p.44-52, 1997.
- FREITAS, J. **Jaime Cury fala sobre nas reais conseqüências do uso do flúor**. Obtido via Internet. <http://www.odontologia.com.br/editoria-2000-07-17.html>, 2000.
- GARRAFA, V. Editorial. **Divulgação**, Londrina, n.13, p.3, jul.1996.
- GARRAFA, V. ; MOYSÉS , S. M. Odontologia brasileira : tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Divulgação** Londrina, n.13, p.6 -17, jul.1996.
- GOMES, A. M. Gênero, Saúde e Violência Doméstica. **Divulgação**, Londrina, n.16, p.71-76, jun. 1997.
- GOMES, A. M. O Impacto da Gravidez na Escolaridade das Adolescentes. **Intermeio R. Mestrado Ed.**, Campo Grande-MS, v.4, n. 7, p. 46-59, 1998.
- GOMES, M. P. ; SOUZA, I. P. R. de; MODESTO, A. ; RUSCHEL , H. C. Fatores Envolvidos da Cárie de Amamentação. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 50, n. 6, nov./dez.1996.
- GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 4. ed. São Paulo : Santos, 1993.
- GUILLAUMIN, C. “ENQUANTO TIVERMOS MULHERES PARA NOS DAREM FILHOS”. A respeito da raça e do sexo. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, ano 2, n. Especial, p.228-233, out.1994.
- IYDA, M. Saúde Bucal: uma prática social. In: BOTTAZO, C.; FREITAS, S. F. T. de (Org). **Ciências Sociais e Saúde Bucal**. Questões e perspectivas. São Paulo- Bauru: Unesp-Edusc, 1998. p.127-139.



- KAHHALE, S. Repercussões clínicas das adaptações do organismo materno. In: ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. 2. ed. São Paulo : Atheneu, 1994. p.55-63.
- KATZ, S. A diet counseling program. **JADA**, Chicago, v. 102, n. 6, p. 840-45 , Jun.1981.
- LAKATOS, E. M.; BRUTSCHER, S. M. O Conceito Saúde-Doença Analisado Através dos Tempos e a Prática Previdenciária no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.54, p. 75-89, jan./abr. 2000.
- LALONDE, M. El concepto de “Campo de la Salud”: una perspectiva canadiense. In: O.M.S. **Promoción de la salud: una antologia**. Washington : OPS , 1996. p.3 - 5.
- LEOCÁDIO, E. **Saúde Reprodutiva em tempos de AIDS**. Recife : SOS Corpo, 1994. 8 p.
- LONG, S. M.; FRAIZ, F. C.; REGO, M. A. do; JORGE, A. O. C. Cárie Dentária : Transmissibilidade. **Rev. Odontoped**, São Paulo, v. 2, n. 1 , p. 35- 40, jan./fev./mar. 1993.
- LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. ; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. p.7-18.
- LUZ, N. P. Hábitos de vida ideais para a gestante. In : UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa Educação para a Saúde. **Saúde** : Informações Básicas. Porto Alegre : UFRGS, 1990. p. 12-14.
- MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. 11. ed. Petrópolis : Vozes, 1990.
- MANFREDINI, M. **Dia do dentista: comemorar o quê?** Obtido via Internet. <http://www.jornaldosite.com.br/anteriores/manfredini5.htm>, 2000.
- MARQUES, C. M. da S. Processo saúde-doença. In: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Social. **Odontologia em Saúde Coletiva**. Manual do Aluno. São Paulo, 1999. p.13-18.
- MARQUES, J. A.; DUARTE, M. de F. **Gravidez**. São Paulo : Contexto, 1997. 63p. Mitos & Verdades.
- MARTILDES, M. L. R.; CRISÓSTOMO, F. P.; OLIVEIRA, A. W. S. de. Avaliação da prevalência de cárie dental em escolares de Icó, Ceará, Brasil, após

seis anos de fluoretação de águas de abastecimento público. **Divulgação**, Londrina, n.10, p.38-42, jun.1995.

MCDONALD, R. E. Erupção Dentária – Fatores Locais Sistêmicos e Congênitos que Influenciam no Processo. In: -----. **Odontopediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 1977. p. 65-86.

MEDEIROS, U. V. de. Atenção Odontológica para bebês. **Rev. Paul Odontol.**, São Paulo, v.6, n.6, p. 18-27, nov./dez. 1993.

MEDEIROS, U. V.de.**A verdade sobre o flúor**. Obtido via Internet. <http://www.aboprev.org.br/fluor.htm>, 2000.

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.

MINAYO, M. C. de S. (Org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade .3. ed. Petrópolis : Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro : HUCITEC-ABRASCO, 1992. Saúde em Debate :46.

MINAYO, M. C. de S. ; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo : Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, H. de O. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. R. da (Org.); RAMOS, C. L.; MINAYO, M. C. de S.; STOTZ, E. M. **Demandas populares, políticas públicas e saúde. Vol II**. Petrópolis : Vozes, 1989. p.75-101.

MONTGOMERY, M. **Mulher: o negro do mundo**. Uma visão científica e humana do universo feminino. 3. ed. São Paulo : Gente, 1997. 238 p.

MOSS, S. J. **Crescendo sem cárie**: um guia preventivo para dentistas e pais. São Paulo : Quintessence, 1996. 148p.

MOURA, D. O que se entende por saúde. In: ----- .**Saúde não se dá: conquista-se**. São Paulo : Hucitec, 1989. p. 41- 55.

NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000a. p. 341-351.

- NADANOVSKY, P. **Redução da Cárie Depende Mais de Fatores Indiretos do que de Tratamento Clínico**. Obtido via Internet. <http://www.hc.ufrj.br/redução.htm>, 2000b.
- NADER, M. B. **Mulher : do destino biológico ao destino social**. Vitória : EDUFES, 1997. 177 p.
- NARVAI, P.C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000a.
- NARVAI, P. C. Está ocorrendo um declínio de cárie no Brasil? **Jornal da ABOPREV**, mar./abr. 1996.
- NARVAI, P. C. Em defesa da fluoração. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 5, n. 3, p.120-121, abr./maio 1997.
- NARVAI, P. C. **O Brasil e as Metas OMS - 2000**. Obtido via Internet. <http://www.jornaldosite.com.br/anteriores/capel5.htm>, 2000b.
- NARVAI, P.C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.
- NARVAI, P. C. **Para onde vai a prevenção?** Obtido via Internet . <http://www.jornaldosite.com.br/anteriores/capel2.htm>, 2000c.
- NARVAI, P. C. **Saúde Bucal: assistência ou atenção?** São Paulo, mimeo, 1992, 21p.
- NASCIMENTO, Z. C. P.; LOPES, W. C. Gravidez na adolescência : enfoque odonto-preventivo. **ROBRAC**, Goiânia, v. 6, n. 20, p. 27-31, 1996.
- NAVARRO, F.de L. N.;CÔRTEZ, D.F. Avaliação e tratamento do paciente com relação ao risco de cárie. **MAXI-ODONTO** : Dentística, v.1, n.4, jul./ago. 1995.
- NETO, J.V. Saúde Bucal plena é direito fundamental. Um ensaio crítico. **Robrac**, Goiânia, v.6, n.20, p.32-33, 1996.
- NOGUEIRA, A. J . da S.; GILLET, A. V. M.; PARREIRA, E. B.; PEDREIRA, E. N.; ATHAYDE NETO, M. D. de. Perdas precoces de dentes decíduos e suas conseqüências para a dentição futura – elaboração de propostas preventivas. **Rev. ABO Nac.**, v.6, n.4, p. 228-233, ago./set. 1998.

- NUNES, E. D. A questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. In: CANESQUI, A. M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec- ABRASCO, 1995. p. 95 - 113.
- NUNES, S. A. A medicina social e a questão feminina. **PHYSIS Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p.53-76, 1991.
- OLIVEIRA, A. C. A. P. de; OLIVEIRA, A. F. B. de. Saúde Bucal em gestantes: Um enfoque educativo-preventivo. **J. Bras. Odontoped. Odont. Bebê**, Curitiba, v.2, n. 7, p. 182-185, mar./abr. 1999.
- OLIVEIRA, M. A. M. de. **Atendimento odontológico na gravidez**. Considerações Clínicas e Emprego de Medicamentos. 1. ed. São Paulo : Santos, 1990.
- OLIVEIRA JR, O. B. de; UEDA, J. K.; CAMPANELLI, V.; ANDRADE, M.F. de; SAAD, J. R. C. **Contribuição para a eficácia de programas de prevenção. Identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara**. Obtido via Internet. <http://www.odontologia.com.br/artigos/gestantes.html>, 2000.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde Coletiva : uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299 -316, 1998.
- PENNA, M.M. dos S. **Cartas a uma Jovem Mãe**. Rio de Janeiro : Imago,1998. 120p.
- PERES, M. A. de A. Modelos de Atenção em Saúde Bucal. **II Encontro Estadual de Odontologia em Saúde Coletiva**, Florianópolis, p. 18-25, jun. 1996.
- PERES, M. A. de A.; NARVAI, P. C.; CALVO, M. C. M. Prevalência de cárie dentária em crianças aos doze anos de idade, em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, período 1990-1995. **Rev. Saúde Publica**, São Paulo, v.31, n. 6, p.594-600, 1997.
- PINTO, V. G. Programação em Saúde Bucal. In: ----- . **Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 99-137.
- POLETTI, L. T.de A. **Levantamento Epidemiológico do Estado de Saúde Bucal da População Urbana da Cidade de Bauru**. Bauru, 1993, 248 p. Tese ( Doutorado em Dentística) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

- REGO, N. G. de C.; SILVA JR., O. C. da; SILVA, D. F. da. **Medo de dentista.** Considerações sobre as pulsões e a possibilidade de saúde em odontologia. Obtido via Internet. <http://www.odontologia.com.br/artigos/medo-de-dentista.html>, julho 1999.
- REZENDE, A. L. M. de. O processo saúde-doença. In: **Saúde: dialética do pensar e do saber.** 2.ed. São Paulo : Cortez, 1989. p. 85-99.
- ROSSETTI, H. Saúde para a Odontologia. 2. ed. São Paulo : Santos, 1999. 146p.
- SARNAT, H.; KAGAN, A.; RAVIV, A. The relation between mothers' attitude toward dentistry and the oral status of their children. **Ped. Dent.**, v.6, n.3, p. 128-131, Sept. 1984.
- SARTI, C.A. **A Família como Espelho** : um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas : Autores Associados, 1996.
- SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. B. S. da; VIANNA, M. I. P. Estudo da prevalência da cárie dentária em gestantes brasileiras, residentes em Salvador - BA. **J. Bras. Odontoped. Odonto. Bebê**, Curitiba, v.2, n.6, p. 96-102, 1999.
- SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. B. S. da; VIANNA, M. I. P. Percepção sobre Atenção Odontológica na Gravidez . **J. Bras. Odontoped. Odonto. Bebê**, Curitiba, v.1, n. 4, p. 43-50, out./dez. 1998.
- SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico : uma abordagem social. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 223-250.
- SILVA, A. D. da M. **Pré-Natal e Odontologia:** Grau de Conhecimento sobre Saúde Bucal de Gestantes da maternidade Cândido Mariano, Campo Grande, 1998, 56 p. Monografia ( Especialização em Saúde Pública), Escola de Saúde Pública "Dr Jorge David Nasser"/DERH/SES- MS.
- SILVA, A. O. Medidas inteligentes derrubam índices de cárie no Brasil. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 5, n. 5, p. 330-331, out./nov. 1997.
- SILVA, H. C. da; SILVA, R. H. H. da. Saúde bucal ao alcance de todos. Florianópolis : UFSC, 1997.77p.
- SILVEIRA, E. da. Palavras e sabores. A boca, os dentes, a língua. **Galileu**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 86, p.66-71, set. 1998.

- SINGH, K. A; MORAES, A. B. A. de; BOVI AMBROSANO, G. M. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesq Odonto Bras**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 131-136, abr./jun. 2000.
- SONIS, S. T. ; FAZIO, R. C.; FANG, L.. Gravidez. In: **Medicina Oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. p.142-147.
- SOUZA, V. M.; OLIVEIRA, R. M. de. **Suplementação de Flúor**. Verificação de Conduta dos Médicos. **RGO**, Porto Alegre, v. 45, n. 3, p. 137-139, maio/jun. 1997.
- TEITELBAUM, H. Os excessos do mercado. *Rev. ABO Nac.*, São Paulo, v. 5, n. 5, p. 330-331, out./nov. 1997.
- TEIXEIRA, E. M. Currículo e Gênero na graduação em Enfermagem. **19ª ANPED**, 1997. GT12. 5p.
- TORRES, S. ; ROSA, O. P. S.; AKIYOSHI, N.; SILVEIRA, A. M. M.; BRETZ, W.A. Níveis de infecção de estreptococos do grupo *mutans* em gestantes. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v.13, n.3, p. 225-231, jul./set 1999.
- VAITSMAN, J. Hierarquia de Gênero e Iniquidade em Saúde. **PHYSIS Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p. 8-22, 1994.
- VASCONCELLOS, M. C. C. “Procedimentos Coletivos I” no atendimento odontológico do Sistema Único de Saúde: uma reflexão necessária. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 309-314, out./dez. 1996.
- VIEIRA, A.R.; AMORIM, M. R.; ORIOLI, I. M. Principais dúvidas das gestantes em relação à Odontologia. **J. Bras. Odontoped. Odonto Bebê**, Curitiba, v.2, n.5, p.32- 36, 1999.
- VIEZZER, M. Sexo, gênero e relações sociais. In: ----- . **O problema não está na mulher**. São Paulo: Cortez, 1989. p.107-125.
- VOKURKA, V. L.; EDUARDO, M. A. de P. Odontologia Intra-Uterina: o começo de tudo. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 5, n. 3, abr./maio 1997. Entrevista.
- WATANABE, M. G. C.; AGOSTINHO, A. M.; MOREIRA, A. Aspectos sócio-econômicos dos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto -USP. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 147-151, abr./jun. 1997.

ZANETTI, C.H.G. **A crise da Odontologia brasileira** : as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa. Obtido via Internet . <http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/agenda.htm>, 2000a.

ZANETTI, C.H.G. **Em busca de um paradigma de programação local em Saúde Bucal mais resolutivo no SUS** Obtido via Internet. <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>, 2000b.

ZARDETTO, C. G. del C.; RODRIGUES, C. R. M. D; ANDO, T. Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis sócio-culturais diferentes. **RGO**, Porto Alegre, v.5, n. 1, p.69-74, jan./fev./mar. 1998.