

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA INTEGRADA**

VITÓRIA MONTEIRO

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE GESTANTES ATENDIDAS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DE PONTA GROSSA – PR: ESTUDO COMPARATIVO
SEGUNDO O RISCO GESTACIONAL**

**PONTA GROSSA
2020**

VITÓRIA MONTEIRO

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE GESTANTES ATENDIDAS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE DE PONTA GROSSA – PR: ESTUDO COMPARATIVO
SEGUNDO O RISCO GESTACIONAL**

Dissertação apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Mestre na Universidade Estadual de Ponta Grossa, do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu - Mestrado em Odontologia – Área de concentração: Clínica Integrada. Linha de Pesquisa: Epidemiologia, diagnóstico e intervenção em saúde bucal.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Marcia Helena Baldani
Pinto

**PONTA GROSSA
2020**

M775 Monteiro, Vitória
Condição de saúde bucal de gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde de Ponta Grossa - PR: estudo comparativo segundo o risco gestacional / Vitória Monteiro. Ponta Grossa, 2020.
77 f.

Dissertação (Mestrado em Odontologia - Área de Concentração: Clínica Integrada), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Helena Baldani Pinto.

1. Saúde bucal. 2. Gestantes. 3. Gravidez de alto risco. 4. Cuidado pré-natal.
I. Pinto, Marcia Helena Baldani. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Clínica Integrada. III.T.

CDD: 617.6

VITÓRIA MONTEIRO

Condição de saúde bucal de gestantes atendidas no sistema Único de Saúde de Ponta Grossa – PR: estudo comparativo segundo o risco gestacional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto sensu em Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração em Clínica Integrada, linha de pesquisa de Epidemiologia, diagnóstico e intervenção em saúde bucal.

Ponta Grossa, 19 de fevereiro de 2020.



Prof.ª. Dr.ª. Márcia Helena Baldani Pinto
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Prof.ª. Dr.ª. Juliana Schaia Rocha
Pontifícia Universidade Católica do Paraná



Prof.ª. Dr.ª. Ana Cláudia Rodrigues Chibinski
Universidade Estadual de Ponta Grossa

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de Mestrado não poderia ser finalizada sem o apoio de algumas pessoas. Mas em primeiro lugar sou grata à **Deus** pelo dom da vida e pela oportunidade em realizar o curso de Odontologia e o Mestrado em Clínica Integrada na Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Agradeço à minha mãe **Milsa Monteiro** que jamais mediu esforços para me garantir um bom futuro, e pelo apoio e incentivo em todas as minhas conquistas.

Agradeço aos meus familiares **Marilda Monteiro Porto, Adécio Ferreira Porto, Alan Porto e Amanda de Fátima Porto** pelo apoio nos bons e maus momentos e por acreditarem em meu potencial.

Às minhas colegas de pós-graduação **Mayara Vitorino Gevert e Milena Correa da Luz** pela paciência e zelo desde o início do curso. Agradeço também o auxílio em todos os congressos.

À minha orientadora e professora **Márcia Helena Baldani Pinto** que teve grande importância em meu aprendizado acadêmico e representa uma referência pessoal e profissional para mim.

À professora **Ana Cláudia Rodrigues Chibinski** por todas as orientações durante o curso e nas bancas de qualificação e defesa, e todo o apoio dentro e fora da Universidade.

Às alunas de graduação e participantes do PIBIC **Carolina Wantroba e Amanda Kovalczuk** pela dedicação com a pesquisa e aprendizado mútuo.

Aos professores **Eduardo Bauml Campagnoli e Juliana Schaia Rocha** pelas considerações no presente trabalho.

Desejo agradecer igualmente à secretária da pós-graduação **Bianca Linhares Teleska** pela dedicação exemplar que tem com todos os docentes e discentes.

Aos **profissionais** das Unidades Básicas de Saúde e às **mulheres** que participaram da pesquisa, meu muito obrigada!

E por fim, agradeço a todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Durante a gravidez ocorrem alterações fisiológicas e psicológicas no organismo da mulher, capazes de provocar prejuízos durante o nascimento e, posteriormente, na saúde do bebê. O presente estudo teve como objetivo caracterizar e comparar a condição de saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico (clínica e autorreferida) e seus impactos na qualidade de vida de mulheres com gestação de baixo e alto risco, que realizaram o acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde no município de Ponta Grossa – PR entre 2017 e 2020. Foi realizado estudo transversal com uma amostra não probabilística por conveniência de 405 gestantes, estratificadas em dois grupos segundo o risco gestacional, que responderam a um questionário estruturado, com questões sociodemográficas, condição de saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico autorreferida (“você está com algum problema bucal atualmente?” e “você acha que necessita de algum tratamento bucal?”), e impacto da condição bucal na qualidade de vida por meio do instrumento OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*). Foi realizada avaliação clínica da experiência de cárie e necessidade de tratamento odontológico pelo índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e restaurados), condição periodontal pelo índice CPI (periodontal comunitário) e higiene bucal pelo índice IHO-S (higiene oral simplificado). Os dados categóricos foram analisados através do teste Qui-quadrado de Pearson e teste Z, com pós-teste de Bonferroni. As diferenças entre variáveis contínuas foram verificadas com o teste U de Mann-Whitney. A análise das associações bivariadas entre a exposição (risco gestacional) e o desfecho (condição bucal e necessidade de tratamento clínica e autorreferida) foram estimadas pela razão de prevalência, através da análise de regressão robusta de Poisson, com intervalo de confiança de 95%. Não foram identificadas diferenças significativas quanto à condição bucal e necessidade de tratamento odontológico percebidos entre as gestantes de baixo e alto risco. Quanto às condições clínicas, não houve diferença entre os grupos quanto à presença de dentes cariados ou necessidade de tratamento restaurador. Entretanto, o impacto da condição bucal na qualidade de vida (OHIP-14) foi maior entre as mulheres com gestação de alto risco ($p=0,047$), assim como o Índice CPO-D ($p<0,001$), a presença de dentes restaurados ($p=0,012$) e higiene bucal ruim ($p=0,003$). As gestantes de baixo risco, por sua vez, apresentaram maior quantidade de dentes com cálculo e bolsa periodontal ($p<0,001$), e maior necessidade de tratamento endodôntico e exodontias ($p=0,003$). Esses desfechos permaneceram associados ao risco gestacional mesmo após controlados por idade, trimestre gestacional, ter ou não outros filhos, cor/raça e escolaridade, com exceção do impacto na qualidade de vida que deixou de mostrar diferença entre os grupos. Apesar da maior experiência de cárie, as gestantes de alto risco apresentaram melhor condição bucal. No entanto, a maior quantidade de biofilme presente nesse grupo indica que fatores relacionados ao risco gestacional podem interferir negativamente sobre a higiene bucal, o que demanda atenção da equipe de saúde durante o pré-natal odontológico.

Palavras-chave: Saúde bucal; Gestantes; Gravidez de alto risco; Cuidado pré-natal.

ABSTRACT

During pregnancy, women face physiological and psychological changes which can lead to damage for the baby's health, at birth and later. The present study aimed to characterize and compare the oral health condition, the need for dental treatment (clinical and self-reported), and their impact on quality of life of women with low and high risk pregnancies, who underwent prenatal care at the Unified Health System in the municipality of Ponta Grossa - PR from 2017 to 2020. A cross-sectional study was carried out with a non-probabilistic convenience sample of 405 pregnant women, stratified into two groups according to their gestational risk, who answered a structured questionnaire about sociodemographic characteristics, self-reported oral health condition and need of dental treatment ("are you currently having any oral problems?" and "do you think you need any oral treatment?"), and the impact of oral condition on quality of life through OHIP-14 instrument (Oral Health Impact Profile). Clinical evaluation of caries experience and need for dental treatment was performed using the DMF-T index (Decayed, Missing and Filled Teeth), of periodontal condition using the CPI index (Community Periodontal Index) and of oral hygiene using the SOH-I (Simplified Oral Hygiene Index). Categorical data were analyzed using Pearson's Chi-square and Z tests, with Bonferroni's post-test. The differences between continuous variables were verified with the Mann-Whitney U test. The analysis of bivariate associations between exposure (gestational risk) and the outcomes (clinical and self-reported oral condition and dental treatment need) were estimated by prevalence ratios, through Poisson robust regression analysis, with 95% confidence interval. No significant differences were identified between low and high risk pregnant women regarding self-perceived oral health and dental treatment need. As for clinical conditions, there was no differences between groups regarding the presence of decayed teeth or the need for restorative treatment. However, the impact of oral health on quality of life (OHIP-14) was higher among women with high-risk pregnancies ($p = 0.047$), as well as the DMFT index ($p < 0.001$), the presence of restored teeth ($p = 0.012$) and poor oral hygiene ($p = 0.003$). Low-risk pregnant women, in turn, had a greater amount of sextants with calculus and periodontal pockets ($p < 0.001$), and more need for endodontic treatment and extractions ($p = 0.003$). These outcomes remained associated with gestational risk even after being controlled for age, gestational trimester, having more children or not, skin color/race and educational level, except the impact on quality of life, which did not show any difference between the groups after controlling. Despite the higher experience of caries, high-risk pregnant women showed better oral conditions. However, the greater amount of biofilm present in this group indicates that factors related to gestational risk can negatively interfere with oral hygiene, which demands attention from the health team during dental prenatal care.

Keywords: Oral health; Pregnant women; High-risk pregnancy; Prenatal care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Códigos utilizados durante o exame clínico para a realização do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)	32
Quadro 2	Códigos utilizados para o diagnóstico da condição periodontal segundo o Índice Periodontal Comunitário (CPI)	33
Quadro 3	Códigos utilizados durante o exame da condição bucal para o cálculo do índice CPO-D, demonstrando a condição do elemento dentário e a necessidade de tratamento odontológico	34
Figura 1	Distribuição da necessidade de tratamento odontológico. Gestantes atendidas na rede pública de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Valores do Índice Kappa na calibração das examinadoras durante os estudos pilotos, 2016 (etapa 1) e 2019 (etapa 2)	35
Tabela 2	Características sociodemográficas e da gravidez. Gestantes atendidas na rede pública de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)	38
Tabela 3	Consultas odontológicas. Gestantes atendidas na rede pública de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)	39
Tabela 4	Autopercepção da condição bucal e necessidade de tratamento odontológico, e impacto da saúde bucal na qualidade de vida da gestante. Gestantes atendidas na rede pública de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)	40
Tabela 5	Condição clínica de saúde bucal e impacto da saúde bucal na qualidade de vida da amostra. Gestantes atendidas na rede pública de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)	41
Tabela 6	Distribuição proporcional segundo a condição clínica de saúde bucal. Gestantes atendidas na rede pública de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)	43
Tabela 7	Razão de prevalência bruta e ajustada e intervalos de confiança de 95% das variáveis de condição bucal e necessidade de tratamento clínica e percebida segundo o risco gestacional. Gestantes atendidas na rede pública de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	12
2.2. SAÚDE BUCAL DURANTE A GRAVIDEZ.....	13
2.1.1 Alterações Salivares.....	14
2.2.2 Cárie Dentária	15
2.2.3 Saúde Periodontal.....	17
2.3. TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA GRAVIDEZ	19
2.4. AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL	22
2.4.1 Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida	23
3 PROPOSIÇÕES	26
3.1 PROPOSIÇÃO GERAL.....	26
3.2 PROPOSIÇÕES ESPECÍFICAS.....	26
4 MATERIAL E MÉTODOS	27
4.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO	27
4.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM	28
4.3.1 Primeira Etapa – Gestantes de Alto Risco	28
4.3.2 Segunda Etapa – Gestantes de Baixo Risco.....	29
4.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	30
4.4.1 Sociodemográficas	30
4.4.2 Características da Gravidez	30
4.4.3 Utilização de Serviços Odontológicos	30
4.4.4 Impacto da Condição Bucal na Qualidade de Vida	30
4.4.5 Saúde Bucal Autorreferida	31
4.4.6 Condição Bucal	31
4.4.6.1 Higiene bucal.....	31
4.4.6.2 Condição periodontal.....	32
4.4.6.3 Experiência de cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico.....	33
4.5. ESTUDO PILOTO E CALIBRAÇÃO.....	34
4.6. ANÁLISES ESTATÍSTICAS	35
5 RESULTADOS	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	37
5.2 AUTOPERCEPÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL E IMPACTO DA CONDIÇÃO BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA	39
5.3 CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL.....	40

5.3.1 Condição Bucal Clínica.....	40
6 DISCUSSÃO	46
7 CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E QUESTIONÁRIO.....	62
ANEXO A – PARECER CONSTUBSTANCIADO CEP	69
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PREFEITURA MUNICIPAL (ETAPA I)	74
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PREFEITURA MUNICIPAL (ETAPA II)	76

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período único na vida das mulheres, caracterizado por complexas alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e familiares, e que deve ser entendida como parte de uma experiência de vida saudável. Entretanto, tais alterações podem afetar adversamente a saúde bucal da mulher, tornando-as um grupo populacional vulnerável e prioritário, com necessidade de maior atenção no cuidado em saúde.¹⁻⁴

É imprescindível que sejam identificados os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível, possibilitando um atendimento ágil e específico à necessidade individual. A história passada da gestante, incluindo seu passado obstétrico, fatores sociais, demográficos e econômicos devem ser analisados para que o risco gestacional seja conhecido e minimizado, contribuindo para a redução da morbimortalidade materno-infantil.^{2,5} Em pesquisa com gestantes de alto risco em João Pessoa – PB, Martins et al.⁶ relataram que a desordem de maior prevalência encontrada para classificação de alto risco gestacional foi a hipertensão arterial, seguido de diabetes mellitus. A principal queixa relatada durante a gravidez foi dores nas costas, seguido de cárie dentária e sangramento gengival.

A percepção da gestante em manter sua saúde bucal adequada precisa ser enfatizada, porque a procura pelo atendimento odontológico nesse período, segundo Rech e Manfio⁷, ainda é baixa, em pesquisa conduzida no município de Passo Fundo – RS. Mitos e crenças errôneas que geram medo em relação ao tratamento odontológico, fazem as gestantes procurarem tardiamente um profissional de saúde bucal.⁸

Segundo estudo realizado em Karad – Índia por Kamate et al.⁹, ocorre maior propensão da doença cárie em gestantes, independentemente do nível socioeconômico da mulher. Entretanto, de acordo com a revisão sistemática de Wagle et al.¹⁰ as gestantes com cárie dentária não apresentaram risco aumentado para o parto prematuro, e não houve diferença na média do índice CPO-D entre mulheres que apresentavam cárie e tiveram parto prematuro com as que tiveram parto a termo. Em relação a doença periodontal, de acordo com Kruse et al.¹¹, as gestantes com alto risco para o parto prematuro mesmo na ausência de doença, apresentaram maior inflamação gengival em comparação às mulheres com um curso normal de gravidez.

Segundo os autores, a hospitalização da gestante favorece procedimentos menos precisos de higiene bucal, além da influência hormonal sobre o tecido gengival, responsável pelo aumento da permeabilidade vascular e bacteremia transitória através da invasão de patógenos periodontais nas células. Portanto, a gestação de alto risco seria mais beneficiada com o tratamento periodontal na prevenção de efeitos adversos na gravidez, como prematuridade e baixo peso ao nascer. O momento do tratamento periodontal pode determinar sua eficácia na redução de sinais e sintomas da doença periodontal e da resposta inflamatória associada, e pode reduzir os resultados adversos da gravidez. Por isso são imprescindíveis a prevenção e o tratamento da doença periodontal durante o pré-natal.¹¹⁻¹³ O nascimento prematuro parece ser uma ocorrência multi-causal em que o status periodontal é um fator, entretanto mais estudos são necessários.¹¹

Na maioria dos casos, os riscos de morbimortalidade materno-infantil podem ser prevenidos se identificados precocemente e acompanhados. Por conta disto, o pré-natal constitui a melhor forma de prevenção e tratamento dos agravos durante a gravidez. A participação efetiva de todos os profissionais da área da saúde é imprescindível, incluindo o cirurgião dentista.¹⁴

Devido à escassez de estudos sobre a influência da saúde bucal no desfecho da gravidez, este estudo teve como objetivo caracterizar a condição de saúde bucal das gestantes de baixo e alto risco assistidas pelo Sistema Único de Saúde de Ponta Grossa – PR, e comparar a condição de saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico, clínica e autorreferida que possam existir entre os riscos gestacionais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Em 2011, devido ao alto nível de morbidade e mortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde lançou, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a estratégia Rede Cegonha (Portaria nº 1.459), com o objetivo de qualificar os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde e torná-los eficientes no cuidado com a mulher durante o período de gestação, parto e pós-parto, e assim, proporcionar saúde, qualidade de vida e bem-estar à população. Para reorganização da assistência, é reforçada a estratificação do risco gestacional da mulher, em baixo e alto risco, de acordo com as principais causas de óbitos e fatores de risco para a morbimortalidade materno-infantil.¹⁵

A mortalidade materna representa o óbito da mulher após a gestação ou até 42 dias após, que esteja relacionada ou agravada pela gravidez ou medidas relacionadas a ela (excluindo as causas acidentais). Com base nos dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a taxa de mortalidade materna no país reduziu desde 1990 a 2015, de 143 para 62 óbitos maternos, respectivamente, por 100 mil nascidos vivos, e representa uma queda de 56%. Em relação a taxa de mortalidade infantil, entre 1990 a 2017, ocorreu uma queda de 47,1 para 13,4 óbitos de crianças com até um ano de idade para cada 1 mil nascidos vivos.¹⁵⁻¹⁶

Segundo o Ministério da Saúde, alguns fatores de risco preexistentes (cardiopatias, insuficiência renal, diabetes mellitus, hipertensão arterial, epilepsia, doenças autoimunes, malformação uterina, hepatite, infecção pelo HIV, dependência de drogas lícitas ou ilícitas e morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, entre outros) ou que se apresentam durante a gravidez (restrição do crescimento intrauterino, polidrâmnio ou oligodrâmnio, gemelaridade, malformação fetal, infecção urinária de repetição, anemia grave, desnutrição materna severa, obesidade mórbida, alta suspeita clínica de câncer de mama, entre outros) podem estar associados a um pior prognóstico materno-infantil. A mulher é então classificada com gravidez de alto risco quando são identificados tais fatores adversos. São consideradas de baixo risco, ou habitual, quando a morbidade e a mortalidade da mãe e do bebê se apresentam semelhantes ou inferiores as da população.²

Em 2012, a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná propôs a organização da atenção materna e infantil em todo o Estado, através da implementação da Rede Mãe Paranaense. Esta, diferentemente da estratégia do governo federal, estratifica o risco gestacional da mulher em três níveis: risco habitual, intermediário e alto risco. São classificadas em risco habitual os fatores de risco individual equivalentes a população em geral; em risco intermediário as características individuais (raça/etnia e idade) e sociodemográficas (escolaridade); e em alto risco as condições clínicas preexistentes, como hipertensão arterial e diabetes mellitus e intercorrências, como doenças infectocontagiosas adquiridas durante a gravidez.^{15,17}

A partir da estratificação de risco gestacional, a mulher é assistida nos três níveis de atenção em saúde: primária, secundária e terciária, conforme a necessidade. Assim, o cuidado deixa de ser fragmentado e passa a garantir o vínculo do indivíduo com o sistema de saúde, o que aumenta a resolubilidade das redes de atenção.^{15,17}

2.2 SAÚDE BUCAL DURANTE A GRAVIDEZ

A mãe tem a capacidade de transferir e demonstrar hábitos de saúde aos seus filhos. Por este motivo as gestantes devem ser um grupo alvo para a educação em saúde bucal. A educação do paciente é uma prioridade, tornando-se um aspecto importante o ensino e o monitoramento de técnicas de higiene durante a gravidez. As gestantes devem estar cientes de que o cuidado na assistência odontológica durante a gravidez é seguro, tanto para a mãe como para a criança.^{4,18}

RADIEL (Estudo Finlandês para a Prevenção da Diabetes Gestacional) é um estudo finlandês, multicêntrico controlado e randomizado, desenvolvido para investigar o efeito da interferência no estilo de vida destinado a prevenção de mulheres com, ou com risco aumentado, para diabetes gestacional.¹⁹ Em um subestudo, Poulsen et al.²⁰ acompanharam 115 mulheres que participaram do coorte original (RADIEL), entre elas, com e sem histórico de diabetes, as quais foram reexaminadas cinco anos após o parto. Como resultado, observaram que o índice CPO-D ($p=0,12$) não teve grande variação entre os grupos, entretanto a presença de inflamação gengival ($p=0,041$) e o índice de placa visível ($p=0,009$) foram maiores nas gestantes sem histórico da doença. Ainda assim, a saúde bucal das mulheres foi classificada como boa, tendo em média 28 dentes e, apenas uma pequena parte, havia perdido

mais de quatro dentes (9%). Quanto à condição periodontal, sete foram diagnosticadas com periodontite e seis com perda óssea alveolar horizontal.

A doença periodontal constitui um processo inflamatório, que se inicia no tecido gengival em resposta aos antígenos bacterianos presentes no biofilme dental, e que permanece aderido ao longo da margem gengival. Hiperglicemia e anormalidades da resposta imune do hospedeiro frente às infecções bucais, tornam as mulheres diabéticas mais susceptíveis à doença periodontal na gravidez.^{14,21} Mulheres com hipertensão arterial, de acordo com Timerman et al.²² e Pralhad et al.²³, têm quase 5 vezes mais chances em desenvolver doença periodontal durante a gravidez, comparado com mulheres sem hipertensão, e a diminuição da saliva com o uso prolongado de anti-hipertensivos e medicamentos para o controle diabético, exercem papel importante no desenvolvimento da cárie dentária.^{14,24}

A gravidez pode apresentar desafios à saúde bucal da mulher, principalmente devido a diversas adaptações fisiológicas. A maioria dessas alterações é hormonal com associação às mudanças comportamentais, e pode levar a novas alterações nos tecidos bucais, como inflamação gengival e maior risco de cárie dentária e erosão ácida.²⁵⁻²⁶ Crenças sobre o tratamento odontológico na gestação, fatores demográficos, nível socioeconômico e de educação, também podem estar associadas a piores condições de saúde bucal e presença de lesões de cárie durante a gestação.²⁷⁻³¹

2.2.1 Alterações Salivares

Alterações salivares na gravidez podem favorecer o aumento de doenças bucais, como cárie, gengivite e doença periodontal, as quais podem ser minimizadas por meio de diagnóstico e monitoramento adequados, incluindo educação em saúde bucal.³¹

Em um estudo coorte com seguimento de 18 meses na cidade de Medellín, Colômbia, que incluiu 35 gestantes sem comprometimento sistêmico, foi coletada saliva estimulada durante o segundo e terceiro trimestres de gestação e sete meses após o parto. No período pós-parto, foi verificado um aumento do pH, através da diminuição da contagem de *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus spp.* (microorganismos indicadores de condição ácida no ambiente) e da capacidade tampão da saliva.³¹ Em relação ao risco gestacional, Merglova et al.³² verificaram altos

níveis de *Streptococcus mutans* na saliva das gestantes avaliadas no estudo, entretanto, sem diferença significativa entre as mulheres com baixo e alto risco gestacional.

Durante a gravidez as mulheres ingerem menor quantidade de alimento, devido a diminuição da capacidade fisiológica do estômago, entretanto, se alimentam com maior frequência, o que pode aumentar o risco à cárie dentária.² A alta frequência de ingestão de alimentos, especialmente carboidratos açucarados, para satisfazer desejos ou evitar náuseas durante a gestação, e episódios regulares de vômito (hiperêmese gravídica) podem causar flutuações no pH salivar em maior frequência, a qual se inicia no primeiro trimestre de gestação, e a acidez da saliva aumenta progressivamente até o segundo e terceiro trimestres. Isto, aliado a cuidados de saúde bucal limitados (dificuldade na escovação devido a náuseas por exemplo), são fatores agravantes para a erosão ácida e cárie dentária durante a gravidez.^{25-26,31,33} Segundo Selvi et al.³³ há relação entre a condição dental e o pH salivar, com a piora do status do índice de higiene oral, gengival e periodontal dos pacientes que apresentam diminuição do pH salivar.

2.2.2 Cárie Dentária

A atividade contínua das comunidades microbianas dentárias (biofilme) resulta em flutuações de pH, que se torna mais ácido devido a ingestão de carboidratos fermentáveis, por exemplo. Esse processo é fisiológico e denominado *des* (desmineralização) – *re* (remineralização). Em busca de um equilíbrio eletrolítico, o pH retorna à normalidade e o mineral presente na saliva (após dissolução dentária) retorna à estrutura dentária e a remineraliza (capacidade tampão salivar). Entretanto, durante meses ou anos, em consequência a diversas flutuações de pH, pode ocorrer a perda total de cálcio e fosfato da superfície de esmalte, com aumento da porosidade e, como sinal clínico, uma lesão de mancha branca de aspecto opaco e textura rugosa pode ser verificada. A lesão de cárie incipiente é caracterizada por uma lesão de mancha branca, que evolui para uma descontinuidade da superfície dentária (cavitação), quando não ocorre intervenção nos determinantes da doença.³⁴

Além dos determinantes biológicos, fatores sociodemográficos, como aglomeração familiar, saneamento básico precário, analfabetismo, renda familiar insuficiente e menor esperança de vida, são determinantes psicossociais que

determinam a ocorrência da doença cárie.³⁵ Segundo o levantamento epidemiológico nacional realizado em 2010 (SB Brasil 2010) pelo Ministério da Saúde, fatores sociodemográficos foram encontrados na maior parte em capitais com altos índices de cárie e perda dentária e menores taxas de jovens livres de cárie. Todos estes fatores aumentam a vulnerabilidade do indivíduo ao desenvolvimento de cárie dentária.³⁵⁻³⁶

O acesso limitado dos brasileiros durante anos aos serviços odontológicos, criou a visão da Odontologia mutiladora com atuação fundamentalmente clínica do profissional, resumida em alívio da dor dentária, principalmente por meio de exodontias. Para mudar esta perspectiva, a Odontologia passou a ser inserida nas políticas públicas de saúde do país e, em 2003, com o objetivo de oferecer ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, a qual é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida do indivíduo, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, para reorganizar a atenção em saúde bucal no país, e qualificar os serviços gratuitos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).³⁷

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2013 (PNS 2013) as principais disparidades observadas em relação aos fatores socioeconômicos determinantes ao acometimento da doença cárie, foram a perda total e funcional de dentes e a dificuldade de mastigação. Em relação aos indicadores de higiene bucal, maior disparidade econômica no uso do fio dental e consulta odontológica no último ano.³⁸ A renda é crucial na saúde bucal, pois é um fator limitante do acesso aos recursos de higiene, essenciais para a manutenção de uma boa condição bucal. Além disso, a renda tem impacto no acesso aos serviços, pois, apesar da expansão da oferta de atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde após a inserção de equipes de saúde bucal nos Centros de Atenção Básica e Especialidades Odontológicas (Programa Brasil Sorridente), verificou-se que mesmo a população de menor renda procura um profissional particular. Os resultados mostram a necessidade de reavaliação das políticas públicas voltadas à saúde bucal e maior atenção direcionada a população mais vulnerável, investindo não apenas em medidas preventivas, mas também em tratamentos restauradores e reabilitadores necessários para essa população, com sequelas decorrentes de exposições.³⁷⁻³⁹

Para Merglova et al.³², a cárie dentária é a segunda doença mais importante da cavidade bucal na gravidez, e a lesão pode ser diagnosticada por meio do índice

CPO-D. Este índice indica o status da cavidade bucal em relação a experiência de cárie viva, e utiliza o número de dentes cariados, perdidos e extraídos pela doença cárie. Em estudo caso-controle realizado com o apoio do Ministério da Saúde da República Tcheca, que contou com a participação de 142 gestantes (61 com gestação de baixo risco e 81 de alto risco), foi possível observar maior experiência de cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre as mulheres com gestação de alto risco. Apesar disso, segundo Wagle et al.¹⁰ é possível que a disseminação bacteriana durante a formação da lesão de cárie e a produção de mediadores pró-inflamatórios induzidos por patógenos orais, não tenham a magnitude de causar produção de mediadores pró-inflamatórios suficientes para ocasionar desfechos negativos na gravidez, como o parto prematuro. Esta afirmativa é corroborada pelo estudo de Vieira³⁰, em que a presença de cárie dentária não teve associação com o parto prematuro, apenas a escolaridade e a presença de hipertensão arterial na gravidez é que possuíram tais correlações.

2.2.3 Saúde Periodontal

Mejia et al.²⁸ afirmam que ocorrem alterações no tecido gengival durante a gravidez, com propensão à gengivite e maior irritação aos fatores locais. Relatam também que a saúde periodontal na gravidez é ruim e as piores condições são diagnosticadas nos estágios mais avançados da gravidez (segundo e terceiro trimestres). Programas de atenção à saúde bucal devem ser desenvolvidos e implementados para gestantes logo nos períodos iniciais, especialmente para populações de baixa renda e em mulheres com gestação de alto risco^{33,40-41} que, segundo Merglova et al.³², possuem mais gengivite e necessidade de tratamento odontológico que as mulheres com gestação de baixo risco.

O nível total de bactérias aumenta significativamente com o início da gravidez, incluindo *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis*, que promove um impacto significativo na massa bacteriana da cavidade bucal, podendo promover a colonização de vários microrganismos, especialmente patógenos periodontais, resultando em aumento do sangramento gengival e fator de risco para a saúde de gestantes.^{32-33,42-43} O aumento quantitativo de patógenos periodontais durante a gravidez ocorre sem um aumento concomitante dos níveis de placa bacteriana.^{41,44-45}

Em estudo realizado na cidade de Pequim, China, foi demonstrado que a *Prevotella nigrescens* seria a bactéria dominante na gengivite durante a gravidez, devido ao aumento de progesterona, a qual pode ser usada pela bactéria para atender sua necessidade de crescimento, ao invés de vitamina K, resultando em aumento significativo deste microrganismo na gravidez e diminuição após o parto, quando ocorre diminuição do nível de progesterona. Além disso, os altos níveis de estrogênio durante a gravidez aumentam o número de vasos sanguíneos, fluxo sanguíneo nos tecidos gengivais e metabolismo do tecido conjuntivo. Portanto, assim como a progesterona, o estrogênio também poderia ser utilizado pelas bactérias como fonte de nutrição. No entanto, sem qualquer interferência nos cuidados em saúde bucal, a gengivite não é autorrecuperada após a gestação.⁴⁶ Para Gil et al.⁴⁷, o hormônio progesterona pode ser considerado o principal responsável pela piora da condição periodontal nas mulheres durante a gravidez.

O aumento de doença periodontal (cuidados limitados de higiene bucal e maior retenção de biofilme) durante a gravidez, é preocupante e, em estudo de Musskopf et al.⁴⁸, foi constatado que os casos de gengivite foram predominantes em relação aos de periodontite. Em uma pesquisa na Universidade Médica do Estado de Rostov, em Rostov do Don, na Rússia, as gestantes que apresentaram periodontite crônica generalizada com profundidade de bolsa periodontal de 6mm, tiveram recém-nascidos com menor peso do que as gestantes saudáveis. Segundo os autores, o baixo peso ao nascer pode estar relacionado a gravidade da destruição periodontal, o curso progressivo da doença na gravidez, a violação da integridade e a permeabilidade de barreiras hematológicas e consequente aumento de mediadores inflamatórios no sangue periférico, umbilical e placenta.⁴⁹ Tais afirmações são reforçadas em estudo de Pérez-Molina et al.¹², mostra que a doença periodontal é um fator de risco evitável para o parto prematuro. Contudo, os autores defendem a necessidade de mais estudos para comprovar a influência da doença periodontal na gravidez.^{12,49}

Apesar de não existir evidências suficientes para afirmar a relação entre doença periodontal e o acometimento de adversidades na gravidez, como a prematuridade da criança⁵⁰, de acordo com Kruse et al.¹¹, mesmo na ausência de doença periodontal, as mulheres com alto risco para o parto prematuro apresentaram piores valores clínicos de inflamação gengival em comparação às gestantes sem risco, e maior detecção de *Fusobacterium nucleatum* à nível subgengival após o parto em

relação as mulheres não grávidas.

2.3 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA GRAVIDEZ

Diversas organizações norte-americanas empreenderam esforços para promover a saúde bucal no país. O Centro Nacional de Educação em Saúde Materno-Infantil publicou “Os Futuros brilhantes na Prática: Saúde Oral para promover e melhorar a saúde e o bem-estar de bebês, crianças e adolescentes”.⁵¹ A Academia Americana de Odontologia, Odontopediatria, Periodontia e Pediatria, juntamente com o Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque, em 2006, implementaram um manual de orientação aos profissionais da área da saúde, com o objetivo de otimizar a saúde bucal de gestantes e crianças pequenas, por meio de recomendações específicas a profissionais de saúde bucal, infantil e outros atuantes no pré-natal. Alguns Estados como Califórnia, Carolina do Sul e Washington, assim como agências nacionais, seguiram os passos do Estado de Nova Iorque, e em 2012 foi publicada a “Referência de Cuidados em Saúde Bucal durante a gravidez: uma Declaração de Consenso Nacional”, que promoveu políticas públicas de ação nacional, estadual e local. Consiste em um guia de orientação para cirurgiões dentistas de todo o país quanto ao manejo da saúde bucal da mulher durante a gravidez (hábitos de higiene bucal, alimentação saudável e tratamento odontológico), e inclui um guia, que deve permanecer em posse da gestante, como auxílio cotidiano no autocuidado em saúde bucal durante este período, e com a cavidade bucal do recém-nascido.⁵¹⁻⁵³ O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, juntamente com a Academia Americana de Odontopediatria e de Periodontia, recomendam que sejam prestados cuidados em saúde bucal durante a gestação, o qual deve ser iniciado durante a primeira consulta pré-natal.^{25,54}

Segundo Deghatipour et al.²⁶, as mulheres no Irã, antes mesmo da gravidez, deveriam ser examinadas clinicamente e aconselhadas quanto ao tratamento odontológico na gestação, sendo também enfatizado por outros profissionais da saúde, como ginecologistas e enfermeiros, e durante a gravidez, receber educação em saúde bucal integrada ao cuidado materno comum, tornando responsabilidade das mães a saúde bucal do recém-nascido.

Hans et al.⁵⁵ em estudo realizado na Índia com pacientes cobertos por um esquema de seguridade social do governo, e pertencentes a níveis socioeconômicos

mais baixos, tiveram como objetivo avaliar a conscientização de gestantes sobre o efeito da higiene bucal nos desfechos da gravidez. A maioria das mulheres relatou algum problema de saúde bucal (72,3%), e como principal queixa, o sangramento gengival (31,1%). Apenas um terço (36,8%) relatou que a escolha alimentar tem efeito negativo na saúde bucal. Com estes resultados, e em colaboração com o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, foi desenvolvido um programa de cinco pontos para o atendimento pré-natal médico e odontológico para gestantes. O primeiro, uma palestra mensal de conscientização para mulheres em idade reprodutiva em cooperação com enfermeiros de saúde pública em centros de saúde rural e urbano. Segundo ponto, um exame clínico bucal assim que a gravidez for detectada. Terceiro, uma sessão individual com a gestante e seus familiares para desmistificar hábitos de higiene inadequados e promover educação em saúde bucal. Quarto, cuidados preventivos de saúde bucal prestados durante a gravidez. E quinto ponto, sessão após o parto para conscientização da mãe sobre a saúde bucal dela e do bebê.

No Brasil, os Cadernos de Atenção Básica em Saúde Bucal⁵⁶ e de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco², ressaltam a necessidade de hábitos de higiene bucal adequados, como escovação dos dentes e o uso do fio dental diariamente. Em relação à assistência em saúde, um mínimo de quatro reuniões da equipe de saúde com as gestantes, e uma visita ao cirurgião dentista durante o pré-natal. As urgências odontológicas devem ser atendidas em qualquer período, entretanto, procedimentos eletivos devem ser programados para o melhor momento de realização.² O primeiro trimestre é o período menos indicado devido às transformações embrionárias, principalmente na realização de tomadas radiográficas, procedimento no qual a gestante deve utilizar avental de chumbo e protetor de tireoide e, se possível, com filmes ultrarrápidos, para evitar exposição desnecessária do feto aos raios x.^{2,56} O segundo trimestre é o mais seguro para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos. No terceiro trimestre há maior risco de síncope, hipertensão e anemia e, durante o procedimento, o desconforto na cadeira odontológica pode causar hipotensão postural. Portanto, é prudente evitar tratamento odontológico longo no final na gravidez.²

Segundo Bernardi et al.⁵⁷, o conhecimento entre os profissionais da rede pública de saúde de Lages – SC, a respeito do tratamento odontológico na gravidez é satisfatório apesar da insegurança com ao uso de medicamentos. Na prática clínica,

a maioria concorda em realizar procedimentos menos invasivos como restaurações, raspagens, endodontia e orientações de higiene oral, contudo, exodontias e radiografias geram maior resistência. Em Vitória da Conquista – BA, apesar da maior parte das gestantes atendidas na Atenção Básica incluídas no estudo de Ferreira et al.⁵⁸ não relatarem dificuldades para agendamento de consulta odontológica, foi observado baixa procura antes e durante o pré-natal, e as mulheres que tiveram contato com o profissional no período gestacional não receberam assistência odontológica na integralidade através de medidas de promoção e prevenção em saúde, em sua maioria procedimentos de urgência para resolução da dor sem a continuidade do cuidado.

A procura por tratamento odontológico na gravidez, de acordo com Gonçalves et al.⁵⁹, é menor entre as mulheres com idade e renda mais baixas. Os autores utilizaram dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) realizado entre 2011 e 2014, e reforçam que a idade avançada da mulher requer atenção diferenciada durante o pré-natal. Muitas delas já possuem filho e acumulam riscos pela idade avançada e possíveis alterações sistêmicas que possam contribuir para a morbimortalidade materna e infantil.

Um fluxo de atendimento odontológico elaborado por meio de documentos do Ministério da Saúde e protocolos municipais, estaduais e internacionais, preconiza que ao ingressar no pré-natal, as mulheres devem participar de uma reunião didática pedagógica para sanar as dúvidas sobre o tratamento odontológico durante a gravidez, procedimentos que podem ser submetidas e as práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, respeitando sempre as particularidades dessa abordagem, como tempo e posição de trabalho ou prescrição medicamentosa adequada. Ao final da gravidez, devem ser guiadas pela equipe multiprofissional em matéria de amamentação e saúde bucal do bebê por meio de uma abordagem transdisciplinar sobre esses temas, com o objetivo de fortalecer a aquisição hábitos saudáveis para mãe e filho.⁶⁰

As lesões inflamatórias nos tecidos devem ser eliminadas antes ou durante a gravidez. Os seguintes aspectos devem ser considerados: eliminação dos focos de infecção (dentes necrosados devem ser submetidos a tratamento endodôntico apropriado ou extraído), eliminação de lesões ativas (uso de materiais com liberação de flúor – cimento de ionômero de vidro), eliminação de lesões inflamatórias da mucosa gengival e bucal, implementação de alimentação saudável e hábitos de

higiene adequados. O atendimento odontológico nesse período deve concentrar-se em três aspectos principais: medidas preventivas, terapêuticas e promoção de saúde.^{50,61}

Educar e motivar as gestantes a manterem uma boa higiene bucal e fornecer assistência odontológica acessível é fundamental na redução de doenças bucais durante o período de nove meses de gestação. A interação entre dentistas e ginecologistas ou outros provedores de cuidados pré-natais, devem assegurar que consultas odontológicas de rotina, sejam elemento obrigatório durante as consultas pré-natais de gestantes para um melhor resultado feto-materno.^{3,62}

2.4 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Mejia et al.²⁸ avaliaram a magnitude das desigualdades socioeconômicas na autoavaliação de saúde bucal e cárie dentária entre adultos na Austrália (Pesquisa Nacional de Saúde Oral para Adultos na Austrália – NSAOH de 2004 a 2006), Canadá (Pesquisa Canadense sobre Medidas de Saúde – CHMS de 2007 a 2009), Nova Zelândia (Pesquisa de Saúde Oral da Nova Zelândia – NZOHS em 2009) e Estados Unidos (Agência Nacional de Saúde e Pesquisa dos Estados Unidos sobre exame nutricional – NHANES entre 2003 e 2004). Enquanto a Nova Zelândia teve o maior valor absoluto de desigualdade nas medidas da doença cárie, os Estados Unidos apresentou as maiores lacunas na autopercepção de saúde bucal. A Nova Zelândia teve maior prevalência de cárie dentária e número médio de dentes cariados não tratados, em relação aos outros países. Apesar de terem indiscutivelmente o mais abrangente e amplo serviço odontológico público gratuito do mundo, está disponível apenas para os menores de 18 anos (serviço odontológico escolar). Portanto, na Nova Zelândia pode haver influência na saúde bucal em relação aos outros países em que esses serviços estão disponíveis, como Canadá, Austrália e, em certa medida, nos Estados Unidos.

Segundo Maryam et al.³, Suri et al.⁶³ e Kateeb e Momany²⁷, as gestantes incluídas em seus estudos possuíam alta prevalência de cárie dentária e gengivite, e eram inconscientes em relação à associação entre uma higiene bucal na gravidez, apresentando crenças inadequados de cuidado em saúde, fatores estes relacionados a altos níveis de doença. Muitas delas acreditavam veemente que a gravidez por si só é capaz de gerar perda dentária. Todos esses quesitos estiveram relacionados ao

nível educacional e socioeconômico da gestante.

Um estudo transversal multicêntrico realizado em 2016 e conduzido em três Centros de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Guarda Nacional de Saúde (MNGHA), na Arábia Saudita, utilizou dados relatados por 438 mulheres sauditas grávidas que visitaram as Clínicas de Obstetrícia e Ginecologia para um exame médico regular. Foi constatado alta prevalência de problemas de saúde bucal autorreferidos, sendo o sangramento gengival e a sensação de boca seca as ocorrências mais comuns. Ainda, segundo os autores, renda, privação do sono, utilização de atendimento odontológico e padrões alimentares irregulares são fatores que podem impactar na percepção da condição de saúde bucal das gestantes.⁶⁴

Em estudo de Poulsen et al.²⁰, na Finlândia, com 115 mulheres, a maioria (com e sem histórico de diabetes gestacional) classificou sua saúde bucal como boa ou moderadamente boa, e apenas quatro relataram problemas de saúde bucal após cinco anos ao parto. Das mulheres, 60% relataram sintomas subjetivos inespecíficos durante os últimos seis meses, principalmente desconforto leve, e apenas uma mulher teve dor dentária. Quanto aos hábitos de higiene bucal, 76% relataram escovar os dentes duas vezes ao dia e 64% também usavam fio dental ou escovas interproximais. Mulheres com história de diabetes limpavam seus espaços interdentais mais regularmente (72%) do que as mulheres sem histórico da doença (58%).

Em uma pesquisa realizada em Utah, Estados Unidos, aproximadamente 51,4% das mulheres receberam informação sobre saúde bucal na gravidez, as quais eram mais conscientes da importância no cuidado com os dentes e gengivas durante este período ($p < 0,001$). Para mulheres que receberam atendimento devido a algum problema bucal na gravidez, 70% receberam informação sobre cuidados em saúde bucal, que também foram mais propensas a conscientização de tal cuidado ($p < 0,001$). As mulheres que realizaram profilaxia dental no ano anterior à gravidez, tiveram maior probabilidade de limpar seus dentes durante a gravidez ($p < 0,001$).⁶⁵

2.4.1 Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida

Estimar a qualidade de vida tornou-se um elemento essencial de saúde que não se limita a avaliação da morbidade e expectativa de vida do indivíduo. Compreende uma avaliação subjetiva de bem-estar físico, psicológico e social, que representa um indicador fundamental da qualidade e eficácia das intervenções

relacionadas à saúde materno-infantil.⁶⁶

O *Oral Health Impact Profile* – OHIP é um instrumento com indicadores subjetivos que avalia o impacto provocado pela saúde bucal na qualidade de vida, compreendendo suas limitações e sofrimentos na presença de alterações orais, o qual é aplicável em indivíduos maiores de 11 anos de idade.⁶⁷ A qualidade de vida da gestante depende de uma boa condição bucal, a qual é favorecida através da escovação de mais de duas vezes ao dia.⁶⁸⁻⁶⁹ Aguilar-Cordero et al.⁶⁶ defendem que problemas de saúde bucal, como a doença periodontal, são frequentes na gravidez e impactam na qualidade de vida da mulher. Sintomas inflamatórios gengivais são agravados nesse período e estão relacionados à idade avançada, nível de escolaridade e desemprego. No entanto, ainda existe controvérsia em relação a características individuais que podem aumentar o número de tais condições.

Em um ensaio clínico randomizado com gestantes de Porto Alegre – RS, que comparou o impacto da condição bucal na qualidade de vida, foi analisado que as participantes que não receberam terapia periodontal abrangente tiveram uma probabilidade 5,9 vezes maior de piora na pontuação do OHIP-14 do que as mulheres que receberam atendimento periodontal abrangente, reduzindo significativamente os impactos negativos na qualidade de vida da mulher durante a gravidez, e promovendo melhora nos parâmetros periodontais e na perspectiva da paciente.⁴⁸

Segundo Gomes e Flores⁷⁰, o terceiro trimestre é o período com maior impacto na qualidade de vida da gestante, especialmente em sua limitação física. Entretanto, para Retori et al.⁶⁹, o desconforto psicológico é o quesito de maior impacto. Em estudo conduzido por Pinto²⁹, que avaliou a qualidade de vida entre gestantes com peso normal e obesas em dois momentos distintos, segundo e terceiro trimestres de gravidez em relação ao pós-parto, teve como desfecho a melhora no quesito invalidez do instrumento OHIP-14 das mulheres após o parto. Houve diminuição da dor física, sobretudo dores na boca, após o parto. Embora estes tenham sido os quesitos com diferença estatística, todos os outros quesitos do instrumento melhoraram após o nascimento da criança. O mecanismo de proteção durante a gravidez desencadeia maior sensibilidade na mulher a qualquer modificação no organismo, o que pode justificar a melhora na qualidade de vida da gestante após o nascimento da criança.

Trombetta et al.⁷¹ afirmam em seu estudo que, as gestantes de alto risco sem um parceiro fixo na gravidez, apresentaram aumento de 28% na prevalência de baixa qualidade de vida em relação àquelas com parceiro. Em relação ao quesito

socioeconômico do instrumento, a cor de pele branca expressou melhores resultados, assim como verificado por Retori et al.⁶⁹, que o menor impacto na qualidade de vida foi entre as gestantes autodeclaradas não brancas.

Existem evidências suficientes na literatura para sugerir que uma boa higiene bucal durante a gravidez proporciona melhora na qualidade de vida da mãe e reduz potencialmente complicações gestacionais e risco de desenvolvimento de cárie precoce da infância.^{10,27,29,30-33,40,42,48,50,56,61-62} Garantir conforto à gestante por meio de adequação do meio bucal e controle de placa aliados à educação em saúde, é imprescindível para um bom desenvolvimento gestacional e a continuidade de hábitos de higiene bucal saudáveis após o nascimento da criança.²

3 PROPOSIÇÕES

3.1 PROPOSIÇÃO GERAL

Caracterizar a condição de saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico de gestantes que realizam o acompanhamento pré-natal exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde do município de Ponta Grossa – PR, comparando-as segundo o risco gestacional.

3.2 PROPOSIÇÕES ESPECÍFICAS

- a) Descrever a condição bucal e necessidade de tratamento odontológico (clínica e autorreferida) de gestantes que realizam acompanhamento pré-natal de baixo risco nas Unidades Básicas de Saúde, e de alto risco no Centro Municipal da Mulher, no município de Ponta Grossa;
- b) Identificar as características sociodemográficas, características da gravidez e utilização de serviços odontológicos das gestantes de baixo e alto risco gestacional atendidas no Sistema Único de Saúde de Ponta Grossa;
- c) Comparar as condições bucais e necessidade de tratamento odontológico (clínica e autorreferida) na gravidez entre as mulheres classificadas com baixo e alto risco gestacional, controlando por fatores demográficos e sociais que possam interferir nos desfechos.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente estudo foi realizado em duas etapas, a primeira com gestantes de alto risco, entre 2017 e 2018, no Centro Municipal da Mulher, e a segunda com gestantes de baixo risco, nas Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa – PR, entre 2019 e 2020. Os dados da primeira etapa constam de um trabalho anterior, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (CAAE: 63167516.0.0000.0105), sendo sua utilização autorizada pela autora.⁷² Os dados da segunda etapa foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (CAAE: 01595318.8.0000.0105 – anexo A) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa (anexos B e C).

As gestantes presentes no Centro Municipal da Mulher e nas Unidades Básicas de Saúde no momento da coleta de dados foram instruídas quanto à natureza do estudo e, em seguida, convidadas a participar da pesquisa, com liberdade de recusa e sem prejuízo no acolhimento pela equipe de saúde. As que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (apêndice A). Foram instruídas quanto ao anonimato dos dados coletados e, para evitar constrangimentos na sala de espera, foram entrevistadas pelos pesquisadores pronunciando as perguntas em voz baixa. Os funcionários do local não participaram em nenhuma etapa do estudo. Ao final de cada exame clínico, a gestante recebeu orientação de higiene bucal e esclarecimento quanto a necessidade de tratamento odontológico. Foram encaminhadas para a equipe de Odontologia da própria unidade de saúde que são vinculadas ou, na impossibilidade, para o setor de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na região centro-sul do Estado do Paraná, no município de Ponta Grossa, com uma população estimada de 351.736 habitantes no ano de

2019.⁷³

No serviço público do município, a gestante é submetida a uma estratificação de risco gestacional, segundo a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense.¹⁷ Quando classificada com baixo risco, que compreende as mulheres de risco habitual e intermediário, realiza acompanhamento médico e odontológico de pré-natal na Unidade Básica de Saúde à qual é adscrita. Esse nível de atenção em saúde possui serviços de baixa complexidade (Atenção Primária em Saúde). Quando classificada com alto risco gestacional é encaminhada ao Centro Municipal da Mulher para acompanhamento pré-natal, o qual representa o nível de atenção secundária em saúde (serviços de média complexidade).

4.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

Este estudo é observacional do tipo transversal, com amostra não probabilística de conveniência estratificada segundo o risco gestacional, e teve como população-alvo as gestantes acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde do município de Ponta Grossa – PR. Foi realizado em duas etapas, sendo que na primeira foram coletados os dados de gestantes de alto risco no Centro Municipal da Mulher, entre fevereiro de 2017 e outubro de 2018, com o objetivo de identificar o perfil de saúde bucal, necessidade de tratamento e utilização de serviços odontológicos por gestantes de alto risco.⁷² A segunda etapa foi realizada entre junho de 2019 à janeiro de 2020, e incluiu dados de gestantes de risco habitual/intermediário (baixo risco) que realizavam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa – PR.

A metodologia seguiu os preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷⁴ e foi padronizada em ambas as etapas do estudo: aplicação do mesmo questionário, amostragem, ambiência, critérios de avaliação durante o exame clínico e pesquisadora/examinadora principal calibrada em ambas as etapas.

O critério de exclusão se deu quando a gestante não aceitou participar do exame clínico.

4.3.1 Primeira Etapa – Gestantes de Alto Risco

Essa etapa incluiu as 169 gestantes de alto risco, de um total de 238

entrevistadas, que participaram do estudo desenvolvido por Luz⁷² e aceitaram passar por exame clínico. A amostra foi obtida através da abordagem ao acaso de gestantes que estavam na sala de espera do Centro Municipal da Mulher durante a coleta dos dados e aguardavam consulta médica. A coleta foi realizada em dias aleatórios da semana entre os meses de fevereiro de 2017 a janeiro de 2018. As mulheres foram esclarecidas quanto a natureza da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A).

4.3.2 Segunda Etapa – Gestantes de Baixo Risco

Essa etapa foi aninhada em um estudo transversal em andamento, que tem por objetivo identificar os fatores relacionados ao acesso das gestantes ao pré-natal odontológico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Ponta Grossa. A amostra, não probabilística de conveniência, incluiu os dados de 236 gestantes de risco habitual/intermediário (baixo risco) que foram examinadas entre os meses de junho de 2019 e janeiro de 2020.

A amostra foi obtida de forma aleatória em 23 das 47 UBS da zona urbana do município que possuem atendimento à gestante (com e sem Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal), e foram selecionadas através de um sorteio para determinar sua sequência na coleta de dados. Os dias da semana para ida ao local foram baseados no agendamento de consulta pré-natal de cada unidade de saúde. Foram entrevistadas de 10 a 12 gestantes por local. Como ponto de partida da coleta dos dados, as examinadoras do estudo entraram em contato com as unidades de saúde para determinar o dia de atendimento pré-natal médico de cada uma delas. Após selecionar os locais por dias da semana, foi realizado um sorteio para determinar a ordem da coleta.

O exame clínico bucal seguiu os mesmos critérios da etapa anterior e ocorreu no consultório odontológico do local. Em Unidades Básicas de Saúde sem cadeira odontológica foi utilizado consultório móvel, disponibilizado pelo Setor de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa – PR, em ambiente isolado e com boa iluminação. Foi avaliada experiência de cárie através do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e restaurados), condição periodontal através do índice CPI (índice periodontal comunitário) e higiene bucal pelo índice IHO-S (índice de higiene oral simplificado) (apêndice B). No exame clínico foi utilizado luz artificial e jogo clínico

(espelho bucal, sonda exploradora, sonda periodontal (OMS) e pinça clínica) e outros materiais como algodão e evidenciador de placa (Eviplac Solução®) para avaliação da higiene oral.⁷⁴

4.4 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Os fatores sociodemográficos, características da gravidez e utilização de serviços odontológicos foram definidos como controle entre os grupos: exposto (alto risco) e não exposto (baixo risco). A condição de saúde bucal e necessidade de tratamento odontológico, clínica e autorreferida, e o impacto da condição bucal na qualidade de vida, representam as variáveis de desfecho (dependentes). O risco gestacional foi atribuído como variável explicativa (independente).

4.4.1 Sociodemográficas

Para caracterização sociodemográfica das gestantes foram coletadas informações sobre a idade da mulher, cor da pele, estado civil, se trabalha fora ou não, renda mensal da casa e nível de escolaridade.

4.4.2 Características da Gravidez

Para determinar as características da gravidez foi utilizado o período gestacional classificado em trimestre: primeiro, segundo e terceiro, e o número de filhos: primeiro filho ou não.

4.4.3 Utilização de Serviços Odontológicos

A utilização dos serviços odontológicos foi determinada pela consulta odontológica realizada há um ano ou mais, durante a gravidez e o motivo da consulta.

4.4.4 Impacto da Condição Bucal na Qualidade de Vida

A versão original do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) foi desenvolvida por

Slade e Spencer⁷⁵, e a versão em português validada por Oliveira e Nadanovsky⁷⁶. Neste estudo, o instrumento apresenta 14 questões (versão compactada), que abrange situações referentes a limitações funcionais, interações sociais, conforto, dor e satisfação com a aparência.⁷⁵ As questões do OHIP-14 se referem a problemas com dentes, boca ou prótese ocorridos nos últimos seis meses (apêndice B) e são dispostas em escala *Lickert* de cinco pontos: nunca (valor 0), quase nunca (valor 1), às vezes (valor 2), repetidamente, (valor 3) e sempre (valor 4). O valor do índice se refere ao somatório de cada questão, que pode variar entre 0 (nenhum impacto) e 56. O impacto que a condição bucal exerce na qualidade de vida do indivíduo está relacionado ao valor final do índice e, quanto maior a pontuação adquirida, maior é o impacto

4.4.5 Saúde Bucal Autorreferida

A condição bucal e necessidade de tratamento autorreferidas foram identificadas através das perguntas adaptadas de Silva et al.⁷⁷: “você tem algum problema bucal atualmente?” e “você acha que precisa de tratamento bucal atualmente?”

4.4.6 Condição Bucal

4.4.6.1 Higiene bucal

Para avaliação da higiene bucal e presença de biofilme nas superfícies dentárias, foi utilizado o índice de higiene oral simplificado (IHO-S), proposto por Greene e Vermilion⁷⁸. Este avalia a presença de biofilme e cálculo dental apenas nas superfícies vestibulares (dentes 11, 16 e 26) e linguais (dentes 31, 36 e 46) de seis dentes, que representam todos os segmentos posteriores e anteriores da cavidade bucal. O cálculo do índice é feito com base em critérios quantitativos, com códigos que variam de 0 a 3 (quadro 1), representando a média aritmética da quantidade de biofilme dental aderido nas faces examinadas. Os critérios qualitativos podem ser classificados em: higiene bucal boa (resultado entre 0 – 1,2), regular (resultado entre 1,3 – 2) e ruim (resultado entre 2,1 – 3).⁷⁸ Nas duas etapas do estudo foi realizada evidenciação de placa dentária somente nos dentes posteriores (16, 26, 36 e 37), porque nem todas as UBS possuíam consultório odontológico, o que impossibilitaria a remoção total do

corante na face vestibular dos dentes anteriores. Essa opção repetiu a metodologia do estudo com gestantes de alto risco.

Quadro 1: Códigos utilizados durante o exame clínico para a realização do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)

Escore	Placa
0	Ausência de placa
1	Presença de placa ocupando até 1/3 da superfície
2	Presença de placa ocupando até 2/3 da superfície
3	Presença de placa ocupando mais de 2/3 da superfície

Fonte: Greene e Vermilion⁷⁸

4.4.6.2 Condição periodontal

A condição periodontal foi identificada por meio do índice periodontal comunitário (CPI) quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo dental ou bolsa periodontal, seguindo o protocolo do Projeto SB Brasil 2010.³⁶ O instrumento utilizado foi a sonda periodontal denominada 'sonda CPI' ou *ball-point*, preconizada pela Organização Mundial da Saúde. Os dentes índices examinados foram: 11, 16/17, 26/27, 31, 36/37 e 46/47. Pelo menos seis pontos foram examinados em cada dente índice, o qual foi dividido em sextantes (três pontos na face vestibular e três pontos na face lingual) abrangendo as regiões mesial, média e distal. O exame foi padronizado e iniciado pela face disto-vestibular em direção à área média e mésovestibular. Nas faces linguais, o percurso foi de distal para mesial. A sonda foi introduzida ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente no sulco gengival ou bolsa periodontal, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular, com movimento vertical de pequena amplitude.

O quadro 2 expressa os códigos utilizados no diagnóstico da condição periodontal.³⁶ A presença de bolsa periodontal foi classificada como rasa (4 a 5mm) ou profunda (a partir de 6mm). Os dentes que apresentaram mais de uma alteração no periodonto, receberam o código conforme a pior condição encontrada (bolsa profunda > bolsa rasa > cálculo > sangramento).

Quadro 2: Códigos utilizados para o diagnóstico da condição periodontal segundo o Índice Periodontal Comunitário (CPI)

Índice Código	SANGRAMENTO	CÁLCULO	BOLSA
0	Ausência	Ausência	Ausência
1	Presença	Ausência	Ausência
2	-	Presença	Ausência
3	-	-	Presença de bolsa rasa
4	-	-	Presença de bolsa profunda
-	Sextante excluído/não examinado	Sextante excluído/não examinado	Sextante excluído/não examinado

Fonte: Brasil³⁶

4.4.6.3 Experiência de cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico

Para avaliar a experiência de cárie foi utilizado o índice CPO-D, de acordo com os preceitos do Projeto SB Brasil 2010.³⁶ O exame foi realizado após limpeza com algodão e água e secagem dos dentes. Um dente foi considerado presente na boca quando apresentava qualquer parte visível ou que pudesse ser tocada com a ponta da sonda sem deslocar ou perfurar tecido mole indevidamente.

O quadro 3 expressa os códigos do diagnóstico de cárie e a necessidade de tratamento odontológico. Um dente foi considerado hígido quando não apresentou alteração visual no esmalte. A presença de mancha branca rugosa resistente à pressão da sonda OMS; fóssulas e fissuras escurecidas sem sinais visuais de base amolecida, em casos de fluorose moderada ou severa e lesão não cariada resultante de erosão, abrasão, abfração e atrição, também foram considerados como dentes hígidos. Considerado cariado na presença de fóssulas e fissuras ou superfície lisa com cavidade evidente, tecido amolecido na base ou descoloração, independentemente de estar ou não com a doença ativa no momento do exame. Os dentes com restauração temporária (exceto ionômero de vidro) também foram considerados cariados. Foram excluídos da amostra os dentes que apresentaram impossibilidade de realização do exame (dentes com bandas ortodônticas, levante de mordida com cimento de ionômero de vidro, hipoplasia dentária severa, etc).³⁶

Quadro 3: Códigos utilizados durante o exame da condição bucal para o cálculo do índice CPO- D, demonstrando a condição do elemento dentário

CÓDIGO	CONDIÇÃO DO ELEMENTO DENTÁRIO	NECESSIDADE DE TRATAMENTO
0	Hígido	Nenhum
1	Cariado / Restauração provisória	Restauração de uma face
2	Restaurado com lesão cariosa	Restauração de duas ou mais faces
3	Restaurado sem lesão cariosa	Coroa por qualquer motivo
4	Extraído devido à doença cárie	Faceta laminada
5	Extraído por outras razões	Tratamento pulpar e restauração
6	Com selante	Exodontia
7	Apoio de prótese	-
8	Não erupcionado	-
9	Excluído da amostra	Sem registro
T	Traumatizado	-

Fonte: Brasil³⁶

Para o cálculo do índice CPO-D foi considerado o código “C” (cariados), a soma do total de elementos codificados com os escores 1 e 2; código “P” (perdidos) os codificados com o escore 4; e para o código “O” (restaurados), codificados com o escore 3.³⁶

4.5 ESTUDO PILOTO E CALIBRAÇÃO

O treinamento teórico-prático para o estudo piloto e calibração foram realizados de forma similar nos dois momentos: para a primeira etapa em 2016 e para a segunda em 2019. Cada coleta de dados clínicos foi realizada por duas examinadoras, sendo que a pesquisadora/examinadora principal (considerada como padrão ouro) foi a mesma em ambos os momentos. Os exercícios de calibração e a concordância para todas as condições foram realizados segundo o Manual de Calibração de Examinadores do Projeto SB Brasil 2010.⁷⁴

Para permitir o cálculo das concordâncias, os exames clínicos foram realizados em duplicata com uma amostra de 20 mulheres, entre 18 e 40 anos de idade, na Universidade Estadual de Ponta Grossa. Os exames em duplicata foram realizados com intervalo de uma hora para a avaliação do índice IHO-S e de uma semana para os índices CPO-D e CPI. Ao final as examinadoras se reuniram para discussão das divergências nos resultados de cada índice. Os índices de concordância avaliados com seu valor Kappa correspondente estão apresentados na tabela 1, e

foram classificados como substanciais, quase-perfeitos ou perfeitos:

Tabela 1. Valores do Índice Kappa na calibração das examinadoras durante os estudos pilotos, 2016 (etapa 1) e 2019 (etapa 2)

Concordância (índice Kappa)	Cárie e necessidade de tratamento (Índice CPO-D)	Condição periodontal (Índice CPI)	Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)
Intra examinador 1* - etapa 1	0,95	0,76	1,00
Intra examinador 1* - etapa 2	0,91	0,96	0,76
Intra examinador 2** – etapa 1	0,91	0,96	1,00
Intra examinador 3*** – etapa 2	0,95	0,73	0,77
Inter examinador 1x2	0,90	0,74	0,92
Inter examinador 1x3	0,90	0,74	0,78

Notas: *Examinador 1 participou das duas etapas (padrão ouro); **Examinador 2 participou da etapa 1; *** Examinador 3 participou da etapa 2.

4.6 ANALISES ESTATÍSTICAS

Os dados obtidos foram anexados e tabulados em planilha *Excel* do *Microsoft Office* e analisados com os softwares *SPSS for Windows*, versão 20.0 e *Stata* versão 11.0. Após teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov, optou-se por utilizar estatísticas não paramétricas para identificar as diferenças entre as variáveis dependentes (condição bucal e necessidade de tratamento odontológico clínica e autorreferida), possibilitando comparar os grupos não exposto (gestantes de baixo risco) e exposto (alto risco). Os dados categóricos foram analisados através do teste Qui-quadrado de Pearson e teste Z (para variáveis politômicas) com pós-teste de Bonferroni. As diferenças entre variáveis contínuas foram verificadas com o teste U de Mann-Whitney. A análise das associações bivariadas entre a exposição (alto risco gestacional) e o desfecho (condição bucal e necessidade de tratamento normativa e autorreferidas) foram estimadas pela razão de prevalência, através da análise de regressão de Poisson robusta, com intervalo de confiança de 95%, controlando por fatores sociodemográficos e características da gravidez que se mostraram diferentes entre os grupos ($p < 0,05$). A regressão robusta é medida através da razão entre a prevalência da variável dependente nas gestantes de alto risco pelas de baixo risco. Assim, foi possível avaliar se a exposição (alto risco) resulta em interferência no desfecho (condição bucal e necessidade de tratamento odontológico, clínica e autorreferida, e impacto da condição bucal na qualidade de vida). Associações com significância estatística foram consideradas quando receberam valores de $p \leq 0,05$

(nível de significância de 5%).

5 RESULTADOS

Dentre as gestantes de baixo risco (habitual e intermediário) 238 mulheres foram entrevistadas, e do total, duas gestantes foram excluídas do estudo, com uma amostra final de 236 mulheres. O critério de exclusão se deu pela falta do exame clínico e classificação do risco gestacional como alto risco. As gestantes de alto risco entrevistadas somaram 236 mulheres e, destas, 169 foram incluídas no estudo porque aceitaram passar pela avaliação clínica de saúde bucal. Os motivos alegados pelas gestantes que recusaram o exame clínico foram a falta de tempo, indisposição ou até mesmo falta de interesse.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

As características sociodemográficas e da gravidez estão descritas na tabela 2. As gestantes de baixo e alto risco foram em maioria brancas, adultas jovens, com idades entre 21 e 35 anos e casadas ou em união estável. Estavam no terceiro trimestre de gestação e já possuíam pelo menos um filho. Relataram não trabalhar fora, renda familiar de até dois salários mínimos mensais e nível de escolaridade de ensino médio incompleto ou mais. Quanto à utilização de serviços odontológicos (tabela 3), a maioria visitou o cirurgião dentista em menos de um ano e também durante a gravidez. O principal motivo da consulta odontológica relatado pelas gestantes foi de rotina e encaminhamento devido à gravidez, com uma média de 1,3 e 1,4 consulta por gestante de baixo e alto risco, respectivamente. No entanto, foram identificadas diferenças significativas na distribuição de algumas variáveis. Quanto as características sociodemográficas, o grupo de baixo risco apresentou mais mulheres autodeclaradas não brancas ($p=0,019$), adolescentes de até 20 anos de idade ($p=0,003$), com gestação no primeiro trimestre ($p<0,001$), pelo menos um filho ($p=0,016$) e maior nível educacional ($p=0,016$) do que o grupo de alto risco que, por sua vez, apresentou mais gestantes com nível educacional baixo, autodeclaradas brancas, mais velhas, que estavam no terceiro trimestre gestacional e já possuíam pelo menos um filho. Não foram observadas diferenças significativas quanto à utilização de serviços odontológicos ou motivo das consultas.

Tabela 2. Características sociodemográficas e da gravidez. Gestantes atendidas na rede pública de saúde de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)

	Gestantes de baixo risco (n = 236)			Gestantes de alto risco (n = 169)			p-valor ^a
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
Idade							0,003
≤ 20 anos	60	28,0 ^a	22,0–33,5	32	18,9 ^b	13,6–24,9	
21 – 35 anos	149	63,1 ^a	56,8–69,5	104	61,5 ^a	59,2–73,4	
> 35 anos	21	8,9 ^a	5,5–12,7	33	19,5 ^b	8,9–20,1	
Trimestre gestacional							<0,001
Primeiro (1 a 13 semanas)	43	18,3 ^a	13,6–23,0	6	3,6 ^b	1,2–6,5	
Segundo (14 a 26 semanas)	73	32,8 ^a	26,8–39,1	48	28,4 ^a	23,7–37,3	
Terceiro (27 a 40 semanas)	115	48,9 ^a	43,0–55,3	115	68,0 ^b	59,2–73,4	
Primeiro filho							0,016
Sim	99	41,9 ^a	36,0–47,9	51	30,2 ^b	23,1–36,1	
Não	137	58,1 ^a	52,1–64,0	118	69,8 ^b	63,9–76,9	
Estado civil							0,794
Casada/ união estável	186	78,8 ^a	73,7–83,5	135	79,9 ^a	73,4–85,8	
Solteira/ divorciada/ viúva	50	21,2 ^a	16,5–26,3	34	21,2 ^a	14,2–26,6	
Cor/raça							0,019
Branca	150	63,6 ^a	57,6–69,9	126	74,6 ^b	67,5–80,5	
Não branca	86	36,4 ^a	30,1–42,4	43	25,4 ^b	19,5–32,5	
Trabalha fora							0,977
Sim	103	43,6 ^a	37,7–50,0	74	43,8 ^a	36,7–50,9	
Não	133	56,4 ^a	50,0–62,3	95	56,2 ^a	49,1–63,3	
Renda familiar mensal							0,834
≤ dois salários mínimos	144	61,0 ^a	55,1–67,4	103	62,0 ^a	53,8–68,0	
> dois salários mínimos	92	39,0 ^a	32,6–44,9	63	38,0 ^a	32,0–46,2	
Escolaridade							0,016
Fundamental completo ou menos	81	34,3 ^a	28,0–40,3	78	46,2 ^b	25,8–38,6	
Médio incompleto ou mais	155	65,7 ^a	59,7–72,0	91	53,8 ^b	46,2–61,5	

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: ^{*} Teste qui-quadrado de Pearson, teste Z e pós-teste de Bonferroni; ^{a/b} Diferenças significativas na categoria entre os grupos (letras diferentes).

Tabela 3. Consultas odontológicas. Gestantes atendidas na rede pública de saúde de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)

	Gestantes de baixo risco (n = 236)			Gestantes de alto risco (n = 169)			p-valor ^a
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
Última consulta ao dentista							
							0,740
Menos de um ano	163	71,8 ^a	65,6–77,5	126	74,6 ^a	67,5–81,1	
De um a dois anos	49	21,6 ^a	16,3–27,3	31	18,3 ^a	13,0–24,3	
Três anos ou mais	15	6,6 ^a	3,5–10,1	11	6,5 ^a	3,0–9,3	
Consultou o dentista durante a gravidez							
							0,303
Sim	136	57,6 ^a	50,8–64,0	106	62,7 ^a	54,4–70,4	
Não	100	42,4 ^a	36,0–49,2	63	37,3 ^a	29,6–45,6	
Motivo da consulta ao dentista							
							0,593
Revisão, prevenção, rotina	86	36,4 ^a	30,9–42,8	61	36,1 ^a	29,0–43,8	
Dor	14	5,9 ^a	3,0–9,3	12	7,1 ^a	3,6–11,2	
Tratamento	36	15,3 ^a	11–19,9	30	17,8 ^a	12,4–23,7	
Não foi ao dentista	100	42,4 ^a	36–43,8	63	37,3 ^a	30,8–44,4	

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: ^{*} Teste qui-quadrado de Pearson, teste Z e pós-teste de Bonferroni; ^{a/b} Diferenças significativas na categoria entre os grupos (letras diferentes).

5.2 AUTOPERCEPÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL E NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

A maioria das mulheres relatou não apresentar problema bucal, entretanto, necessitar de tratamento odontológico (tabela 4). Nenhum destes fatores apresentou significância estatística entre os riscos gestacionais.

Em relação ao impacto da condição bucal na qualidade de vida da mulher durante a gravidez, 49,6% e 68,6% das gestantes de baixo e alto risco, respectivamente, apresentaram somatório do OHIP-14 ≥ 1 , resultando em uma condição de saúde bucal que pode interferir negativamente na qualidade de vida. Apesar da média do OHIP-14 ter sido igual entre os dois grupos ($M_e=5,6$), pelo menos a metade das gestantes de baixo e alto risco, respectivamente, apresentaram o somatório do instrumento =0 e <4, portanto, as gestantes de baixo risco apresentaram menor impacto na qualidade de vida (tabelas 4).

Tabela 4. Autopercepção da condição bucal e necessidade de tratamento odontológico, e impacto da saúde bucal na qualidade de vida da gestante. Gestantes atendidas na rede pública de saúde de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2011 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)

	Gestantes de baixo risco (n = 236)			Gestantes de alto risco (n = 169)			p- valor ^a
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
“Você está com algum problema bucal atualmente? ”							0,160
Sim	87	36,9 ^a	30,5–42,8	74	43,8 ^a	36,7–51,5	
Não	149	63,1 ^a	57,2–69,5	95	56,2 ^a	48,5–63,3	0,663
“Você acha que necessita de algum tratamento bucal? ”							
Sim	136	57,6 ^a	51,3–63,6	97	57,4 ^a	49,7–65,1	
Não	100	42,4 ^a	36,4–48,7	72	42,6 ^a	34,9–50,3	
Impacto da condição bucal na qualidade de vida							
Ausência (OHIP-14 = 0)	119	50,4 ^a	43,6–56,8	53	31,4 ^b	23,7–38,5	
Presença (OHIP-14 > 0)	117	49,6 ^a	43,2–56,4	116	68,6 ^b	61,5–76,3	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: ^{*} Teste qui-quadrado de Pearson, teste Z e pós-teste de Bonferroni; ^{a/b} Diferenças significativas na categoria entre os grupos (letras diferentes).

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL

5.3.1 Condição Bucal Clínica

De acordo com a tabela 5, pelo menos a metade das gestantes de baixo risco apresentou índice de higiene oral simplificado (IHO-S) menor que 1,5, e as de alto risco, menor que 1,8. Quanto ao índice periodontal comunitário (CPI), a metade das mulheres de baixo e alto risco apresentou menos de 4 e 5 sextantes hígidos, respectivamente, e ambas com sangramento gengival em até 1 sextante. Em relação ao cálculo dental e bolsa periodontal, pelo menos a metade das gestantes de baixo risco apresentou 1 sextante acometido, enquanto a metade das de alto risco, ausência. A avaliação da experiência de cárie pelo índice de dentes cariados perdidos e restaurados (CPO-D) entre as gestantes de baixo e alto risco, respectivamente, foi de pelo menos a metade da amostra com menos de 5 e 7,5 dentes acometidos, nenhum dente cariado e perdido, e quatro dentes restaurados por gestante avaliada.

Tabela 5. Condição clínica de saúde bucal e impacto da saúde bucal na qualidade de vida da amostra. Gestantes atendidas na rede pública de saúde de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)

	Gestantes de baixo risco (n = 236)						Gestantes de alto risco (n = 169)						p- valor ^a
	Mín.	Máx.	Mediana	Intervalo interquartil	Média	Desvio padrão	Mín.	Máx.	Mediana	Intervalo interquartil	Média	Desvio padrão	
IHOS*	0,0	3,0	1,5	1,0	1,6	0,6	0,0	3,0	1,8	0,8	1,8	0,6	<0,001
Sextantes com periodonto hígido	0,0	6,0	4,0	2,0	3,8	1,8	0,0	6,0	5,0	1,0	4,3	1,5	0,011
Sextantes com sangramento gengival	0,0	6,0	1,0	2,0	1,1	1,4	0,0	5,0	1,0	2,0	1,0	1,2	0,792
Sextantes com cálculo dental	0,0	5,0	1,0	1,0	0,7	0,8	0,0	2,0	0,0	1,0	0,4	0,5	0,001
Sextantes com bolsa periodontal rasa ou profunda	0,0	4,0	0,0	0,0	0,3	0,8	0,0	3,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,007
CPO-D**	0,0	24,0	5,0	8,0	6,3	4,9	0,0	21,0	9,0	7,5	9,3	5,2	<0,001
C (dentes cariados)	0,0	11,0	0,0	1,0	0,7	1,3	0,0	8,0	0,0	1,0	0,9	1,4	0,157
P (dentes perdidos por cárie)	0,0	19,0	0,0	1,0	1,0	2,0	0,0	14,0	0,0	2,0	1,4	2,1	0,16
O (dentes restaurados)	0,0	17,0	4,0	6,0	4,6	4,2	0,0	18,0	7,0	8,0	7,1	4,7	<0,001
OHIP – 14***	0,0	41,0	0,0	10,0	5,6	8,1	0,0	30,0	4,0	8,0	5,6	6,8	0,047
Número de consultas odontológicas pré-natal	0,0	10,0	1,0	2,0	1,3	1,9	0,0	10,0	1,0	2,0	1,4	1,9	0,341

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: * IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado; ** Índice de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturador (O). *** OHIP-14 – Oral Health Impact Profile.

^aTeste U de Mann-Whitney.

Como demonstrado na tabela 6, sextantes hígidos ($p=0,011$) e dentes restaurados ($p<0,001$) foram mais prevalentes entre as gestantes de alto risco, assim como menor prevalência de cálculo dental ($p=0,001$) e bolsa periodontal rasa ou profunda ($p=0,007$). Embora os dois grupos tenham sido classificados com higiene regular, as mulheres com gestação de alto risco obtiveram valores piores no índice IHO-S e, portanto, apresentaram maior quantidade de biofilme ($p<0,001$), e quanto à condição periodontal, apresentaram melhores condições ($p=0,006$). Apesar de não haver diferença entre a necessidade de tratamento odontológico clinicamente diagnosticada, as gestantes de baixo risco apresentaram maior necessidade de tratamentos invasivos, como endodontia e exodontias (figura 2).

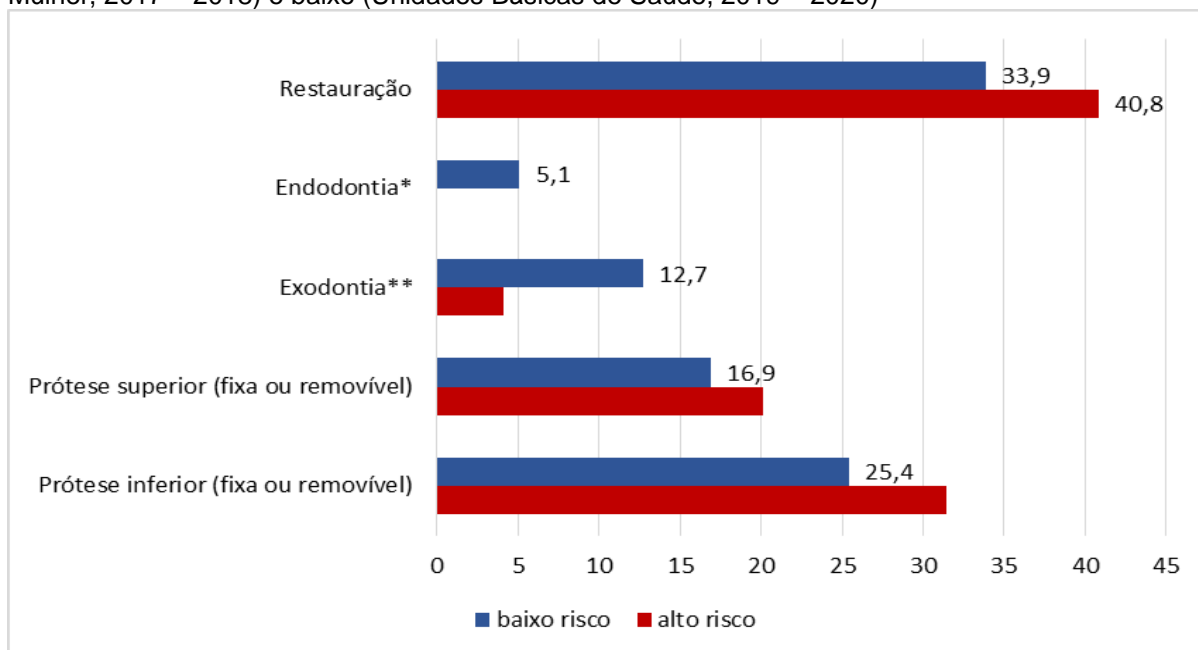
Tabela 6. Distribuição proporcional segundo a condição clínica de saúde bucal. Gestantes atendidas na rede pública de saúde de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)

	Gestantes de baixo risco (n = 236)			Gestantes de alto risco (n = 169)			p-valor ^a
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	
Experiência de cárie (CPO-D* ≥ 1)							0,018
Presente	211	89,4 ^a	85,2–92,8	162	95,9 ^b	92,9–98,8	
Ausente	25	10,6 ^a	7,2–14,8	7	4,1 ^b	1,2–7,1	
Dentes cariados não tratados (componente C)							0,401
1 ou mais	88	37,3 ^a	30,5–43,2	70	41,4 ^a	33,7–48,5	
Nenhum	148	62,7 ^a	56,8–69,5	99	58,6 ^a	51,5–66,3	
Dentes perdidos (componente P)							0,042
1 ou mais	92	39,0 ^a	33,1–45,3	83	49,1 ^b	42,0–56,2	
Nenhum	144	61,0 ^a	54,7–66,9	86	50,9 ^b	43,8–58,0	
Dentes restaurados (componente O)							0,003
1 ou mais	188	79,7 ^a	74,6–84,7	153	90,5 ^b	86,4–94,7	
Nenhum	48	20,3 ^a	15,3–25,4	16	9,5 ^b	5,3–13,6	
Presença de sangramento gengival							0,349
Sim	120	50,8 ^a	44,1–56,8	91	54,2 ^a	47–61,3	
Não	116	49,2 ^a	43,2–55,9	77	45,8 ^a	38,7–53,0	
Presença de cálculo							0,007
Sim	133	56,4 ^a	50,0–62,7	72	42,9 ^b	35,1–50,0	
Não	103	43,6 ^a	37,3–50,0	96	57,1 ^b	50,0–64,9	
Presença de bolsa periodontal							0,006
Sim	50	21,6 ^a	16,5–26,7	18	10,7 ^b	6,5–15,5	
Não	186	78,4 ^a	73,3–83,5	150	89,3 ^b	84,5–93,5	
Higiene bucal (IHO-S**)							<0,001
Boa	99	41,9 ^a	36,0–48,7	39	23,2 ^{ab}	16,8–29,3	
Regular	96	40,7 ^a	33,9–46,2	75	44,6 ^b	37,1–52,7	
Ruim	41	17,4 ^a	12,3–22,5	53	32,1 ^b	25,1–38,9	
Necessidade de tratamento							0,146
Sim	122	51,7 ^a	44,9–58,1	75	44,4 ^a	56,8–71,6	
Não	114	48,3 ^a	41,9–55,1	94	55,6 ^a	28,4–43,2	

Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: * Índice de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturador (O); **IHO-S – Índice de Higiene Oral Simplificado; ^a Teste qui-quadrado de Pearson.

Figura 1. Distribuição da necessidade de tratamento odontológico. Gestantes atendidas na rede pública de saúde de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)



Fonte: Dados da pesquisa.

Notas: *p = 0,003; **p = 0,003 (Teste qui-quadrado de Pearson, teste Z e pós-teste de Bonferroni).

A tabela 7 apresenta a razão de prevalência bruta e ajustada entre a condição bucal clínica e autorreferida e o risco gestacional. O ajuste se deu por meio das variáveis sociodemográficas que apresentaram diferença significativa entre os grupos. A dimensão da incapacidade social do OHIP-14 (aborrecimento com outras pessoas e dificuldades para realizar as atividades diárias por problemas bucais) apresentou impacto maior na condição bucal entre as gestantes de alto risco. No entanto, não houve diferença no somatório do índice OHIP-14 após análise de regressão robusta bruta e ajustada. Sextantes hígidos foram 17% mais prevalentes entre as mulheres de alto risco gestacional, entretanto, 8% mais prevalentes em apresentar uma higiene bucal ruim (com maior quantidade de biofilme). Também demonstraram prevalência de 41% em possuir valores maiores no índice CPO-D, 5% em apresentar experiência de cárie dentária e 8% em possuir dentes restaurados adequadamente.

Tabela 7. Razão de Prevalência bruta e ajustada e intervalos de confiança de 95% das variáveis de condição bucal e necessidade de tratamento clínica e percebida segundo o risco gestacional. Gestantes atendidas na rede pública de saúde de Ponta Grossa – PR, segundo o risco gestacional: alto (Centro Municipal da Mulher, 2017 – 2018) e baixo (Unidades Básicas de Saúde, 2019 – 2020)

		RP _{br} (IC95%) Baixo/Alto risco ^a	p-valor	RP _{aj} (IC95%) ^b Baixo/Alto risco	p-valor
Necessidade Clínica	Com experiência de cárie (CPO-D* ≥ 1)	1,06 (1,01 – 1,11)	0,010	1,05 (1,00 – 1,10)	0,050
	Presença de dentes cariados (componente C ≥ 1)	1,03 (0,97 – 1,09)	0,403	1,03 (0,97 – 1,10)	0,356
	Presença de dentes perdidos (componente P ≥ 1)	1,07 (1,00 – 1,14)	0,044	1,05 (0,98 – 1,12)	0,128
	Presença de dentes restaurados (componente O ≥ 1)	1,10 (1,04 – 1,17)	0,002	1,08 (1,02 – 1,16)	0,012
	CPO-D	1,49 (1,31 – 1,70)	<0,001	1,41 (1,23 – 1,62)	<0,001
	Presença de sangramento gengival	1,02 (0,96 – 1,09)	0,511	1,04 (0,97 – 1,12)	0,289
	Presença de cálculo dental	0,91 (0,86 – 0,97)	0,007	0,89 (0,83 – 0,96)	0,001
	Presença de bolsa periodontal rasa e/ou profunda	0,94 (0,91 – 0,98)	0,004	0,94 (0,90 – 0,97)	0,001
	Número de sextantes com periodonto hígido	1,14 (1,05 – 1,23)	0,001	1,17 (1,08 – 1,28)	<0,001
	Higiene bucal ruim	1,09 (1,03 – 1,14)	0,001	1,08 (1,03 – 1,14)	0,003
	IHOS**	1,17 (1,09 – 1,27)	<0,001	1,17 (1,07 – 1,27)	<0,001
	Necessita tratamento dentário	0,95(0,89 – 1,01)	0,144	0,95 (0,89 – 1,01)	0,122
	Necessita tratamento restaurador	1,04 (0,98 – 1,11)	0,158	1,05 (0,98 – 1,11)	0,151
	Necessita tratamento endodôntico	0,97 (0,96 – 0,99)	<0,001	0,98 (0,96 – 0,99)	0,001
	Necessita exodontia	0,96 (0,93 – 0,98)	0,001	0,95 (0,92 – 0,98)	0,001
Necessita prótese superior (fixa ou removível)	1,02 (0,97 – 1,06)	0,422	1,01 (0,96 – 1,06)	0,719	
Necessita prótese inferior (fixa ou removível)	1,03 (0,98 – 1,90)	0,195	1,01 (0,96 – 1,07)	0,676	
Necessidade percebida	Refere que apresenta problemas bucais	1,04 (0,98 – 1,11)	0,164	1,06 (0,99 – 1,13)	0,088
	Acredita que necessita de tratamento odontológico	1,00 (0,93 – 1,07)	0,963	0,99 (0,92 – 1,06)	0,740
	Apresenta algum impacto da condição bucal na qualidade de vida (OHIP-14*** ≥ 1)	1,14 (1,07 – 1,23)	<0,001	1,14 (1,06 – 1,22)	<0,001
	OHIP-14	0,99 (0,77 – 1,29)	0,962	0,93 (0,70 – 1,25)	0,646

Fonte: dados da pesquisa.

Notas: ^a Alto risco em relação ao baixo risco (referência); ^b Ajustada por idade, trimestre da gestação, ter outros filhos, cor/ raça e escolaridade. * Índice de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturador (O); **IHOS – Índice de Higiene Oral Simplificado; ***OHIP-14 – Índice Oral Health Impact Profile

6 DISCUSSÃO

Esse estudo buscou identificar a diferença da condição bucal entre mulheres com gravidez de baixo e alto risco. Os resultados indicam que as gestantes de alto risco apresentaram melhor condição bucal, porém, maior quantidade de biofilme aderido à superfície dentária. As gestantes de baixo risco apresentaram maior necessidade de tratamento invasivo não suprido do que as de alto risco, apesar de não haver diferenças quanto ao acesso aos serviços odontológicos referido pelas entrevistadas. Tal achado pode estar relacionado a uma possível preocupação com a saúde bucal durante toda a vida, entre as mulheres com alguma doença sistêmica preexistente e, durante a gravidez, a presença de tal morbidade possa interferir nos hábitos diários de higiene bucal. O resultado permaneceu o mesmo após ajuste dos aspectos sociodemográficos que influenciam a saúde bucal e que estão amplamente demonstrados na literatura, como escolaridade, cor da pele, idade e número de filhos. Dessa forma, os achados aqui descritos enfatizam a necessidade de ampla atuação da equipe de profissionais envolvidos com o pré-natal na Atenção Primária à Saúde, na identificação e resolução das necessidades odontológicas das gestantes.

Esse estudo foi conduzido com gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde ou no ambulatório de atenção especializada do Sistema Único de Saúde de um município de grande porte. As características sociodemográficas dos grupos estudados foram semelhantes àquelas encontradas em outras pesquisas conduzidas com usuárias do SUS. Como exemplo, cita-se um estudo realizado em Canoas – RS, região metropolitana de Porto Alegre, no qual as gestantes entrevistadas também eram em maioria brancas, com mais de oito anos de estudo e renda familiar mensal de até dois salários mínimos.⁷⁹ Destaca-se que, no presente estudo, o grupo de alto risco gestacional teve maior prevalência de mulheres autodeclaradas brancas, com mais de 35 anos de idade, no terceiro trimestre e pelo menos um filho, o que provavelmente, demonstra que muitas das mulheres no terceiro trimestre iniciaram o acompanhamento pré-natal com classificação de baixo risco e, durante a gravidez, alguma alteração ocorrida em seu organismo (ou feto) e que possa interferir negativamente na saúde da mãe e/ou do bebê, a tornou de alto risco. Após a reclassificação, a mulher é referenciada a um nível de maior complexidade para acompanhamento pré-natal.

O acesso a consultas odontológicas é considerado importante componente do pré-natal, e integra a linha guia da Rede Mãe Paranaense¹⁷. Segundo a revisão sistemática de Rocha et al.⁸⁰ a variação existente na prevalência de utilização dos serviços odontológicos entre as gestantes, em todo o mundo, varia entre 16,7% e 83%, de acordo com fatores sociodemográficos, econômicos, psicológicos e comportamentais e necessidade percebida. Dentre as gestantes participantes deste estudo, verificou-se que mais de 70% relataram haver consultado o dentista no ano anterior à entrevista, sem diferença significativa quanto ao risco gestacional. Considerando consultas durante a gravidez, estas foram relatadas por mais da metade das participantes, sendo que o motivo de consulta mais frequente foi por revisão, prevenção ou rotina pré-natal. Outro estudo encontrou prevalência similar, apesar de um pouco menor, de consultas odontológicas na gravidez por usuárias do SUS⁷⁹ em Canoas-RS, a prevalência do uso de serviços odontológicos foi de 50% entre as mulheres grávidas e puérperas. Entre os fatores associados, os autores destacaram o início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre, já possuir pelo menos um filho e receber orientação sobre o atendimento odontológico como parte do programa pré-natal. Tais fatores devem ser levados em consideração no planejamento de políticas públicas de saúde para ampliar o acesso das mulheres ao atendimento odontológico na gravidez⁷⁹.

O Ministério da Saúde, através da Rede Cegonha, recomenda que a gestante receba no mínimo uma consulta odontológica no pré-natal^{2,56}. No presente estudo, observou-se o relato de, em média, 1,3 e 1,4 consulta odontológica por gestante entre as de baixo e alto risco, respectivamente, sem diferença entre os grupos. Deghatipour et al.²⁶ defendem que a localização do serviço odontológico em uma proximidade ao local de consultas pré-natal pode ser um fator importante, principalmente para as mulheres que dependem de transporte público, assim, podem participar de consultas pré-natais (médica e odontológica) no mesmo dia e local. Diferentemente do que ocorre na rede de atenção à saúde na cidade de Ponta Grossa – PR, o presente estudo verificou que, apesar do consultório odontológico fazer parte do mesmo ambiente físico da unidade de saúde que a gestante é atendida nas consultas de pré-natal médico, dificilmente são agendadas consultas odontológicas no mesmo período, o que pode estar relacionado a um número limitado de consultas por gestante.

Problemas como gengivite, periodontite, maior acúmulo de biofilme e cárie dentária durante a gravidez são decorrentes das alterações fisiológicas e

comportamentais ocorridas na mulher, as quais podem impactar negativamente a cavidade bucal. Na ausência de tratamento odontológico adequado, a má condição de saúde bucal materna pode incitar resposta inflamatória sistêmica e afetar negativamente a gravidez, com prejuízos durante o nascimento e, posteriormente, na saúde infantil.²⁴ Portanto, os profissionais de saúde devem estar capacitados para garantir uma atenção especial às mulheres nesse período. Todas elas devem receber orientação sobre cuidado em saúde bucal antes, durante e logo após a gravidez, para que sejam desmistificadas as crenças quanto à segurança no tratamento odontológico. É imprescindível que uma avaliação clínica abrangente da condição bucal da mulher seja realizada no início da gravidez e que a equipe de saúde bucal estabeleça um protocolo de cuidados para que ela tenha uma boa condição bucal até o final da gravidez, tornando-a responsável, também, pela saúde bucal da criança.

No presente estudo, os valores médios do índice CPO-D foram de 6,3 para o grupo de baixo risco e 9,3 para o de alto risco. Um estudo caso-controle com 142 mulheres grávidas na República Tcheca também apresentou maior experiência de cárie no grupo de mulheres com gestação de alto risco, sendo identificado valor médio de 11,3 dentes CPO nas mulheres com gestação normal e 12,8 nas mulheres de alto risco.³²

Apesar das gestantes de alto risco apresentarem maior experiência de cárie dentária medida pelo índice CPO-D, também apresentaram maior número de dentes restaurados não havendo diferença entre os grupos quanto à presença de dentes cariados (componente C). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 a média do índice CPO-D dos brasileiros foi de 4,25 dentes com experiência de cárie, entre 15 e 19 anos, e 16,75 dentes, entre 35 e 44 anos de idade.³⁶ Em confronto com a pesquisa nacional, a experiência de cárie das gestantes do município de Ponta Grossa – PR foi menor em relação à população brasileira, demonstrando que, tanto as políticas nacionais, quanto as estaduais, tem gerado impacto positivo na saúde bucal da mulher. A porcentagem de mulheres livres de cárie (CPO-D=0) foi de 10,6% e 4,1%, entre as de baixo e alto risco, respectivamente. Na pesquisa nacional, a população entre 15 e 19 anos e 35 e 44 anos livres de cárie foi de 23,9% e 0,9%, respectivamente, demonstrando o caráter cumulativo da doença.

As mulheres com gravidez de baixo risco apresentaram maior necessidade de tratamentos invasivos, como endodontia e exodontia. Esses resultados diferem dos obtidos por Merglova et al.³², que demonstraram que as mulheres com complicações

durante a gravidez apresentaram maior necessidade de tratamento. Por outro lado, as gestantes de baixo e alto risco não apresentaram diferença quanto à necessidade de tratamento restaurador. Segundo a pesquisa SB Brasil 2010, o percentual de dentes com necessidade de tratamento restaurador foi baixo em todas as faixas etárias pesquisadas, sendo mais frequentes as cavidades de uma face³⁶. Isto demonstra maior número de lesões de cárie não extensas e, portanto, maior necessidade de tratamentos menos invasivos entre a população brasileira.

As gestantes de alto risco apresentaram melhores condições periodontais. Estudo conduzido por Poulsen et al.²⁰ comparou a condição periodontal de mulheres com e sem histórico de diabetes gestacional. Verificaram que a periodontite leve foi comum em todas os participantes porém as mulheres com história de diabetes gestacional apresentaram menor prevalência de periodontite moderada ou grave. No presente estudo as gestantes de alto risco apresentaram menos sextantes com cálculo dentário e bolsas periodontais e, por conseguinte, maior número de sextantes hígidos. No entanto, esse grupo apresentou pior higiene bucal.

Os aspectos psicológicos e subjetivos são tão essenciais quanto as necessidades normativas para o planejamento de programas e ações voltados as mulheres na gravidez. Como exemplo, pode-se citar que tanto a higiene bucal autorreferida pela gestante quanto a condição verificada clinicamente estão relacionadas à experiência de cárie quando mensuradas através do índice CPO-D.²⁷ No presente estudo a maioria das mulheres relatou não possuir problemas bucais no momento da entrevista, porém relataram necessitar de algum tratamento odontológico. Esses resultados são melhores do que os obtidos por Martins et al.⁶, que relataram que 49,9% das gestantes entrevistadas na Paraíba afirmaram ter cárie. Esta disparidade encontrada pode refletir diferentes condições socioeconômicas ou de organização de serviços de saúde nas diferentes regiões do país. De qualquer forma, a baixa percepção de necessidade destaca a importância da educação em saúde e empoderamento das mulheres, com objetivo de torná-las responsáveis pela própria saúde bucal.

Ainda no campo da autopercepção, observou-se no grupo de gestantes de alto risco mais registro de ao menos uma resposta afirmativa às questões do OHIP-14. Porém, ao considerar o valor integral do índice, não foram observadas diferenças entre os grupos, mesmo após controle por variáveis sociodemográficas. Ao analisar o impacto da condição bucal na qualidade de vida por dimensão, observou-se diferença

apenas quanto à incapacidade social (aborrecimento com outras pessoas e dificuldades para realizar as atividades diárias por problemas bucais), com maior impacto no grupo de gestantes de alto risco. Tal descoberta pode estar relacionada ao fato de que um risco gestacional aumentado, pode causar maior preocupação entre as mulheres, ou ainda, que as doenças sistêmicas ou hábitos inadequados das gestantes, podem acentuar o desconforto ou limitação preexistente, tornando-as mais sensíveis a alterações na boca.

Diversos fatores estão associados à qualidade de vida e, portanto, há necessidade de prevenção em saúde bucal e de um processo de referência e contra referência eficaz no atendimento odontológico, principalmente na gravidez. Em estudo realizado com gestantes de um hospital maternidade de Porto Alegre, Musskopf et al.⁴⁸ identificaram que há uma redução no impacto da saúde bucal na qualidade de vida medida por meio do OHIP-14 após um protocolo de intervenção periodontal ao longo da gravidez. Os autores observaram que a intervenção promoveu melhora não apenas nos parâmetros periodontais, mas também na perspectiva da paciente, com impacto no bem-estar do dia a dia.

O presente estudo apresentou algumas limitações. Inicialmente, a opção por um delineamento transversal com duas amostras de conveniência, e não por desenhos longitudinais mais complexos com pareamento entre os grupos, pode ter implicações nos resultados, como amostra insuficiente ou inadequada. Além disso, os dados foram obtidos em dois momentos, em locais com características de estrutura distintos e com duas equipes de examinadores diferentes. Apesar dos bons resultados obtidos nos exercícios de calibração e nos testes de concordância, e dos cuidados para padronização da coleta de dados, não se pode excluir completamente a possibilidade de viés de aferição. Também deve-se considerar a possibilidade de viés de seleção haver influenciado diferenças entre os grupos, devido às recusas em participar do exame clínico que foram maiores entre as gestantes de alto risco (67 no total). Esse aumento na recusa pode estar relacionado ao fato do Centro Municipal da Mulher possuir uma sala de espera única, e então quando uma das mulheres se recusava a participar, as demais se sentiam confortáveis em também se recusar, o que resultou em maior perda da amostra. A segunda etapa teve maior aceitação por parte das gestantes, a qual foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde e facilitou a aceitação das mulheres, devido ao maior número de locais de coleta dos dados, mais de uma sala de espera por unidade, em sua maioria e, principalmente, pelos usuários

presentes não serem somente mulheres grávidas. Quanto à essa questão, procurou-se eliminar as diferenças através da análise de regressão ajustada, controlando os resultados por características sociodemográficas e de utilização de serviços de saúde bucal que se apresentaram estatisticamente distintas entre os grupos.

As desigualdades socioeconômicas estão associadas à saúde bucal, seja na forma subjetiva, por meio da condição percebida pelo indivíduo, ou objetivamente, pelas doenças dentárias diagnosticadas clinicamente²⁸. Esse estudo demonstrou que o risco gestacional permaneceu associado às condições bucais investigadas, mesmo quando a análise foi controlada por fatores sociodemográficos. Após ampla busca nas bases de dados bibliográficas, não foram localizados estudos que tenham se dedicado à comparação da condição bucal segundo o risco gestacional. Apesar das limitações apontadas, esse estudo indica a importância de serem delineados protocolos de atenção à saúde bucal que levem em consideração as características da gravidez.

7 CONCLUSÃO

As gestantes apresentaram características distintas entre os grupos, sendo que no de alto risco houve maior proporção de mulheres mais velhas, no último trimestre da gravidez e com mais filhos, que se autodeclaravam brancas e possuíam escolaridade baixa. Não houve diferença quanto à autopercepção da condição bucal, necessidade autorreferida de tratamento odontológico e impacto da saúde bucal na qualidade de vida. As gestantes de baixo risco apresentam maiores necessidades de tratamento não supridas do que as de alto risco, apesar de não haver diferenças quanto ao acesso aos serviços odontológicos referido pelas entrevistadas. Os desfechos permaneceram associados ao risco gestacional mesmo após controlados pelas características sociodemográficas. Apesar de maior experiência de cárie, as gestantes de alto risco apresentaram melhor condição bucal. No entanto, maior quantidade de biofilme presente nesse grupo indica que fatores relacionados ao risco gestacional podem interferir negativamente sobre a higiene bucal, o que demanda atenção da equipe de saúde durante o pré-natal odontológico.

REFERÊNCIAS

1. Arrais AR, Cabral DSR, Martins MHF. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro, Rev Psicol.* 2012 Set;15(22):53-76.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em 2019-07-10.
3. Maryam A, Khawaja W, Khawaja M. Determination the oral health status among pregnant women. *Annals of PIMS.* 2017 Oct-Dec;13(4):330-4.
4. Luengo Ferreira JA, Toscano García I, Carlos Medrano LE, Anaya Álvarez M. Conocimientos sobre salud buccal en un grupo de gestantes mexicanas. *Acta Universitaria.* 2018 Jul;3(28):1-7. doi: 10.15174/au.2018.1477.
5. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *Sanare (Sobral).* 2017;16(1):23-28.
6. Martins MHPA, Ghersel ELA, Ghersel H. Identificação dos principais problemas em gestação de risco para nortear ações preventivas. *Cien Saúde Colet.* 2017 Jan-Mar;10(1):18-22.
7. Rech CA, Manfio P. Avaliação da saúde bucal das gestantes atendidas no PSF Adirbal Corralo na cidade de Passo Fundo – RS. *J Oral Invest.* 2015;4(2):4-10. doi: 10.18256/2238-510X/j.oralinvestigations.v4n2p4-10.
8. Fernandes LCA, Souza Júnior R, Leite PVV. O cuidado em saúde bucal durante o período gestacional: mitos e verdades. *Ciência Atual.* 2020;15(1):2-9.
9. Kamate WI, Vibhute N, Baad R, Belgaumi U, Kadashetti V, Bommanavar S. Effect of socioeconomic status on dental caries during pregnancy. *J Family Med Prim Care.* Jun 2019;8(6):1976-80. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_283_19.
10. Wagle M, D'Antonio F, Reierth E, Basnet P, Trovik T, Orsini G, et al. Dental caries and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018 Mar 2;8(3). doi: 10.1136/bmjopen-2017-018556.
11. Kruse AB, Kuerschner AC, Kunze M, Woelber JP, Al-Ahmad A, Wittmer A, et al. Association between high risk for preterm birth and changes in gingiva parameters during pregnancy – a prospective cohort study. *Clin Oral Investig.* 2018 Apr;22(3):1263-71.
12. Pérez-Molina JJ, González-Cruz MJ, Panduro-Barón JG, Santibáñez-Escobar LP, Quezada-Figueroa NA, Bedolla-Barajas M. Periodontal diseases and preterm birth. *Gac Med Mex.* 2019;155:131-6. doi: 10.24875/GMM.M19000246.
13. Schwendicke F, Karimbux N, Allareddy V, Gluud C. Periodontal treatment for preventing adverse pregnancy outcomes: a meta- and trial sequential analysis. *PLoS One.* 2015 Jun;10(6). doi: 10.1371/journal.pone.0129060.
14. Moimaz SAS, Rós DT, Saliba TA, Garbin CAS. Aspectos da saúde geral e bucal de gestantes de alto risco: revisão da literatura. *J Health Sci Inst.* 2017;35(3):223-30.

15. Brasil. Portaria nº. 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS [TabNet]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em 2020-01-16.
17. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 7.ed. 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em 2019-06-24. Acesso em: 2019-03-09.
18. Brailer C, Robison V, Barone L. Protect tiny teeth toolkit: an oral health communications resource for providers of pregnant women and new mothers. *J Womens Health*. 2019 May;28(5):568-72. doi: 10.1089/jwh.2019.7657.
19. Rönö K, Stach-Lempinen B, Klemetti MM, Kaaja RJ, Pöyhönen-Alho M, Eriksson JG, et al. Prevention of gestational diabetes through lifestyle intervention: study design and methods of a Finnish randomized controlled multicenter trial (RADIEL). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(70).
20. Poulsen H, Meurman JH, Kautiainen H, Heikkinen AM, Huvinen E, Koivusalo S, et al. Oral health in women with a history of high gestational diabetes risk. *Dent J*. 2019;7(92). doi: 10.3390/dj7030092.
21. Alves C, Andion J, Brandão M, Menezes R. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007;51(7):1050-7.
22. Tierman L, Andrade J, Romito GA, Piegas LS. Avaliação da condição periodontal entre gestantes saudáveis e cardiopatas: estudo piloto. *Periodontia*. 2007;17(4):65-9.
23. Pralhad S, Thomas B, Kushtagi P. Periodontal disease and pregnancy hypertension: a clinical correlation. *J Periodontol*. 2013;84(8):1118-25.
24. Duff M, Dahlen HG, Burns E, Priddis H, Schimied V. Designing an oral health module for the Bachelor of Midwifery program at an Australian University. *Nurse Educ Pract*. 2017 Mar; 23:76-81.
25. Dragon IF, Veglia V, Geisinger ML, Alexander DC. Dental care as a safe and essential part of a healthy pregnancy. *Compend Contin Educ Dent*. 2018 Feb; 39(2):86-92.
26. Deghatipour M, Ghorbani Z, Ghambari S, Arshi S, Ehdaviand F, Namdari M, et al. Oral health status in relation to socioeconomic and behavioral factors among pregnant women: a communitybased cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2019;19(117). doi: 10.1186/s12903-019-0801-x.
27. Kateeb E, Momany E. Dental caries experience and associated risk indicators among Palestinian pregnant women in the Jerusalem área: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2018 Oct 22;18(1):170. doi: 10.1186/s12903-018-0628-x.
28. Mejia GC, Elani HW, Harper S, Thomson WM, Ju X, Kawachi I, et al. Socioeconomic status, oral health and dental disease in Australia, Canada, New Zealand and the United States. *BMC Oral Health* 2018 Oct 26;18(1):176. doi:

- 10.1186/s12903-018-0630-3.
29. Pinto ACS. Cárie dentária e qualidade de vida em gestantes, com e sem excesso de peso pré-gestacional: coorte prospectivo. [Dissertação] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. [acesso em 2019 Nov 2]. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-14062019-133014/publico/AnaCarolinadaSilvaPinto_Rev.pdf.
 30. Vieira ACF, Alves CMC, Rodrigues VP, Ribeiro CCC, Gomes-Filho IS, Lopes FF. Oral, systemic and socioeconomic factors associated with preterm birth. *women birth* 2019 Feb;32(1):12-6. doi: 10.1016/j.wombi.2018.02.007.
 31. Martínez-Pabón MC, Martínez-Delgado CM, López-Palacio AM, Patiño-Gómez LM, Arango-Pérez EA. Características físico-químicas y microbiológicas de la saliva durante y después del embarazo. *Rev Esp Salud Pública*. 2014 Feb;16(1):128-38. doi: 10.15446/rsap.v16n1.35767.
 32. Merglova V, Hecovaa H, Stehlikovaa J, Chaloupkab P. Oral health status of women with high-risk pregnancies. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2012 Dec;156(4):337–41.
 33. Selvi UPG, Kamatchi D, Jeyashri S, Chanthinidevi A. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. *Int J Sci Study*. 2017 Mar;4(12):164-8. doi: 10.17354/ijss/2017/119.
 34. Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. 2ed. São Paulo: Santos; 2015.
 35. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciêns Saúde Colet*. 2015;20(8):2539-48. doi: 10.1590/1413-81232015208.12052014
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em 2019-03-26.
 37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015 (Conheça a política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf. Acesso em: 2019-03-26.
 38. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 2020-03-02.
 39. Bastos TF, Medina LP, Sousa NFS, Lima MG, Malta Dc, Barros MBA. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019 Oct;22(2). doi: 10.1590/1980-549720190015.supl.2.

40. Vogt M, Sallum AW, Cecatti JG, Morais SS. Factors associated with the prevalence of periodontal disease in low-risk pregnant women. *Reprod Health*. 2012 Jan;9(3). doi: 10.1186/1742-4755-9-3.
41. Figuero E, Carrillo-de-Albornoz A, Martín C, Tobías A, Herrera D. Effect of pregnancy on gingival inflammation in systemically healthy women: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2013;40:457-73. doi: 10.1111/jcpe.1253.
42. Fujiwara N, Tsuruda K, Iwamoto Y, Kato F, Odaki T, Yamane N. et. al. Significant increase of oral bacteria in the early pregnancy period in Japanese women. *J Investig Clin Dent [internet]*. 2015 Sep;8(1). doi: 10.1111/jicd.12189.
43. Komine-Aizawa S, Aizawa S, Hayakawa S. Periodontal diseases and adverse pregnancy outcomes. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019 Jan;45(1):5-12. doi: 10.1111/jog.13782.
44. Al-Habib AS, Al-Sadah E, Al-Manasif M, Alshehri A, Alabdalaal WH, Alzayer NZ. et al. Changes in periodontal health during various stages of pregnancy; an observational study. *EC Dent Sci*. 2019;18(8):1734-7.
45. Syafar IF, Tahir H, Oktavati S. The correlations between periodontal disease in the woman with pregnancy and low birth weight infant: a systematic review. *Makassar Dent J*. 2019;8(3):178-84.
46. Huang Z, Chen Z, He L, Sha Y, Kang J. Association between pathogens and periodontal status of chinese women during pregnancy and within one year after delivery. *Int J Oral Dent Health*. 2019;5(2). doi: 10.23937/2469-5734/1510091.
47. Gil L, Mínguez I, Caffesse R, Llámbe F. Periodontal disease in pregnancy: the influence of general factors and inflammatory mediators. *Oral Health Prev Dent*. 2019;17:69-73. doi: 10.3290/j.ohpd.a41981.
48. Musskopf ML, Milanesi FC, Rocha JM, Fiorini T, Moreira CHC, Susin C, et al. Oral health related quality of life among pregnant women: a randomized controlled trial. *Braz Oral Res*. 2018 ;32(2). doi: 10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0002.
49. Prokhodnaya VA. Influence of dental diseases of pregnant women on newborns' health state. *Azerbaidzhanskii Meditsinskii Zhurnal*. 2018;99(4):586-92. doi: 10.17816/KMJ2018-586.
50. Carvalho GM, Vieira RS, Camiá GEK, Santos LSC, Soares LH, Oliveira LR. Saúde Bucal na gestação e suas implicações para a gestante e feto: perspectivas do enfermeiro durante o pré-natal. *Braz J Hea Rev*. 2019 Sep-Oct;2(5):4345-61.
51. Oral Health Care During Pregnancy Expert Workgroup. Oral health care during pregnancy: a national consensus statement. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center; 2012. Disponível em: <https://www.mchoralhealth.org/PDFs/OralHealthPregnancyConsensus.pdf>.
52. Iida H. Oral health interventions during pregnancy. *Dent Clin N Am*. 2017;61:467-81. doi: 10.1016/j.cden.2017.02.009.
53. New York State Department of Health. Oral health care during pregnancy and early childhood: practice guidelines. Albany (NY): 2006. Disponível em: <https://www.health.ny.gov/publications/0824.pdf>. Acesso em: 2020-01-20.
54. Stohl HE, Chen A. Oral health coverage options for pregnant adults and adolescents. *Maternal Child Health J*. 2018;22:24-31. doi: 10.1007/s10995-

017-2401-1.

55. Hans M, Hans VM, Kahlon N, Ramavat PKR, Gupta U, Das A. Oral health awareness and practices in pregnant females: a hospital-based observational study. *J Indian Soc Periodontol*. 2019 May-Jun;23(3):264-8. doi: 10.4103/jisp.jisp_372_18: 10.4103/jisp.jisp_372_18.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 2019-07-10.
57. Bernardi C, Oliveira JB, Masiero AV. Assistência odontológica à gestante: conhecimento e prática de dentistas da rede pública e seu papel na Rede Cegonha. *Arq Odontol*. 2019;55(18). doi: 10.7308/odontol/2019.55.e18.
58. Ferreira SMSP, Pinheiro ES, Silva RV, Silva JF, Batista LD, Fernandes CG. Pré-natal odontológico: acessibilidade e ações ofertadas pela atenção básica de Vitória da Conquista – BA. *Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep*.26(2):3-16.
59. Gonçalves KF, Amaral JM, Bidinotto AB, Ferla AA, Martins AB, Hilgert JB. Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(2):519-32. doi: 10.1590/1413-81232020252.05342018.
60. Saliba TA, Custódio LDM, NA Saliba, Moimaz SAS. Dental prenatal care in pregnancy. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2019;67. doi: 10.1590/1981-863720190006120180003.
61. Pels E, Kobylińska A, Kukurba-Setkowicz M, Szulik A, Chałas R. Dental prophylaxis and treatment in pregnant women. Opinion of the working group of the polish alliance for a cavity-free future on dental prophylaxis in pregnant women. *Nowa Stomatol*. 2018;23(4):159-65. doi: 10.25121/NS.2018.23.4.159.
62. Payal S, Kumar GS, Sumitra Y, Sandhya J, Deshraj J, Shivam K, et al. Oral health of pregnant females in central India: knowledge, awareness, and presente status. *J Educ Health Promot*. 2017 Dec;4(6):102. doi: 10.4103/jehp.jehp_146_16.
63. Suri V, Singla R, Suri V. Oral health care in pregnancy: a review. *J Adv Med Res* 2017 May;5(5):9-15. doi: 0.21276/jamdsr.2017.5.5.3.
64. Ahmed AE, AIBlaihied RM, Albalawi AN, Alshehri AA. Oral Health Problems among Pregnant Saudi Arabian Women: a self-report survey. *J Clin Res Den*. 2019;2(1):1-8.
65. Muralidharan C, Merrill RM. Dental care during pregnancy based on the pregnancy risk assessment monitoring system in Utah. *BMC Oral Health*. 2019;19:237-47. doi: 10.1186/s12903-019-0921-3.
66. Aguilar-Cordero MJ, Leon-Rios XA, Rivero-Blanco T, Rodriguez-Blanque R, Expósito-Ruiz M, Gil-Montoya JA. Quality of life during pregnancy and its influence on oral health: a systematic review. *J Oral Res*. 2019;8(1):74-81. doi: 10.17126/joralres.2019.011.
67. Guerra MJC, Greco RM, Leite ICG, Ferreira EF, De Paula MVQ. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(12):4777-86.
68. Chachaima J. Calidad de vida em relación a las condiciones orales em madres

- gestantes. *Rev Cien.* 2019;6(1):70-6.
69. Retori PC, Knorst JK, Bolsson JB, Savian CM, Casarin M, Santos BZ. Association between oral hygiene and oral health-related quality of life of pregnant woman. *Monogr Soc Res Child Dev.* 2020;9(1).
70. Gomes EGR, Flores LLLL. Qualidade de vida das gestantes e fatores influenciadores. [trabalho de conclusão de curso] [internet]. Goiás: Centro Universitário de Goiás Uni-Anhanguera; 2019. [acesso em 2019 Nov 4]. Disponível em: <http://repositorio.anhanguera.edu.br:8080/bitstream/123456789/181/1/TCC%20-%20Emily%20e%20Lucielma%20-%20Final.pdf>.
71. Trombetta JB, Traebert J, Nunes RD. Fatores associados à qualidade de vida em gestantes de alto risco. [trabalho de conclusão de curso] [internet]. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2018. [acesso em 2019 Nov 4]. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/5320/artigo%20pronto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
72. Luz MC. Saúde bucal de gestantes de alto risco atendidas no Sistema Único de Saúde em um município do sul do Brasil. [dissertação] [internet]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2018. [acesso em 2019 Jun 10]. Disponível em: <http://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/2567/1/Milena%20Correa%20da%20Luz.pd>.
73. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Séries históricas e estatísticas. [Acesso em 2019 Jul 02]. Disponível em: http://serieestatisticas.ibge.gov.br/lista_tema.aspx?op=0&no=10&de=102. Acesso em 2019-Jun-24.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de calibração de examinadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em 2019-03-26.
75. Slade, GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health.* 1994 Mar;11(1):3-11.
76. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Aug;33(4):307-14.
77. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Públ.* 2001;35(4):349-55.
78. Greene JC, Vermilion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc.* 1964 Jan;68(1):7-13. doi: 10.14219/jada.archive.1964.0034.
79. Ruiz LF, Uffermann G, Vargas-Ferreira F, Bavaresco CS, Neves M, Moura FRR. Use of dental care among pregnant women in the Brazilian Unified Health System. *Oral Health Prev Dent* 2019;17:25-31. doi: 10.3290/j.ohpd.a41980.
80. Rocha JS, Arima LY, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Determinants of Dental

Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. *Caries Res.* 2018 Jan 10;52:139-52. doi: 0.1159/000481407.

**APÊNDICE A -
TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA
GROSSA**
Programa de Pós Graduação em Odontologia
Área de Concentração: Clínica Integrada

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidada a participar da pesquisa intitulada **"A qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) na rede de atenção básica de Ponta Grossa/ PR e sua relação com condição bucal, necessidade de tratamento e utilização de serviços odontológicos por gestantes."**, conduzida pela doutoranda Milena Correa da Luz e mestranda Vitória Monteiro, orientadas pela Prof. Marcia Helena Baldani Pinto, integrantes do Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Ponta Grossa em Odontologia. Esta tem por objetivo estudar a qualidade do serviço odontológico na Atenção Primária à saúde e avaliar a condição de saúde bucal em gestantes, usuárias do Sistema Único de Saúde do município.

Para participar, a gestante deverá responder às questões formuladas pelos entrevistadores, as quais são relacionadas com sua saúde bucal, além da necessidade de consultar um dentista e as características do serviço de saúde que ela utiliza. Além disso, será realizado um exame clínico bucal para verificar as condições dos seus dentes e gengivas. Estes procedimentos não oferecem nenhum risco.

Enfatizamos que sua participação não é obrigatória. Você poderá **se retirar** da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalização. Quando da publicação dos resultados, a identificação dos participantes da pesquisa não será revelada, em hipótese alguma.

Se for identificado algum problema **em sua saúde** bucal, você será direcionada para o atendimento em sua Unidade de Saúde.

Ao assinar o presente Termo você declara, para todos os fins de direito, ciência do objetivo e da metodologia que será adotada para o presente estudo, manifestando seu livre consentimento em participar.

DECLARO, após os devidos esclarecimentos a respeito da pesquisa ora denominada "Condição bucal, acesso e adesão ao tratamento odontológico por gestantes usuárias das Unidades Saúde da Família de Ponta Grossa: um enfoque nos determinantes psicossociais", que **concordo** em participar do estudo e **permito** a livre utilização dos dados que fornecerei, com as ressalvas e cautelas já estipuladas.

Nome: _____ RG: _____

Participante

Pesquisador

ATENÇÃO: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa da UEPG. Endereço – Av. Carlos Cavalcanti, n.4748, Bloco M, Sala 12, CEP- 84030-900 – Ponta Grossa – PR. Fone: (42) 3220-3108. E-mail: seccoep@uepg.br

Contato pesquisador: **Milena Correa da Luz**
Ponta Grossa-PR/BR Telefone: (42)9961-5146

Endereço: Rua Afonso Celso, nº 5 ap 12
E-mail: mi.c.luz@hotmail.com

**APÊNDICE B -
FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA E QUESTIONÁRIO
ETAPA I E II**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA
GROSSA**
Programa de Pós Graduação em Odontologia
Área de Concentração: Clínica Integrada

Coroa	Raiz	CONDIÇÃO	TRATAMENTO
0	0	Sadio	0 = Nenhum
1	1	Cariado	P = Cuidado preventivo/ cariostático
2	2	Restaurado com cárie	1 = Restauração 1 face
3	3	Restaurado sem cárie	2 = Restauração 2 ou mais faces
4	--	Perdido por cárie	3 = Coroa por qualquer motivo
5	--	Perdido outras razões	4 = Faceta laminada
6	--	Selante	5 = Tratamento pulpar e restauração
7	7	Apoio de ponte, coroa ou faceta/implante	6 = Extração
8	8	Dente não erupcionado (coroa)/raiz não exposta	7 = Outros cuidados
T	--	Trauma (fratura)	9 = Sem registro
9	9	Sem registro	

3. Uso e necessidade de prótese

<p>USO DE PRÓTESE</p> <p>0 = Sem prótese 1 = Prótese fixa 2 = Mais de uma prótese fixa 3 = Prótese parcial removível 4 = Prótese fixa e removível 5 = Prótese total 9 = Sem registro</p>	<p align="center">Sup Inf (162) <input type="text"/> <input type="text"/> (163)</p> <p>NECESSIDADE DE PRÓTESE</p> <p>0 = Sem necessidade de prótese 1 = Prótese fixa unitária 2 = Prótese fixa ou removível unitária e/ou múltipla 3 = Combinação de prótese fixa e/ou removível unitária e/ou múltipla 4 = Prótese total 9 = Sem registro</p>
---	---

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS

INSTRUMENTO 1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Estado Civil: Casada () União estável () Solteira () Divorciada () Viúva ()

Das opções a seguir, qual você considera sua cor/raça?

() branca () preta () parda () amarela () indígena () outra _____

Profissão: _____ Renda Pessoal: () Menos de um salário mínimo

() um a dois salários mínimos () dois a três salários mínimos () três a quatro salários mínimos () mais de quatro salários mínimos

Renda mensal da casa: () Menos de um salário mínimo () um a dois salários mínimos () dois a três

salários mínimos () três a quatro salários mínimos () mais de quatro salários mínimos

Número de pessoas com trabalho remunerado: _____

Número de filhos: _____ Idade dos filhos: _____

Período da Gravidez: _____

<p>1) Qual a sua escolaridade?</p>	<p>(1) Analfabeto (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior completo</p>
---	---



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
Programa de Pós Graduação em Odontologia
Área de Concentração: Clínica Integrada

<p>Quem você considera o chefe do seu domicílio? _____</p> <p>Qual a escolaridade dele (a)?</p>	<p>(1) Analfabeto (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Superior completo</p>
<p>2) Quantas pessoas moram em sua casa? _____ pessoas</p>	<p>3) Quantas peças usam para dormir? _____ (anote o nº)</p>
<p>4) O domicílio é:</p>	<p>(1) próprio (com documentação) (2) em aquisição (3) alugado (4) cedido (5) área de invasão</p>
<p>5) Outras características do domicílio:</p>	<p>(1) rede de água de abastecimento (2) rede de esgoto (3) fossa séptica (4) esgoto a céu aberto (5) coleta de lixo (6) lixo a céu aberto</p>
<p>6) Entrevistador: Anote o tipo de casa:</p>	<p>(1) Tijolo (2) Madeira pré-fabricada (3) Tijolo/Madeira (4) Madeira (5) Papelão/Lata (6) Outros _____ (especifique)</p>
<p>7) Na sua casa tem:(para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de itens)</p>	<p>() TV em cores () Rádio () Geladeira () Carro () Máquina de lavar roupa () Vídeo cassete/ DVD () Banheiro () Freezer (independente da geladeira) () Empregada mensalista</p>

INSTRUMENTO 2 - USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

<p>8. Qual foi sua última consulta ao dentista?</p>	<p>(1) Menos de 1 ano (2) 1 a 2 anos (3) 3 ou mais anos – Quantos anos? _____ (4) Nunca foi ao dentista (9) Não sei / Não me lembro</p>
<p>9. Consultou o dentista durante a gestação?</p>	<p>(1) Sim: quantas? _____ (2) Não (3) não sei/não lembro</p>
<p>10. Motivo da consulta:</p>	<p>(1) Revisão, prevenção, checkup, rotina (2) Dor (3) Extração (4) Tratamento (5) Outros _____ (9) Não sabe</p>
<p>11. Onde ocorreu o atendimento odontológico?</p>	<p>(1) posto ou centro de saúde fora do bairro (2) US do bairro (3) ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato (4) pronto atendimento (5) consultório particular (6) dentista do plano de saúde (7) universidade (8) outro _____</p>



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA
GROSSA**
Programa de Pós Graduação em Odontologia
Área de Concentração: Clínica Integrada

12. Seu problema foi solucionado?	(1) SIM (2) NÃO
13. Quem lhe encaminhou para consulta odontológica?	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Foi por conta própria
14. Você está com algum problema bucal atualmente?	(1) Sim (2) Não Qual? _____
15. Você acha que necessita de tratamento odontológico atualmente?	(1) Sim (2) Não

ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP -14)

Agora serão feitas perguntas sobre como a saúde de sua boca e dentes afetam o seu dia-a-dia. Responda cada uma das questões de acordo com a frequência com que elas interferem na sua vida. Para cada questão só deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

Nos últimos seis meses, por causa de problema com seus dentes, sua boca ou prótese:

50. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre	OHIP 14 1
51. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre	OHIP 14 2
52. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre	OHIP 14 3
53. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre	OHIP 14 4
54. Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP 14 5
55. Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP 14 6
56. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro	OHIP 14 7
57. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre	OHIP 14 8



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA
GROSSA**
Programa de Pós Graduação em Odontologia
Área de Concentração: Clínica Integrada

<p>58.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro</p>	OHIP 14 9
<p>59.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro</p>	OHIP 14 10
<p>60.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro</p>	OHIP 14 11
<p>61.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro</p>	OHIP 14 12
<p>62.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro</p>	OHIP 14 13
<p>63.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Repetidamente (5) Sempre (9) Não sei/não lembro</p>	OHIP 14 14

**ANEXO A -
PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) na rede de atenção básica de Ponta Grossa/ PR e sua relação com condição bucal, necessidade de tratamento e utilização de serviços odontológicos por gestantes.

Pesquisador: Márcia Helena Baldani Pinto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01595318.8.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.184.335

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

A qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) na rede de atenção básica de Ponta Grossa/ PR e sua relação com condição bucal, necessidade de tratamento e utilização de serviços odontológicos por gestantes. O desenho do estudo será observacional do tipo transversal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde no sistema público de saúde de Ponta Grossa – PR, e identificar sua relação com a condição bucal, necessidade de tratamento e utilização de serviços odontológicos por gestantes usuárias dos serviços.

Objetivo Secundário:

a) Investigar as condições bucais e necessidade de tratamento odontológico (normativas e auto-referidas) de gestantes de risco habitual e intermediário, que realizam o pré-natal nas unidades de saúde da família de Ponta Grossa; b) Conhecer a prevalência de utilização de serviços

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 3.184.335

odontológicos por parte da população-alvo; c) Comparar as condições bucais e utilização de serviços odontológicos das gestantes de risco habitual e intermediário com um banco de dados de gestantes de alto risco atendidas no sistema público de saúde de Ponta Grossa entre 2016 e 2017; d) Identificar a presença de fatores demográficos e sociais que possam estar relacionados com as condições bucais, necessidade de tratamento e utilização de serviços odontológicos na população-alvo; e) Analisar a evolução da utilização dos serviços odontológicos por gestantes de risco habitual e intermediário, usuárias da ESF, no início da implementação da Rede Mãe Paranaense e da Rede de Saúde Bucal em Paraná e cinco anos após; f) Realizar revisão sistemática da literatura quanto ao papel da Atenção Primária à Saúde como facilitadora do acesso de gestantes ao tratamento odontológico; g) Descrever a qualidade da APS no município a partir da experiência dos profissionais dos serviços, aplicando uma ferramenta validada para identificar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS); h) Verificar o impacto da qualidade da Atenção Básica sobre as condições bucais e necessidade de tratamento odontológico, controlando por fatores demográficos e sociais; i) Avaliar o impacto da qualidade da Atenção Básica sobre a utilização dos serviços odontológicos por gestantes, controlando pelos fatores demográficos, sociais e de necessidades em saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Nenhum, desde que as informações sejam mantidas em sigilo

Benefícios:

Após a entrevista, as gestantes serão orientadas sobre cuidados em saúde e esclarecidas quaisquer dúvidas. As gestantes que necessitarem de atendimento odontológico serão direcionadas para atendimento na unidade de saúde que forem referenciadas ou se for detectada a necessidade de alguma especialidade, serão encaminhadas para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) da cidade ou para atendimento na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Os indivíduos que concordarem em participar deverão assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 3.184.335

de acordo com a Resolução 196 de 09/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A gestação é um período delicado que promove muitas mudanças, tanto fisiológicas quanto comportamentais na vida da mulher, e por decorrência disto é esperado um aumento no risco ou agravamento de doenças bucais. Estudos recentes têm evidenciado que as infecções periodontais podem além de promover alterações bucais, também influenciar para a ocorrência de alterações sistêmicas. Este estudo transversal tem por objetivo avaliar a qualidade da atenção primária à saúde (APS) na rede de Atenção Básica do município de Ponta Grossa – PR, e identificar sua relação com a condição bucal, necessidade de tratamento e utilização de serviços odontológicos por gestantes. O mesmo será realizado com uma amostra probabilística de 268 gestantes, residentes nas áreas adscritas das 34 unidades de atenção básica do município. Os dados serão coletados nas Unidades de Saúde pelas pesquisadoras, através de entrevista e avaliação clínica bucal. Na entrevista será utilizado questionário pré-testado, composto por quatro instrumentos: a) informações sócio-demográficas; b) utilização de serviços odontológicos pelas gestantes; c) autopercepção da condição bucal - estado de saúde bucal e necessidade percebidas, e impacto da condição bucal na qualidade de vida (instrumento Oral Health Impact Profile – OHIP) validado em português. A necessidade normativa será obtida por meio do Índice CPO-D e identificação da necessidade clínica de tratamento odontológico. Serão realizados exames segundo a metodologia proposta pela OMS, por examinadores treinados e calibrados. A análise dos dados será realizada considerando-se a necessidade (normativa e autopercebida) e o fato de “haver utilizado serviços odontológicos alguma vez na vida” como variáveis dependentes. Serão apresentadas análises descritivas da presença e extensão dos atributos da APS nas áreas pesquisadas, bem como das características da população. As estimativas das forças das associações serão aferidas por meio de razão de prevalência. Para identificar as associações independentes entre as variáveis explicativas e as de desfecho, será utilizada análise de regressão

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvararanas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.184.335

robusta de Poisson e análise multinível, segundo modelo teórico hierárquico

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normas 466/2012 e 510/2016

Recomendações:

Enviar relatório final ao término do projeto por Notificação via plataforma Brasil

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1210889.pdf	21/02/2019 11:20:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.docx	21/02/2019 11:15:17	Milena Correa da Luz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/02/2019 11:14:12	Milena Correa da Luz	Aceito
Parecer Anterior	COEP.pdf	10/10/2018 15:49:33	Milena Correa da Luz	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.docx	10/10/2018 15:47:59	Milena Correa da Luz	Aceito
Parecer Anterior	Parecer.pdf	10/10/2018 15:47:00	Milena Correa da Luz	Aceito
Folha de Rosto	folha.docx	10/10/2018 15:46:35	Milena Correa da Luz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.184.335

PONTA GROSSA, 07 de Março de 2019

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

**ANEXO B -
AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PELO DEPARTAMENTO DE
ODONTOLOGIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE PONTA GROSSA – PR
ETAPA I**




CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, ANGELA CONCEIÇÃO OLIVEIRA POMPEU, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa, autorizo a realização do Projeto "RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM MULHERES ATENDIDAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PR", da pesquisadora responsável Profª Drª Márcia Helena Baldani Pinto.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa, deverá constar o nome e o logotipo desta Instituição.

Ponta Grossa, 06 de Outubro de 2016.


ANGELA CONCEIÇÃO OLIVEIRA POMPEU
Secretária Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 09.277.224/0001-10
Av. Visconde de Taunay, 950 - 2ª Subseção
CEP 84051-000 - Ponta Grossa - PR

ANEXO C -
AUTORIZAÇÃO CONCEDIDA PELO DEPARTAMENTO DE
ODONTOLOGIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DE PONTA GROSSA – PR
ETAPA II

Recebido 28/11/18

Ao NEP

Para análise de
solicitado.

Departamento de Odontologia - Férias
Assessoria - Nível II - SMS

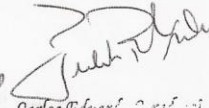
28/11/18

Para: Dp Odontologia
1/ manifestação

Carlos Eduardo Coradassi
Coordenador - Núcleo de
Educação Permanente - SMS
12/12/18

RECEBIDO EM
21/12/18 às h
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP
Nome: _____

Ao requerente
O NEP não tem
nada a ver

P/R 

Carlos Eduardo Coradassi
Coordenador - Núcleo de
Educação Permanente - SMS

9/12/19

Ponta Grossa, 17 de dezembro de 2018.

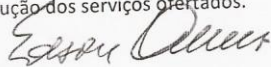
1- Ciente.

2- Ao NEP

3- Este Departamento de Odontologia, manifesta-se favorável a parceria entre a UEPG, no desenvolvimento do presente projeto.

4- O Departamento de Odontologia, colocará à disposição dos responsáveis pelo projeto, após prévio agendamento, equipamento móvel para o levantamento das condições de saúde bucal das gestantes abordadas.

5- O resultado final permitirá ao Município de Ponta Grossa, avaliar e avançar se for o caso, na condução dos serviços ofertados.



Edson Alves.
Coordenador de Odontologia