



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

dos Santos Neto, Edson Theodoro; Emmerich Oliveira, Adauto; Zandonade, Eliana; do Carmo Leal,
Maria

Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 11, novembro, 2012, pp. 3057-3068
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024420022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal

Access to dental care during prenatal assistance

Edson Theodoro dos Santos Neto ¹

Adauto Emmerich Oliveira ¹

Eliana Zandonade ²

Maria do Carmo Leal ³

Abstract *This study sought to evaluate the self-perceived response to dental care during prenatal assistance in the Unified Health System (SUS) in the Metropolitan Region of Vitória, Espírito Santo, Brazil. 1032 postpartum women were interviewed and 1006 prenatal records copied. Postpartum women's self-perceived response was measured by the **Oral Health Index Profile-14**. When an impact was identified, dental care rendered in educational, preventive and curative terms was considered adequate. When there was no impact, assistance was considered adequate in educational and preventive terms. The Chi-square test revealed an association between prenatal care and dental care. Oral health impact on quality of life was 14.7%. Dental care received by mothers in educational terms was rated at 41.3%, while in preventive terms it was 21% and in curative terms it was 16.6%. Six or more prenatal appointments coupled with educational activities was closely associated with adequate dental care ($p < 0.05$). Access to dental care is facilitated when pregnant women attend health services and become involved in educational activities during the prenatal period. Consequently, educational measures appear to indicate an improvement in prenatal care in the SUS.*

Key words *Mother-child health, Prenatal care, Quality of health care, Dental care*

Resumo *Objetivou-se avaliar a resposta auto-percebida da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. Foram entrevistadas 1032 puérperas e copiados 1006 cartões de gestantes. A auto percepção da puérpera foi medida pelo **Oral Health Index Profile-14**. Quando identificado o impacto, considerou-se adequada a assistência odontológica prestada nos níveis educativo, preventivo e curativo. Na ausência de impacto, foi considerada adequada a assistência nos dois níveis iniciais. Testes de qui-quadrado verificaram a associação entre a assistência pré-natal e a odontológica. A prevalência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi 14,7%. A assistência odontológica recebida pelas puérperas no nível educativo foi 41,3%, no nível preventivo 21,0% e no nível curativo 16,6%. A realização de seis ou mais consultas pré-natais e de atividades educativas estiveram fortemente associadas à assistência odontológica adequada ($p < 0,05$). O acesso a serviços odontológicos é facilitado quando gestantes frequentam mais os serviços de saúde e realizam atividades educativas no pré-natal. Portanto, medidas educativas parecem sinalizar a melhoria da assistência pré-natal no SUS.*

Palavras-chave *Saúde materno-infantil, Cuidado pré-natal, Qualidade da assistência à saúde, Assistência odontológica*

¹ Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal Campos 1468, Maruípe. 29040-090 Vitória ES. edsontheodoro@uol.com.br

² Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo.

³ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

O acesso à assistência odontológica na gravidez é repleto de barreiras, que vão desde a baixa percepção de necessidade das gestantes, a ansiedade e o medo de sentir dor, até dificuldades para a entrada no serviço público¹. Se por um lado há usuárias que acreditam só poderem ser submetidas ao tratamento após a gravidez, visto que qualquer procedimento odontológico implicaria em riscos à saúde do bebê², por outro há profissionais que, por desconhecimento ou medo, postergam procedimentos ou não intervêm de modo resolutivo para tratamento bucodentário da gestante³.

Deve-se considerar que na gravidez ocorrem transformações biológicas, psicológicas e sociais que podem predispor as mulheres a situações de risco à saúde bucal. A partir da concepção, iniciam-se transformações hormonais que predispoem à agudização de processos inflamatórios periodontais ou ao surgimento de patologias inexistentes na cavidade bucal⁴. Além disso, essas mudanças comportamentais estão relacionadas ao aumento da frequência de ingestão de alimentos desacompanhada da higiene bucal, o que também favorece a piora da saúde bucal durante a gravidez⁵. Alterações socioeconômicas decorrentes da gestação, tais como abandono da escola pelas gestantes adolescentes⁶ e a interrupção de atividades laborais remuneradas também contribuem para aumentar a vulnerabilidade social, visto que para romper as barreiras de acesso ao pré-natal é necessária a mobilização de recursos cognitivos e financeiros⁷.

Essas modificações podem impactar negativamente a qualidade de vida das mulheres grávidas, entendida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁸. A condição bucal pode interferir na qualidade de vida, desde que percepções subjetivas relacionadas à boca limitem a capacidade plena das atividades cotidianas em alguma dimensão da vida⁹. No conceito funcionalista, a percepção das necessidades individuais de atenção em saúde estreita-se com necessidades de ter boas condições de vida, segundo o paradigma da história natural das doenças¹⁰. Nesse sentido, as doenças bucais também condicionam a percepção sobre qualidade de vida das mulheres durante a gravidez.

A associação entre doenças bucais e desfechos negativos da gestação, como: mortalidade perinatal¹¹, prematuridade e/ou baixo peso ao nascer¹² e pré-eclampsia¹³, tem sido investigada por

diversos autores. Reconhece-se que as doenças bucais, embora não sejam capazes de provocar isoladamente tais desfechos, geralmente estão conjugadas com precárias condições de vida¹¹. Pressupõe-se que, independente das doenças bucais estarem associadas ou não a esses desfechos, no acompanhamento pré-natal a mulher estabelece um contato mais próximo com os serviços de saúde, sendo momento ímpar para a promoção da saúde, via empoderamento individual e coletivo, educação em saúde, estabelecimento de vínculos e construção da autonomia em saúde materna e infantil¹⁴. Além de ser uma oportunidade para a promoção da saúde, pode se constituir em um momento para o exercício de práticas preventivas, de intervenções que impeçam o surgimento das doenças bucais, que interrompam seu curso ou que restabeleçam as incapacidades quando a doença já está instalada¹⁵.

Nesse momento do ciclo da vida, as diversas profissões de saúde devem se articular nos serviços de assistência pré-natal para que o princípio da integralidade seja efetivado em seus diversos sentidos¹⁶. Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Assistentes Sociais, entre outros, articulando os seus campos de conhecimento podem viabilizar o processo de assistência pré-natal humanizado e de qualidade. Contudo, a reorientação do processo de trabalho no acompanhamento pré-natal, em consonância com o princípio da integralidade, constitui-se num desafio a ser superado no Sistema Único de Saúde do Brasil¹⁷. Além disso, estratégias cientificamente válidas, factíveis e viáveis para avaliação da integralidade na assistência pré-natal são raras e pouco utilizadas nos serviços de saúde pública.

Este estudo se propõe a avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes, a resposta da atenção oferecida pelos serviços odontológicos e a associação entre uma assistência pré-natal e bucodentária adequadas no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

Métodos

Um estudo epidemiológico seccional foi conduzido na RMGV-ES, que abriga quase metade da população total do estado do Espírito Santo e cerca de 60% da população urbana¹⁸. Nos sete municípios dessa região, situam-se oito maternidades públicas e conveniadas ao SUS, que as-

sistem às puérperas produzindo cerca de 80% dos partos da região.

O universo amostral foi composto por todas as mulheres que se internaram em maternidades públicas ou conveniadas ao SUS localizadas na RMGV-ES, por ocasião do parto, no período de Abril a Setembro de 2010. A amostra foi definida pela fórmula de tamanho amostral para estimar a proporção de gestantes que realizaram consulta odontológica no pré-natal, considerando a população de 17980 nascidos vivos em 2007, de acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). A proporção esperada foi igual a 50% para maximizar a amostra, a precisão desejada foi de 4%, o efeito do desenho igual a 1,5 e o nível de significância de 5%. Esses cálculos resultaram num tamanho amostral de 872 mulheres. Aumentou-se em cerca de 30% para considerar as possíveis perdas, recusas ou ausência do cartão de gestante no local do parto, o que resultou em 1131 abordagens e 1006 cartões avaliados. Posteriormente, para fins deste estudo, considerou-se o poder do teste maior que 80% e erro alfa menor que 5%, para testar a proporção de assistência odontológica pré-natal adequada, com o tamanho amostral de 120 puérperas. A representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação de acordo com as seguintes proporções de nascimentos: Cariacica (22,6%), Fundão (1,0%), Guarapari (6,3%), Serra (26,3%), Viana (3,7%), Vila Velha (22,2%) e Vitória (17,9%).

Sete entrevistadoras de campo foram selecionadas, após a aprovação em testes teóricos e práticos do curso de treinamento de entrevistadores, promovido por professores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Além disso, um estudo piloto foi conduzido com 67 puérperas – não incluídas no estudo principal – para aprimoramento do formulário de pesquisa e treinamento das entrevistadoras.

Essas entrevistadoras visitavam no mínimo uma vez por semana todas as oito maternidades incluídas no estudo, abordavam mulheres no momento após o parto. No dia da visita, todas as puérperas residentes em um dos municípios da RMGV-ES eram listadas em ordem aleatória, em seguida, realizava-se a amostragem sistemática intercalando-se de duas em duas. Na abordagem, verificava-se a posse do “Cartão da Gestante”, excluindo-se as que realizaram acompanhamento pré-natal (todo ou parte) no sistema privado e as que foram acompanhadas em municípios fora da RMGV-ES.

Após a identificação das puérperas sorteadas, as entrevistadoras explicavam os objetivos da pesquisa e solicitavam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo as recomendações aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES. Em seguida o cartão da gestante foi solicitado e copiado na íntegra.

As variáveis do estudo foram construídas a partir dos dados preenchidos nos formulários e por informações contidas nos cartões. A avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi realizada a partir do Oral Health Index Profile (OHIP-14), adaptado transculturalmente¹⁹ e utilizado no Brasil especificamente para mulheres no ciclo gravídico-puerperal²⁰, que estabelece duas questões, referindo-se aos seis meses anteriores ao momento da entrevista, para definir cada uma das dimensões: deficiência, limitação funcional, incapacidade social, incapacidade física, incapacidade psicológica, dor física, desconforto psicológico²¹. O impacto foi considerado quando as respostas das puérperas para duas questões de cada dimensão foram: sempre e/ou repetidamente²².

Para verificação da assistência odontológica no pré-natal as parturientes foram inquiridas sobre a utilização de serviços odontológicos durante a gravidez, incluindo atividades educativas, preventivas e curativas de acordo com as recomendações de assistência odontológica na atenção básica²³.

No nível educativo considerou-se na investigação se algum profissional de saúde orientou sobre: amamentação exclusiva por seis meses, amamentação por dois anos ou mais, prejuízos do uso de mamadeira e de chupetas para a saúde da criança, a relação positiva entre amamentação e desenvolvimento dos músculos, dos ossos e dos dentes, efeitos benéficos da amamentação para a prevenção de doenças respiratórias, higiene bucal materna e infantil, alimentação saudável, uso de flúor materno e infantil. Esses itens foram considerados, segundo o livro “A primeira viagem de mamãe Eva: Uma história de promoção da saúde materno-infantil”, premiado na edição 2010 do Prêmio de Incentivo à Ciência e Tecnologia para o SUS²⁴. O acesso à assistência odontológica em nível educativo foi considerado quando a puérpera respondeu positivamente de cinco a dez dessas informações.

Para avaliar a assistência odontológica no nível preventivo, a puérpera respondeu se durante a gravidez realizou consulta odontológica de revisão, escovação supervisionada, profilaxia

profissional e aplicação de flúor. O acesso à assistência odontológica foi considerado, em nível preventivo, quando a puérpera relatou pelo menos uma dessas atividades durante a gravidez.

A avaliação da assistência odontológica no nível curativo considerou o relato da puérpera sobre a realização de consulta odontológica por motivo de dor, para extração dentária, restauração dentária, tratamento endodôntico, tratamento gengival e administração de medicamentos odontológicos. O acesso à assistência odontológica em nível curativo foi considerado quando as puérperas foram submetidas a, no mínimo, um desses procedimentos durante a gravidez.

A assistência odontológica no pré-natal foi avaliada considerando o julgamento sobre impacto da saúde bucal na qualidade de vida e os níveis de assistência odontológica. Puérperas cujo diagnóstico do OHIP-14 não demonstrou qualquer impacto deveriam ter recebido na gestação assistência em nível educativo e preventivo, enquanto puérperas em que foi detectado algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida deveriam ter recebido assistência odontológica em nível educativo, preventivo e curativo. Somente nessas duas situações a assistência odontológica no pré-natal foi considerada como adequada.

A assistência pré-natal foi avaliada conforme a Portaria GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000, que instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)²⁵. Cada item descrito na política foi julgado se realizado ou não. A partir dos registros nos cartões das gestantes, avaliou-se: idade gestacional na primeira consulta (até o 4º mês de gestação); número mínimo de consultas por Idade Gestacional (uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre, três no terceiro trimestre); realização de exames de tipagem sanguínea (ABORh), Hemoglobina, Hematócrito e Testagem Anti-HIV, uma vez, e exames de VDRL, EAS e Glicemia de jejum, pelo menos duas vezes.

A avaliação incluiu ainda a participação em atividades educativas individuais e/ou coletivas, realizadas no domicílio ou no estabelecimento saúde, onde foi conduzido o pré-natal. Além disso, inquiria-se sobre o encaminhamento para serviços de maior complexidade quando a gravidez fosse considerada de alto risco. A assistência médica pré-natal foi avaliada como totalmente adequada quando todas as atividades preconizadas no PHPN foram constatadas.

O banco de dados foi construído a partir das informações digitadas no programa SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), sub-

metido à revisão e controle de qualidade. As frequências absolutas e relativas, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% foram calculadas. A associação entre assistência odontológica e médica foi verificada pelos testes de qui-quadrado, adotando-se nível de significância estatística menor que 5%.

Resultados

Dentre as 1131 puérperas abordadas, 1035 foram entrevistadas e destas somente três não responderam ao OHIP-14. Isso permitiu definir que para 14,7% das puérperas a condição bucal influenciou impactando a qualidade de vida em pelo menos uma das dimensões avaliadas.

A Figura 1 apresenta o diagnóstico estabelecido pelo OHIP-14, segundo as dimensões. Nota-se que a limitação funcional e a deficiência foram as que menos apresentaram impacto, com percentual inferior a 1%. As incapacidades sociais, psicológicas e físicas variaram entre 2% e 3%, já a dor física e o desconforto psicológico foram as dimensões mais referidas.

Os resultados da Tabela 1 apresentam as frequências da assistência odontológica segundo os níveis de atenção. No nível educativo, foi possível avaliar 1012 puérperas que responderam a todas as questões. Verificou-se que somente as informações sobre amamentação exclusiva por seis meses e alimentação saudável ultrapassaram o percentual de 50%. As puérperas relataram que as demais informações foram prestadas pelos profissionais de saúde, durante o pré-natal, numa frequência que variou entre 33% e 41%.

A informação que apresentou a menor frequência, menos de 20%, foi o uso de flúor. Somando-se todas as informações, pouco mais de 40% recebeu de cinco a dez dessas orientações na gravidez, o que classificou o recebimento da assistência odontológica no nível educativo.

Quanto ao nível preventivo, a profilaxia profissional foi a atividade terapêutica mais relatada pelas puérperas, enquanto a consulta de revisão foi a menos referida. Aproximadamente 20% das puérperas foram assistidas na gravidez no nível odontológico preventivo. Quando a assistência do nível educativo é somada a do nível preventivo o percentual diminui quase pela metade, o que evidencia a desarticulação entre esses níveis de atenção odontológica.

No nível curativo, as atividades mais realizadas durante a gravidez foram consultas para a realização de restauração dentária e por motivo

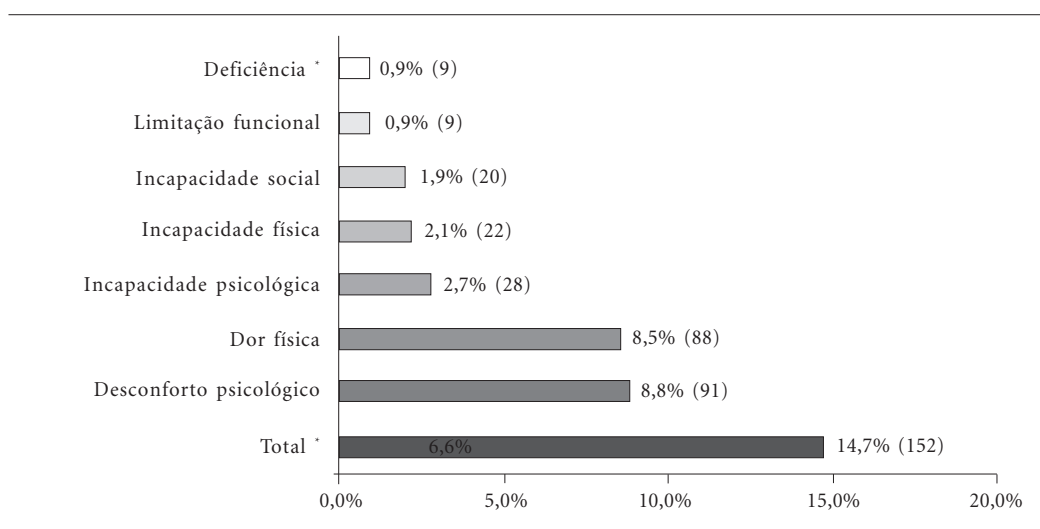


Figura 1. Avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das puérperas, segundo as dimensões do OHIP-14. RMGV-ES. 2010.

Tabela 1. Avaliação da assistência odontológica no pré-natal segundo níveis de atenção à saúde. RMGV-ES. 2010.

	Itens de avaliação	n		Intervalo de Confiança (95%)
Nível educativo	Amamentação exclusiva por seis meses	525	50,7	47,7-53,8
	Amamentação por dois anos	412	39,8	36,8-42,8
	Prejuízos do uso de mamadeira	380	36,7	33,8-39,7
	Prejuízos do uso de chupetas	377	36,4	33,5-39,4
	Amamentação e desenvolvimento craniofacial	423	40,9	37,9-43,9
	Amamentação e prevenção de doenças respiratórias	402	38,8	35,9-41,8
	Higiene bucal materna	377	36,4	33,5-39,4
	Higiene bucal pós-natal	342	33,0	30,2-35,9
	Alimentação saudável	519	50,1	47,1-53,2
	Uso de flúor	191	18,5	16,1-20,8
Nível Preventivo	Avaliação			
	De zero a quatro informações	585	56,5	53,5-59,5
	De cinco a dez informações	427	41,3	38,3-44,3
	Consulta de revisão	112	10,8	8,9-12,7
	Escovação supervisionada	165	15,9	13,7-18,2
Nível Curativo	Profílixia Profissional	197	19,0	16,6-21,4
	Aplicação do flúor	136	13,1	11,1-15,2
	Avaliação			
	Pelo menos um tipo de assistência preventiva	217	21,0	18,5-23,4
	Assistência Educativa e Preventiva	121	11,7	9,7-13,6
	Consulta por motivo de dor	87	8,4	6,7-10,1
	Extração Dentária	30	2,9	1,9-3,9
Restauração Dentária	126	12,2	10,2-14,2	
Tratamento Endodôntico	20	1,9	1,1-2,8	
Tratamento Gengival	19	1,8	1,0-2,7	
Administração odontológica medicamentosa	43	4,2	2,9-5,4	
Nível Curativo	Avaliação			
	Pelo menos um tipo de assistência curativa	172	16,6	14,4-18,9
	Assistência Educativa, Preventiva e Curativa	77	7,4	5,8-9,0

de dor. O tratamento endodôntico e o tratamento gengival foram as atividades menos realizadas na gestação, segundo o relato das puérperas. Ao todo, aproximadamente 17% das mulheres receberam algum tipo de assistência odontológica curativa na gravidez, contudo apenas 7% receberam assistência educativa, preventiva e curativa.

A Figura 2 apresenta a comparação entre os níveis de assistência odontológica no pré-natal e o diagnóstico do OHIP-14. Nota-se que a realização de pelo menos uma consulta odontológica na gestação esteve associada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida, assim como a assistência nos níveis: preventivo e curativo. A assistência no nível educativo não esteve associada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida do mesmo modo que a soma dos níveis: educativo e preventivo também não estiveram. No entanto, a soma dos níveis: educativo, preventivo e curativo, esteve estatisticamente associada ao impacto. O que demonstra que a percepção subjetiva de qualidade de vida influencia no processo de assistência odontológica no pré-natal.

Na Figura 3 está esquematizado o método de avaliação da assistência odontológica no pré-natal. Segundo os critérios de avaliação estabelecidos, as mulheres que não apresentassem qualquer impacto da saúde bucal na qualidade de

vida deveriam receber assistência odontológica no nível educativo e preventivo. Porém, apenas 11,6% destas foram assistidas nos níveis pré-estabelecidos. Por outro lado, dentre as puérperas em quem foi diagnosticado o impacto da condição bucal na qualidade de vida, 12,5% delas receberam assistência odontológica nos três níveis de atenção. Em suma, a assistência odontológica adequada foi recebida por 11,7% das puérperas entrevistadas.

Na Tabela 2 são testadas as associações entre a assistência odontológica e médica, conforme a lista de atividades preconizadas no PHPN. De um modo geral, nota-se que a assistência odontológica adequada não esteve associada à atenção recomendada pelo PHPN, pois apenas duas puérperas receberam ambas as assistências adequadas. Contudo, o número de consultas pré-natais e a realização delas segundo a idade gestacional estiveram estatisticamente associados à assistência odontológica adequada. Isso permite inferir que quanto mais a gestante visita a unidade de saúde para o acompanhamento pré-natal maiores são as possibilidades de realizar uma assistência odontológica adequada. A variável que apresentou maior força de associação estatística com a assistência odontológica foi a de realização das atividades educativas individuais e ou coletivas no

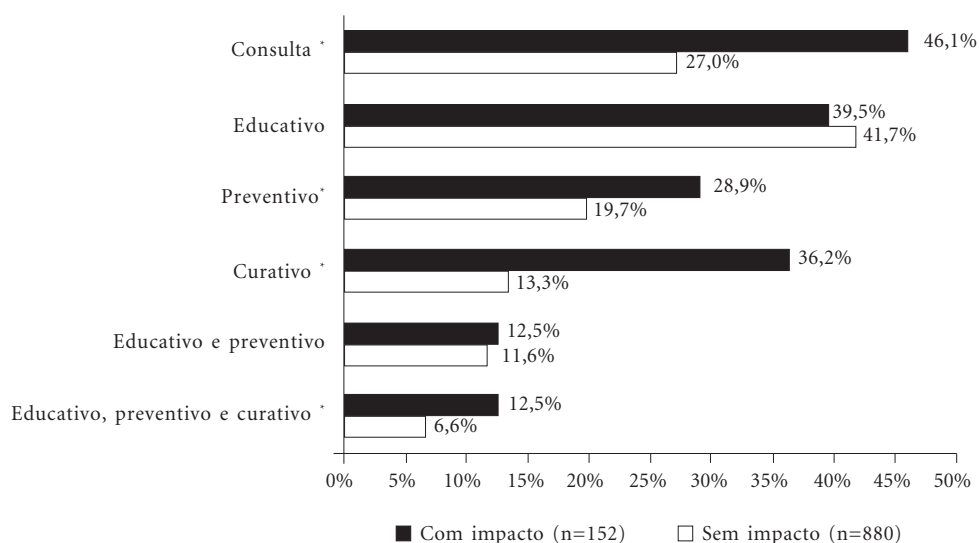


Figura 2. Avaliação do acesso aos níveis de assistência odontológica pré-natal, segundo impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) das puérperas durante a gestação. RMGV-ES. 2010.

* significantes ao nível de 5% no teste qui-quadrado

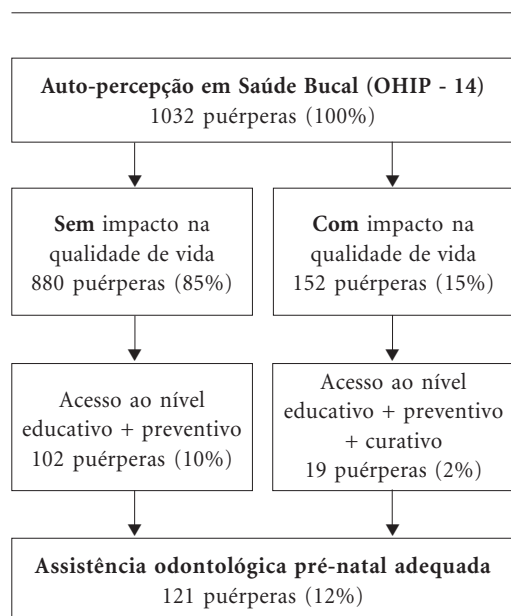


Figura 3. Diagrama de avaliação da assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. RMGV-ES. 2010.

pré-natal. A partir dessa constatação, é possível sugerir que as atividades educativas do pré-natal influenciam a qualidade da assistência odontológica na gravidez. Todas as variáveis relacionadas aos exames laboratoriais preconizados no PHPN não demonstraram associação com a assistência odontológica adequada.

Discussão

Mesmo sendo um construto de natureza multidimensional, que envolve as dimensões física, psicológica, social e ambiental, a qualidade de vida vem sendo avaliada pela literatura científica tanto num sentido mais genérico quanto em outro mais relacionado à saúde. No sentido mais geral, qualidade de vida refere-se à sensação de bem-estar experimentada pelos indivíduos segundo a capacidade de realização plena de suas atividades cotidianas. Enquanto no sentido mais específico, qualidade de vida pode ser influenciada pelo estado de saúde, no que se refere ao desenvolvimento de doenças e intervenções clínicas para o tratamento das mesmas²⁶.

Tabela 2. Avaliação da assistência odontológica pré-natal segundo atividades recomendadas no PHPN. RMGV-ES. 2010.

Atividades do PHPN	Assistência Odontológica Pré-Natal *				Total	Amostra	Qui-quadrado	p-valor
	Inadequada (n = 911)	%	Adequada (n = 121)	%				
Primeira consulta pré-natal até o 4º mês	579	86,7	89	13,3	668	937	1,49	0,222
Seis ou mais consultas pré-natais	525	85,4	90	14,6	615	1001	10,58	0,001
Uma ou mais consultas no 1º trimestre	427	85,1	75	14,9	502	1006	8,03	0,005
Duas ou mais consultas no 2º trimestre	600	87,6	85	12,4	685	1006	0,29	0,587
Três ou mais consultas no 3º trimestre	543	86,2	87	13,8	630	1006	5,06	0,025
Tipagem sanguínea (ABORh)	542	87,8	75	12,2	617	1006	0,02	0,875
Primeiro VDRL	628	88,3	83	11,7	711	1006	0,29	0,592
Segundo VDRL	281	85,9	46	14,1	327	1006	1,90	0,168
Primeiro EAS	580	87,9	80	12,1	660	1006	0,02	0,900
Segundo EAS	278	85,3	48	14,7	326	1006	3,31	0,069
Primeira Glicemia	635	88,4	83	11,6	718	1006	0,52	0,471
Segunda Glicemia	297	86,6	46	13,4	343	1006	0,94	0,332
Hemoglobina	618	87,9	85	12,1	703	1006	0,01	0,925
Hematócrito	565	87,9	78	12,1	643	1006	0,02	0,894
Testagem Anti-HIV	575	88,2	77	11,8	652	1006	0,08	0,773
Vacinação Antitetânica	339	87,1	50	12,9	389	1006	0,41	0,523
Atividades Educativas Individuais/Coletivas	190	75,1	63	24,9	253	1011	53,57	0,000
Acompanhamento da gravidez de alto risco	114	87,6	17	12,4	131	183	0,07	0,791
Pré-natal totalmente adequado ao PHPN	12	85,7	2	14,3	14	933	0,04	0,832

*Valores máximos de tamanho amostral

De um modo geral, a prevalência de impacto da condição bucal na qualidade de vida foi baixa, visto que no estudo de Bombarda-Nunes *et al.*²⁷, realizado no município de Vitória-ES, com população predominante de mulheres em idade reprodutiva, essa prevalência foi duas vezes maior do que a encontrada no presente estudo. Mas, segundo o estudo de Oliveira e Nadanovski²⁰ os resultados do impacto nas dimensões avaliadas encontram resultados mais aproximados aos deste estudo, pois as amostras possuem características semelhantes.

Deve-se destacar que o desconforto psicológico e a dor física foram as dimensões que mais impactaram a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez. Concordando com esses achados, Misrachi *et al.*²⁸ avaliando grávidas chilenas e peruanas, descreveu que as dimensões: dor física e limitação funcional foram as de maior prevalência de impacto. Enquanto, na Índia a dor e a incapacidade física foram relatadas com maiores frequências de impacto na qualidade de vida²⁹. Essas constatações permitem sugerir que a dor de origem bucal é um problema de saúde pública importante na gravidez que traz repercussões importantes sobre a qualidade de vida das mulheres em acompanhamento pré-natal, portanto as medidas relacionadas à promoção da saúde bucal e à prevenção de doenças bucais assumem elevada relevância nesse momento.

A prevalência sobre o conhecimento autorrelatado das puérperas, sobre informações de interesse odontológico para a promoção da saúde materno-infantil, repassadas durante o acompanhamento pré-natal pelos profissionais de saúde foi inferior a 50% para a maioria dos itens avaliados. Percebeu-se que, para informações com campo de conhecimento específico da odontologia, o relato foi menor do que para conhecimentos comuns a outras áreas de formação. Isso infere certa desvinculação entre as informações odontológicas e outras dos serviços de pré-natal, também abordadas por Albuquerque *et al.*¹. Contudo, a avaliação sobre o nível educativo foi considerado adequado em mais de 40% da amostra, isso evidencia que muitas mulheres chegam ao parto lembrando-se de informações importantes sobre cuidados maternos e infantis.

Quando se avalia a utilização de serviços odontológicos no acompanhamento pré-natal, verifica-se que a assistência preventiva é pouco presente e desarticulada da assistência educativa, visto que a prevalência da combinação entre esses níveis é cerca de 10%. Ao considerar que uma assistência odontológica de qualidade deveria articular práticas edu-

cativas e preventivas, julga-se que nesse quesito existem falhas na condução terapêutica.

Quanto à utilização de serviços odontológicos curativos, considera-se que, possivelmente procurarão esses serviços, as gestantes que percebem alguma necessidade em saúde e que encontram respostas dos serviços de saúde às suas necessidades. Nesse sentido, os resultados são influenciados tanto pela baixa percepção de necessidade das puérperas, reforçada por mitos e crenças³, quanto pela incapacidade dos serviços em ofertar recursos físicos e humanos necessários ao cuidado¹. Ressalta-se que grande parte das mulheres que foram assistidas no nível curativo, não recebeu uma quantidade de informações adequada, nem teve acesso a medidas preventivas, o que remete ao descumprimento do Princípio da Integralidade no acompanhamento pré-natal odontológico.

Porém, o diagnóstico de impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida foi coerente com a realização de pelo menos uma consulta odontológica e com o acesso adequado aos níveis de atenção: preventivo e curativo. Em todos os níveis de assistência odontológica considerados, executando-se o nível educativo, a frequência de utilização de serviços odontológicos na gestação por mulheres que apresentaram impacto no OHIP-14 foi significativamente superior às mulheres sem detecção de impacto. Isso sugere que o instrumento psicométrico é uma proposta viável para medir as necessidades de populações nos serviços de saúde pública, pois é capaz de mensurar com facilidade e rapidez a dimensão dos problemas bucais¹⁹. Além disso, os resultados sugerem que a percepção subjetiva das usuárias sobre a necessidade de atenção à saúde bucal geralmente são reconhecidas pelos profissionais. Nesse sentido, poderiam ser priorizados nos serviços odontológicos usuários com diagnóstico de impacto da condição bucal na qualidade de vida, visando à equidade da assistência¹⁰.

Outro ponto a ser discutido refere-se ao entendimento de que o processo de utilização de serviços de saúde envolve sempre a interação entre o comportamento do usuário em potencial, que procura atenção e os profissionais nos serviços dentro dos sistemas de saúde³⁰. No contexto da assistência odontológica pré-natal, parece que o encontro entre usuárias, com impacto no OHIP-14, e os serviços de saúde pública na RMGV-ES tem acontecido com frequência. Possivelmente, porque quem sofre mais, busca mais os serviços e tem maiores possibilidades de ser atendido em suas necessidades. Contudo, uma limitação me-

metodológica deste estudo refere-se a não realização de uma avaliação clínica profissional dessas necessidades, que podem ter sido superestimadas pelas puérperas. Nesse sentido, os critérios de impacto do OHIP-14 seriam úteis para priorizar e planejar ações de saúde que incluam: a avaliação clínica e o tratamento subsequente, das mulheres que se percebam mais necessitadas de cuidados odontológicos no pré-natal.

O OHIP-14 compõe um conjunto de indicadores chamados de “sociodentais” que têm sido muito estudados e utilizados³¹, não com a finalidade de estabelecer necessidade clínica de tratamento odontológico, mas com o objetivo de priorizar ações e planejar serviços de saúde³². Além disso, esses indicadores psicométricos têm sido válidos para mensurar, não necessariamente a doença, mas a influência das condições bucais na percepção subjetiva de saúde e de qualidade de vida das populações humanas^{31,33}.

Deve-se ressaltar que, segundo os critérios de avaliação, percebe-se uma fragmentação do cuidado odontológico na assistência pré-natal, visto que não há uma articulação entre os níveis de atenção à saúde. Algumas gestantes recebem assistência educativa, outras a preventiva e outras a curativa. Não se nota uma continuidade da assistência, segundo os níveis de complexidade, resultando na corrosão do princípio da integralidade no SUS¹⁶. Isso pode ser explicado tanto pelo lado da gestante, que soluciona sua necessidade prioritária de saúde bucal e não buscam outros cuidados, quanto pelo lado da equipe de saúde bucal, que pode pautar suas práticas apenas na solução de problemas imediatos¹⁷, o que resulta numa assistência odontológica à gestante muito incipiente, sem integração entre os níveis de cuidado, como mostram as evidências deste estudo.

Contudo, é possível sugerir que os profissionais da odontologia não estão sendo preparados para assistir à gestante. Nos Estados Unidos, mais de 80% dos programas de higiene bucal dedicam apenas duas horas para abordar os temas relacionados aos desfechos adversos da gestação nos currículos³⁴. No Brasil, o resultado de um programa de atenção às gestantes revelou que estudantes de graduação em odontologia, mesmo sendo treinados previamente, apresentam dificuldades quanto à administração medicamentosa, realização de procedimentos clínicos invasivos e conhecimento sobre cuidados com o bebê³⁵. Nesse caso, as barreiras de acesso a uma atenção odontológica qualificada na gestação relacionam-se ao conhecimento insuficiente dos profissionais da odontologia, que reproduzem crenças do senso

comum, suscitam medo e insegurança postergando uma intervenção resolutiva³⁶.

Quando foi avaliada a integração entre assistência odontológica adequada e o acompanhamento pré-natal recomendado pelo PHPN, observou-se que estiveram desvinculadas. Como demonstrado no estudo de Victora et al.³⁷, a assistência pré-natal no Brasil tem avançado quanto à captação precoce da gestante e ao aumento do número total de consultas. Todavia, permanecem falhas relacionadas ao processo de assistência, incluindo exames físicos, clínicos e laboratoriais, que inviabilizam a integração entre os procedimentos e a consequente qualidade do acompanhamento das gestantes³⁸. Em consonância, este estudo demonstrou alta prevalência de realização de consultas pré-natais e baixas frequências de realização dos exames laboratoriais e das atividades educativas.

A quantidade de consultas totais, no primeiro e no terceiro trimestre foi fundamental para condicionar uma assistência odontológica adequada. Nesse sentido, é possível sugerir que a assistência produzida pelos profissionais médicos e pela equipe de enfermagem reforça a atenção odontológica. Por isso, o entrelaçamento entre as práticas profissionais é fundamental para a produção do cuidado pré-natal qualificado.

O resultado mais surpreendente deste estudo foi a associação muito significativa entre a realização de atividades educativas domiciliares individuais ou promovidas por grupos de gestantes nas unidades de saúde e a assistência odontológica pré-natal adequada. Por meio dessas atividades, a educação em saúde parece funcionar como agente promotor de qualidade da assistência, visto que barreiras de acesso socioculturais e psicossociais¹ podem ser demolidas. Deve-se considerar que no momento da gestação a mulher torna-se mais receptiva a novos conhecimentos³⁹ e seu contato com os serviços é mais frequente do que em outras fases do ciclo da vida. Por isso, a gravidez se constitui num momento ímpar da vida da mulher em que a oportunidade educativa deve ser aproveitada, visto que os conhecimentos obtidos podem ser agentes promotores de estilos de vida mais saudáveis, tanto para si quanto para seus filhos e família.

A experiência do Programa de Atenção Odontológica à Gestante da Universidade Estadual Paulista, após dez anos, evidencia que o envolvimento, tanto de profissionais quanto das gestantes, na educação em saúde favorecem a qualidade da assistência pré-natal⁴⁰. A relevância da educação em saúde fundamenta-se na possibili-

dade de incorporação de práticas saudáveis por toda a vida das mulheres, aumentando a responsabilização pela saúde, entre profissionais e usuárias, e impulsionando crescente autonomia quanto ao autocuidado. Nesse sentido, a educação em saúde pode elevar a autoestima da mulher melhorando sua qualidade de vida.

Conclusões

Ao reconhecer o importante papel das atividades educativas para a melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde pública, além da crescente organização do processo de assistência pré-natal, sugere-se uma conjugação das políticas em parceria com os usuários do SUS neste campo na vida e na ação, que explicitem e articu-

lem políticas de saúde mais específicas, voltadas para a formulação de propostas e de materiais educativos, coerentes com os contextos sociais, para que sejam implementadas a fim de impulsionar a qualidade de vida e a qualidade da ação como progressão dos saberes sobre a saúde das mulheres e das crianças do Brasil.

Em particular, o acesso das mulheres à assistência odontológica parece funcionar como agente potencializador da qualidade de vida pela percepção subjetiva de bem-estar. Portanto, a odontologia precisa ser expandida e estar mais integrada aos serviços de saúde pública, fornecendo respostas adequadas às necessidades de saúde e ao sofrimento das gestantes, sem perder o foco de que as ações educativas são facilitadoras para despertar uma assistência pré-natal mais integral e humanizada que repercute na qualidade de vida.

Colaboradores

ET Santos Neto, AE Oliveira, E Zandonade e MC Leal participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(3):789-796.
- Finkler M, Oleiniski DMB, Ramos FRS. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. *Texto contexto-enferm* 2004; 13(3):360-368.
- Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):1075-1080.
- Barak S, Oettinger-barak O, Oettinger M, Machtei EE, Peled M, Ohel G. Common oral manifestations during pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58(9):624-628.
- Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):269-276.
- Sabroza AR, Leal MC, Souza Júnior PR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 1):S130-S137.
- Downe S, Finlayson K, Walsh D, Lavenderb T. 'Weighing up and balancing out': a meta-synthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high-income countries. *BJOG* 2009; 116(4):518-529.
- World Health Organization (WHO). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 4(10):1403-1409.
- Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1):3-11.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Rio de Janeiro: Editora UERJ, IMS, Abrasco; 2006. p. 115-128.
- Menezes EV, Yakoob MY, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 7(9):S1-S4.
- Polyzos NP, Polyzos IP, Zavos A, Valachis A, Mauri D, Papanikolaou EG, Tzioras S, Weber D, Messinis IE. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 29(341):c7017.
- Conde-Agudelo A, Villar J, Lindheimer M. Maternal infection and risk of pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(1):7-22.
- Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
- Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saude Publica* 1999; 15(4):701-709.
- Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores a serem defendidos In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. Rio de Janeiro: Editora UERJ, IMS, Abrasco; 2006. p. 41-68.
- Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Cien Saude Colet* 2011; 16(5):2549-2558.
- Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento Jones dos Santos Neves. [site na Internet]. [acessado 2007 jul 9]. Disponível em: <http://www.ijns.es.gov.br/>
- Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada – Parte I: Adaptação cultural e lingüística. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(1):6-15.
- Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-314.
- Slade G. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4):284-290.
- Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J* 2005; 198(8):489-493.
- Brasil. Ministério da Saúde (NS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica: Saúde bucal*. Brasília: MS; 2006.
- Emmerich AO, Theodoro ESN, Zandonade E. A primeira viagem de mamãe Eva: uma história de promoção da saúde materno-infantil. Vitória: Edufes; 2009.
- Brasil. Portaria nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2000; 8 jun.
- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica* 2004; 20(2):580-588.
- Bombarda-Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria - Clín Integr*. 2008; 8(1):7-14.
- Misrachí C, Ríos M, Morales I, Urzúa JP, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral em embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2009; 26(4):455-461.
- Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hygiene* 2009; 7(2):102-107.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2): S190-S198.
- Brondani MA, MacEntee MI. The concept of validity in sociodental indicators and oral health-related quality-of-life measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(6):472-478.

32. Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. *Bull World Health Organ* 2006; 84(1):36-42.
33. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(3):195-203.
34. Wilder RS, Thomas KM, Jared H. Periodontal-Systemic Disease Education in United States Dental Hygiene Programs. *J Dent Educ* 2008; 72(6):669-679.
35. Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, Zina LG, Moscardini TM. Avaliação da percepção de acadêmicos de odontologia sobre a participação no Programa de Atenção Odontológica à Gestante da FOAUNESP. *Rev. Ciênc. Ext.* 2006; 2(2):1-15.
36. Codato LA, Nakama L, Cordoni Jr L, Higasi MS. Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2367-2301.
37. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377(9780):1863-1876.
38. Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, Vettore MV, Leal MC. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(5):1021-1034.
39. Costa ICC, Marcelino G, Berti GM, Saliba NA. A gestante como agente multiplicador de saúde. *Rev. Pós Grad.* 1998; 5(2):87-92.
40. Moimaz SAS, Garbin CAS, Rocha NB, Santos SMG, Saliba NA. Resultados de dez anos do Programa de Atenção Odontológica à Gestante. *Rev. Ciênc. Ext.* 2011; 7(1):42.

Artigo apresentado em 30/04/2012

Aprovado em 17/07/2012

Versão final apresentada em 30/08/2008