

## Não realização de consulta odontológica entre gestantes no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional

Non-performance of dental consultation among pregnant women in southern Brazil: a population-based study

Dionizio José Konzen Júnior (<http://orcid.org/0000-0002-5028-3382>)<sup>1</sup>

Luana Patricia Marmitt (<http://orcid.org/0000-0003-0526-7954>)<sup>1</sup>

Juraci Almeida Cesar (<https://orcid.org/0000-0003-0864-0486>)<sup>1</sup>

**Abstract** *The scope of this study was to measure the prevalence and identify factors associated with the non-use of dental care among pregnant women living in the municipality of Rio Grande, RS. In 2013, previously trained interviewers applied a single, standardized questionnaire within 48 hours after childbirth to all puerperal women living in this city. The chi-square test was used to compare proportions and, for multivariate analysis, Poisson regression with robust variance adjustment was used to obtain the prevalence ratio. Among the 2.653 puerperal women included in this study, 60.1% (95% CI: 58.2% - 61.9%) did not use any type of dental service during gestation. After adjustment, the probability of not using these services was significantly higher among pregnant women of lower age, income and schooling, who lived with more people at home, who performed a smaller number of prenatal consultations, who had prenatal care in the public service, and who were not attended under the Family Health Strategy (FHS). Encouraging pregnant women with this epidemiological profile to look for dental services during prenatal consultations and to expand the FHS on offer are measures with great potential to increase coverage for this type of service in the location studied.*

**Key words** *Pregnant women, Dental care, Prenatal care, Oral health*

**Resumo** *Este estudo teve por objetivo medir a prevalência e identificar fatores associados à não utilização de assistência odontológica entre gestantes residentes no município de Rio Grande, RS. Em 2013, entrevistadores previamente treinados aplicaram questionário único, padronizado em até 48 horas após o parto à todas puerperas residentes neste município. Utilizou-se teste do qui-quadrado para comparar proporções e, da análise multivariável, regressão de Poisson com ajuste robusto da variância para a obtenção da razão de prevalências. Dentre 2.653 puerperas incluídas neste estudo, 60,1% (IC95%: 58,2% – 61,9%) não utilizaram qualquer tipo de serviço odontológico durante a gestação. Após ajuste, a probabilidade de não uso destes serviços foi significativamente maior entre gestantes de menor idade, renda e escolaridade, que viviam com maior número de pessoas no domicílio, que realizaram um menor número de consultas de pré-natal, que fizeram pré-natal no serviço público, e que não foram atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Incentivar gestantes com este perfil epidemiológico a procurar por serviços odontológicos durante as consultas de pré-natal e ampliar a oferta da ESF são medidas com grande potencial de elevar a cobertura para este tipo de serviço na localidade estudada.*

**Palavras-chave** *Gestante, Assistência odontológica, Cuidado pré-natal, Saúde bucal*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande. R. Visconde de Paranaguá 102, Campus da Saúde. 96203-900 Rio Grande RS Brasil. [dionizokonzenjunior@bol.com.br](mailto:dionizokonzenjunior@bol.com.br)

## Introdução

O atendimento odontológico realizado durante a gravidez é essencial à promoção da saúde e à prevenção de doenças. As patologias bucais podem levar a ocorrência de desfechos desfavoráveis como, por exemplo, prematuridade e baixo peso ao nascer<sup>1,2</sup>.

As alterações hormonais e fisiológicas próprias da gravidez, bem como o aumento no consumo de alimentos e a frequência insuficiente de escovação dental podem predispor ou agravar doenças bucais<sup>3</sup>. Os altos níveis de estrogênio podem levar à inflamação periodontal, edema, alta sensibilidade e tendência ao sangramento, possibilitando que uma gengivite pré-existente piore se o biofilme dental (placa bacteriana) não for removido<sup>4</sup>. Além disso, o aumento do volume uterino, durante a gestação, comprime o estômago levando ao aumento no número de refeições. Isto, somado à falta de cuidados com a higiene bucal, aumenta a probabilidade de desenvolvimento de cárie dentária entre gestantes<sup>3</sup>.

Apesar disso, apenas 35% das gestantes nos Estados Unidos consultaram com cirurgião-dentista durante a gestação<sup>5</sup>, na Austrália apenas 30%<sup>6</sup> e, na região metropolitana de Vitória, ES, foi de 21% para assistência preventiva e 17% para serviços curativos<sup>7</sup>.

Há poucos estudos sobre o padrão de utilização de serviços odontológicos entre gestantes no Brasil. Destes, a quase totalidade se dedica a conhecer o perfil e identificar fatores associados à utilização deste tipo de serviço durante o pré-natal. Por certo que isto é importante, mas deve-se considerar que estas gestantes estão frequentando os serviços de saúde. Sobre as gestantes que realizam pré-natal, mas que não buscam por serviços odontológicos, muito pouco ou quase nada se sabe sobre elas. E são exatamente estas que apresentam maior probabilidade de serem acometidas por problemas bucais, assim como o seu recém-nascido.

O presente estudo teve por objetivo medir a prevalência e identificar fatores associados a não utilização de serviços odontológicos durante o pré-natal entre gestantes residentes no município de Rio Grande, RS, e que tiveram filho ao longo do ano de 2013.

## Métodos

Este estudo foi desenvolvido em Rio Grande, município com cerca de 210 mil habitantes, lo-

calizado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul, a 317 km da capital Porto Alegre. Seu produto interno bruto (PIB) per capita, em 2012, foi R\$ 45 mil, o quarto maior do estado<sup>8</sup>. Neste mesmo ano, o município ocupou o 8º lugar no Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (0,744) e o 15º em termos de indicadores de saúde dentre os 18 municípios gaúchos com mais de 100 mil habitantes<sup>9</sup>. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica – DAB-SUS<sup>10</sup>, o município apresenta 35 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas, tendo cobertura populacional estimada em 57,2%. Destas ESFs, apenas 10 contam com Equipes de Saúde Bucal implantadas. Além disso, o município não possui Centros de Especialidades Odontológicas.

O delineamento utilizado foi do tipo transversal e incluiu todas as puérperas residentes no município (zonas rural e urbana), que tiveram filho nas duas únicas maternidades do município entre 01/01 e 31/12/2013 e cujo recém-nascido alcançou pelo menos 20 semanas de idade gestacional e/ou peso igual ou maior que 500 gramas.

O cálculo de poder amostral foi realizado a partir dos seguintes parâmetros: prevalência de não utilização de serviços odontológicos durante gravidez de 60%, nível de confiança de 95%, perdas de 3,0% e margem de erro de, no máximo, 2 pontos percentuais. Isto resultou em um “n” de 2.653, valor este passível de obtenção neste inquérito. Em relação ao estudo sobre a identificação de fatores associados, os parâmetros utilizados foram: erro alfa de 0,05; erro beta de 0,20; razão não expostos/expostos de 91/09; prevalência do desfecho entre não expostos de 53%; razão de riscos de 1,2 e acréscimo de 15% para controle de potenciais fatores confundidores; e 3,0% para perdas. Para estes valores, o estudo deveria incluir pelo menos 2.512 puérperas.

As informações foram coletadas por meio de questionário único pré-codificado com perguntas fechadas na sua quase totalidade. Este questionário era aplicado na maternidade em até 48 horas após o parto, por entrevistadoras previamente treinadas. As informações investigadas diziam respeito às características demográficas, socioeconômicas, história reprodutiva, padrão de morbidade no período gestacional, hábitos de vida e tipo de assistência recebida durante a gestação e o parto. O desfecho deste estudo foi a não utilização de assistência odontológica no período gestacional, avaliado por meio da seguinte pergunta: “A Sra. foi ao dentista durante esta gravidez?” As respostas possíveis eram “sim”, “não” e “não sabe/não lembra”.

Quatro entrevistadoras foram treinadas e selecionadas para aplicar os questionários. Duas delas trabalhavam de segunda a sexta-feira, uma entrevistadora cobria finais de semana e feriados, enquanto a última delas ficava disponível para a eventualidade de alguma substituição ou auxílio quando o número de nascimentos ficava muito além do esperado.

As entrevistadoras procuraram diariamente no livro de registros da maternidade a lista de nascimentos ocorridos no dia anterior. Ao encontrar alguma puérpera, e sendo esta residente em área rural ou urbana do município de Rio Grande, explicava-se a ela sobre o estudo, lia-se o termo de consentimento livre e esclarecido e, em caso de concordância, este termo era por ela assinado. Feito isso, realizava-se a entrevista. Este questionário era, em seguida, codificado e revisado em sua totalidade ao final de cada dia de trabalho pelas próprias entrevistadoras, revisados por profissional contratado especificamente para este fim e, então, enviado para revisão final e digitação. Todos os questionários eram duplamente digitados por digitadores independentes. Os erros provenientes da comparação das digitações eram listados e imediatamente corrigidos. Estas etapas foram realizadas através do software livre Epidata 3.1<sup>11</sup>. No passo seguinte, os dados eram transferidos para o pacote estatístico Stata 14.1, onde eram verificados (e corrigidos) valores inesperados. Em seguida, foram categorizadas e criadas as variáveis derivadas<sup>12</sup>.

A análise descritiva constou da obtenção da medida de frequência para todas as variáveis, enquanto na análise multivariável utilizou-se regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. A medida de efeito utilizada foi a razão de prevalências<sup>13</sup>. Nas variáveis categóricas ordinais foi reportado o valor “p” do teste de tendência linear, enquanto nas demais variáveis foi utilizado o teste de Wald para heterogeneidade<sup>14</sup>.

A análise ajustada obedeceu ao modelo hierárquico previamente estabelecido<sup>15</sup>. Este modelo possuía três níveis, sendo as variáveis do nível distal sobre determinantes em relação àquelas do nível intermediário, e estas sobre as variáveis proximais. O primeiro nível constou de variáveis demográficas (idade, cor da pele e se vive com marido ou companheiro) e socioeconômicas (escolaridade da mãe, renda familiar mensal – em salários mínimos e se exerceu trabalho remunerado durante a gestação), enquanto o segundo nível incluiu variável ambiental (número de moradores no domicílio). No terceiro e último nível entraram as variáveis de história reprodutiva

(paridade) e o uso de serviços de saúde no período gestacional (trimestre de início do pré-natal, número de consultas realizadas, tipo de serviço utilizado – público ou privado e se foi atendida na ESF). No modelo utilizado, as variáveis foram controladas para aquelas do mesmo nível ou de níveis anteriores cujo p-valor tenha sido de até 0,20. Neste caso, a variável era mantida no modelo a fim de controlar possível efeito de confundimento.

O controle de qualidade foi feito por telefone em até 14 dias após o parto, com 7% das puérperas selecionadas de forma sistemática, usando algumas questões previamente aplicadas pela entrevistadora quando a mãe se encontrava ainda na maternidade. O objetivo desta etapa era comprovar a realização da entrevista bem como verificar concordância entre respostas. Para tanto, utilizou-se o índice Kappa de concordância, que variou entre 0,63 a 0,78, sendo que os maiores índices obtidos foram para as variáveis “idade” e “cor da pele”, enquanto os menores foram para “trimestre de início do pré-natal” e “escolaridade”.

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, e da Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande.

## Resultados

Segundo o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) houve 2.761 nascimentos de mães residentes no município de Rio Grande em 2013. Deste total, foi possível obter informações para 2.685 delas, o que representa taxa de resposta de 97,0%. Considerando que este estudo incluiu apenas mulheres com gestações únicas, a amostra final contou com 2.653 mulheres.

A Tabela 1 mostra que cerca de um terço das puérperas possuía 30 anos ou mais de idade, 68% eram de cor da pele branca e 86% viviam com marido ou companheiro. Dentre as puérperas estudadas, 60% haviam concluído pelo menos o ensino médio, 34% possuíam renda familiar de até dois salários mínimos mensais (SMM) e 44% haviam exercido trabalho remunerado durante a gravidez. Cerca de dois terços residiam com até três pessoas no domicílio e 47% eram primíparas. Em relação ao uso de serviços de saúde, 86% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, com 78% delas tendo iniciado estas consultas ainda no primeiro trimestre. Cerca de 30% realizaram pré-natal em Unidades Básicas de Saúde.

**Tabela 1.** Características demográficas, socioeconômicas, reprodutivas e de utilização de serviços de saúde entre puérperas residentes no município de Rio Grande, RS, em 2013.

Variável	n	Percentual
Idade (em anos completos)		
13 a 19	460	17,4%
20 a 24	704	26,5%
25 a 29	637	24,0%
30 a 34	526	19,8%
35 ou mais	326	12,3%
Cor da pele		
Branca	1752	66,0%
Parda	592	22,3%
Preta	309	11,7%
Vive com marido ou companheiro	2275	85,8%
Escolaridade da mãe (anos completos)		
1 a 4	162	6,1%
5 a 8	894	33,7%
9 a 11	1186	44,7%
12 ou mais	411	15,5%
Renda familiar mensal (salários mínimos)		
Até 0,99	143	5,4%
1 a 1,99	758	28,6%
2 a 3,99	1052	39,6%
4 ou mais	700	26,4%
Trabalharam durante a gestação	1158	43,7%
Número de moradores no domicílio		
1 a 3	1714	64,6%
4 ou mais	939	35,4%
Paridade		
Primípara	1255	47,3%
1	786	29,6%
2 ou mais	612	23,1%
Trimestre de início do pré-natal (n = 2583)		
Primeiro	2028	78,5%
Segundo	509	19,7%
Terceiro	46	1,8%
Número de consultas realizadas do pré-natal (n = 2583)		
1 a 3	109	4,2%
4 ou 5	257	10,0%
6 ou mais	2217	85,8%
Tipo de serviço utilizado no pré-natal (n = 2583)		
Unidade básica de saúde	773	29,9%
Ambulatório público	515	19,9%
Convênio	1076	41,7%
Médico particular	167	6,5%
Outro	52	2,0%
Uso da Estratégia de Saúde da Família (n = 773)		
Sim	704	91,1%
Não	69	8,9%
Não fizeram uso de serviço odontológico durante a gestação	1593	60,1%
Total	2653	100,0%

A prevalência de não utilização de serviços odontológicos durante a gestação foi de 60,1%.

A Tabela 2 apresenta a prevalência do desfecho de acordo com cada categoria de variável independente e as análises bruta e ajustada. A prevalência de não utilização de serviços odontológicos na gestação variou de 51% entre as mulheres com 12 anos ou mais de escolaridade a 83% entre aquelas que realizaram de 1 a 3 consultas de pré-natal. A análise ajustada mostrou que a RP de não utilização de serviços odontológicos durante a gestação para mulheres com 35 anos ou mais de idade foi de 1,12 (IC95%:1,00-1,25) em relação àquelas com 13 a 19 anos, enquanto que a RP para escolaridade entre 1 a 4 anos foi de 1,43 (IC95%:1,25-1,64) quando comparada àquelas com 12 anos ou mais de estudo. Puérperas com renda familiar menor que 1 SMM tiveram RP = 1,21 (IC95%:1,05-1,40) em relação à puérperas com 4 SMM ou mais. A RP para parturientes que viviam com quatro ou mais pessoas no domicílio foi de 1,07 (IC95%:1,01-1,15) em relação às demais. Realizar de 1 a 3 consultas de pré-natal implicou RP = 1,20 (IC 95%:1,07-1,34) em relação a seis ou mais consultas. Por fim, puérperas que realizaram o pré-natal no serviço público e em unidades básicas de saúde sem ESF mostraram RP = 1,15 (IC95%:1,06-1,25) e RP = 1,38 (IC95%: 1,17-1,62) de não buscar por cuidado odontológico em relação àquelas que fizeram pré-natal no serviço privado e em unidades com ESF, respectivamente.

## Discussão

Seis em cada 10 gestantes participantes deste estudo não realizaram consulta odontológica durante a gravidez. Após ajuste para confundidores, a maior probabilidade de não utilização deste serviço se deu entre puérperas de maior idade, com maior número de moradores no domicílio, de menor escolaridade e renda familiar, que realizaram um menor número de consultas de pré-natal e que foram atendidas em unidades básicas de saúde que não ofereciam ESF, sugerindo forte influência do nível socioeconômico e carência de acesso aos serviços de saúde bucal da ESF nesta população.

O cuidado odontológico é frequentemente negligenciado durante a gravidez. Sessenta por cento das parturientes residentes neste município não foram sequer uma única vez ao cirurgião-dentista no período gestacional. Na Austrália, Turquia e Malásia, a proporção de não

utilização de serviços odontológicos durante a gestação foi de 69,5%<sup>6</sup>, 86,3%<sup>4</sup> e 71,0%<sup>16</sup>, respectivamente. Isto decorre, principalmente, da falta de conhecimento quanto a importância deste tipo de serviço, não somente por parte da mãe, mas, também, por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes desconhecem ou ignoram os sinais e sintomas clínicos orais relatados pelas gestantes, tampouco prezam pela prevenção destes problemas. Soma-se, ainda, o mito de que a mulher grávida não pode realizar tratamento odontológico, o medo de sentir dor ou receio do tratamento afetar seu bebê, além do despreparo dos cirurgiões-dentistas para atender as gestantes, por considerarem estas pacientes de risco<sup>17,18</sup>. Na Colômbia, onde a saúde oral faz parte do cuidado pré-natal desde o ano de 2008, dispondo, inclusive de um guia de atenção à saúde oral da gestante, a taxa de não utilização dos serviços odontológicos foi de apenas 17%<sup>19</sup>. Fica evidente que a inclusão deste cuidado no pré-natal levaria a melhor reconhecimento pelas mulheres e melhor preparo dos profissionais de saúde.

Este inquérito revelou que quanto maior a idade da gestante, maior será a probabilidade dela não utilizar o serviço odontológico. Da mesma forma, nos Estados Unidos, as gestantes com mais de 40 anos tiveram chance quatro vezes maior de não terem suas necessidades bucais atendidas na gravidez comparadas àquelas menores de 20 anos<sup>20</sup>. As gestantes mais jovens tendem a apresentar maior interesse pela aquisição de hábitos saudáveis, sendo mais facilmente influenciadas a participar de atividades educativas e a procurar determinado atendimento quando referenciado<sup>21</sup>.

Ao que se refere à escolaridade materna, quanto menor a escolaridade, maior o risco da gestante não utilizar esse serviço. Semelhantemente, a chance de não realizar nenhuma visita ao dentista foi 1,5 vezes maior pelas gestantes menos escolarizadas em amostra de 21.732 gestantes nos Estados Unidos<sup>5</sup>. A escolaridade materna está estreitamente relacionada ao melhor entendimento das necessidades em saúde e dos benefícios da assistência pré-natal na sua complexidade, o que inclui o cuidado bucal<sup>22</sup>.

A menor renda familiar foi diretamente associada ao não uso dos serviços odontológicos. Este dado é consistente com outros estudos<sup>6</sup>. A baixa procura por serviços dentários durante a gravidez pode ser atribuída ao custo destes serviços. Em estudo realizado na Austrália, o custo do atendimento foi uma barreira destacada por 30% das gestantes<sup>6</sup>. O limitado acesso ao serviço

**Tabela 2.** Análises bruta e ajustada para fatores associados à não utilização de serviço odontológico entre puérperas residentes no município de Rio Grande, RS, em 2013. (n = 2.653).

Nível	Variável	Prevalência de não utilização de serviços odontológicos durante a gestação	Razão de prevalências e IC de 95%	
			Bruta	Ajustada
1º	Idade (anos completos)		p = 0,915*	p = 0,019*
	13 a 19	63,5%	1,00	1,00
	20 a 24	57,7%	0,91 (0,83-1,00)	0,99 (0,90-1,08)
	25 a 29	60,1%	0,95 (0,86-1,04)	1,07 (0,98-1,18)
	30 a 34	58,0%	0,91 (0,83-1,01)	1,05 (0,95-1,17)
	35 ou mais	63,5%	1,00 (0,90-1,11)	1,12 (1,00-1,25)
	Cor da pele		p = 0,014	p = 0,406
	Branca	58,4%	1,00	1,00
	Parda ou preta	63,3%	1,08 (1,02-1,15)	1,03 (0,96-1,09)
	Vive com companheiro		p = 0,005	p = 0,306
	Sim	59,0%	1,00	1,00
	Não	66,1%	1,12 (1,03-1,21)	1,05 (0,96-1,14)
	Escolaridade da mãe (anos completos)		p < 0,001*	p < 0,001*
	1 a 4	79,0%	1,55 (1,37-1,76)	1,43 (1,25-1,64)
	5 a 8	67,1%	1,32 (1,19-1,47)	1,25 (1,11-1,41)
	9 a 11	55,3%	1,09 (0,98-1,21)	1,06 (0,94-1,19)
	12 ou mais	50,9%	1,00	1,00
	Renda familiar mensal em salários mínimos		p < 0,001*	p = 0,004*
	Até 0,99	72,0%	1,39 (1,23-1,57)	1,21 (1,05-1,40)
	1 a 1,99	65,3%	1,26 (1,15-1,38)	1,14 (1,03-1,26)
2 a 3,99	60,1%	1,16 (1,06-1,26)	1,09 (1,00-1,20)	
4 ou mais	51,9%	1,00	1,00	
2º	Número de moradores no domicílio		p < 0,001	p = 0,030
	1 a 3	56,7%	1,00	1,00
	4 ou mais	66,1%	1,17 (1,09-1,24)	1,07 (1,01-1,15)
3º	Paridade		p < 0,001	p = 0,609
	Primípara	56,6%	1,00	1,00
	1	58,1%	1,03 (0,95-1,11)	1,00 (0,92-1,09)
	2 ou mais	69,6%	1,23 (1,15-1,32)	1,05 (0,94-1,18)
3º	Trimestre de início do pré-natal**		p < 0,001	p = 0,193
	Primeiro	56,6%	1,00	1,00
	Segundo	67,4%	1,19 (1,11-1,28)	1,06 (0,98-1,15)
	Terceiro	78,3%	1,38 (1,18-1,62)	1,14 (0,96-1,35)
	Número de consultas**		p < 0,001*	p = 0,028*
	1 a 3	83,5%	1,38 (1,18-1,62)	1,20 (1,07-1,34)
	4 ou 5	64,6%	1,19 (1,11-1,28)	1,01 (0,90-1,10)
	6 ou mais	57,3%	1,00	1,00
	Tipo de serviço**		p < 0,001	p = 0,001
	Público	63,2%	1,15 (1,08-1,23)	1,15 (1,06-1,25)
Privado	54,8%	1,00	1,00	
Uso da Estratégia de Saúde da Família (n = 773)		p < 0,001	p < 0,001	
Sim	53,6%	1,00	1,00	
Não	73,9%	1,38 (1,18-1,61)	1,38 (1,17-1,62)	

\*Teste de tendência linear. \*\*Dados para 2583 mulheres que realizaram pré-natal.

público foi outro fator salientado na investigação. Desta forma, a gestante mais favorecida economicamente tem como opção a utilização de serviços odontológicos privados, não dependendo única e exclusivamente dos serviços públicos, que, no Brasil, costuma ser sinônimo de grandes filas e agendamentos de longa espera.

O número de moradores no domicílio é outro fator associado significativamente ao desfecho deste estudo. Gestantes que residiam com quatro ou mais moradores no domicílio tiveram uma probabilidade de 1,07 (IC95%:1,01–1,15) comparadas àquelas que residiam com até três pessoas. Estes números podem ser explicados em função de a mãe dispender de maior tempo para cuidar dos afazeres domésticos, em geral, nesta situação, o número de crianças pequenas que requer cuidado materno é maior, o que reduz o seu tempo para cuidar de outras necessidades, o que inclui a busca por serviços de saúde<sup>23</sup>. Além disso, a mãe tem dificuldade de sair da residência, pelo fato de não ter com quem deixar seus filhos menores<sup>24</sup>. Outro fator a ser considerado diz respeito à renda familiar restrita em famílias maiores, que pode ser um limitante para a realização das consultas odontológicas, uma vez que estas famílias teriam demais necessidades.

Quanto menor o número de consultas realizadas de pré-natal, maior será a probabilidade da gestante não procurar por atendimento odontológico neste período. Este achado condiz com os resultados encontrados no trabalho de Santos Neto et al.<sup>7</sup>, desenvolvido na região metropolitana de Vitória, com 1032 puérperas. O maior número de consultas possibilita maior contato com o serviço de saúde, o que favorece a busca de cuidados odontológicos, sobretudo no período gestacional.

Além disso, as gestantes que realizaram o pré-natal no serviço público tiveram probabilidade maior de não utilizar serviços odontológicos em relação às demais participantes do estudo. Esta mesma constatação pode ser verificada nas pesquisas realizadas por Marchi et al.<sup>5</sup> e Corchuelo-Ojeda e Pérez<sup>19</sup>. De acordo com estudo desenvolvido por Batistella et al.<sup>25</sup>, as gestantes que utilizaram serviço público receberam menos informações sobre saúde bucal. Assim, a gestante usuária do serviço público recebe menos informações sobre saúde bucal e, conseqüentemente, desconhece a importância do acompanhamento odontológico neste período.

Por fim, que quando as gestantes que realizaram as consultas de pré-natal em unidades básicas de saúde foram avaliadas quanto a presença da ESF ou não da unidade, as desta últi-

ma tiveram probabilidade maior de não realizar a visita ao dentista. Este achado se deve ao diferencial destas unidades formadas pelas equipes multiprofissionais além da efetiva aplicação dos princípios da ESF, que se caracteriza pela atenção primária e prevenção das patologias, o que inclui a saúde bucal. A maior parte destas equipes inclui o cirurgião dentista, que muitas vezes está indisponível nas unidades de saúde de modelo tradicional. Dessa forma, a gestante não necessita ir em busca deste tipo de cuidado em outro serviço de saúde<sup>26</sup>.

Na interpretação dos resultados deste estudo é importante considerar a presença de algumas limitações. O autorrelato do comportamento em saúde bucal e informações do período gestacional são passíveis de viés de informação. Como foi realizada uma abordagem única com as puérperas, por estudo transversal, estas podem ter esquecido ou omitido alguma informação, uma vez que foram questionadas sobre situações que aconteceram durante a gravidez. Contudo, não há razão para pensar que tenha afetado o estudo de forma significativa.

Os resultados aqui apresentados refletem a existência de lacunas na utilização da assistência odontológica na gravidez. Dentre estas, destaca-se a necessidade de incentivar as gestantes a procurarem pelos serviços odontológicos e também de ampliar o acesso, especialmente às mulheres de baixa renda e escolaridade e que realizam pré-natal no serviço público. A inserção de cuidados odontológicos no pré-natal parece ser efetivo na utilização destes serviços. Grande contribuição se observa aqui em relação a ESF, que tem contribuído de forma importante para a universalização deste tipo de cuidado até então negligenciado pelos gestores dos serviços de saúde. A ampliação da cobertura de Equipes de Saúde Bucal na ESF é de fundamental importância para qualificar ainda mais o acesso e a atenção à saúde bucal das gestantes.

## Colaboradores

DJ Konzen Júnior foi responsável pela análise de dados e redação final do artigo; LP Marmitt auxiliou na análise de dados e contribuiu na redação final do artigo; JA Cesar foi responsável pelo delineamento do estudo e auxiliou na análise de dados e redação final do artigo.

## Referências

- López NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher risk of pre-term birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res* 2002; 81(1):58-63.
- Boggess KA, Madianos PN, Preisser JS, Moise Junior KJ, Offenbacher S. Chronic maternal and fetal Porphyromonas gingivalis exposure during pregnancy in rabbits. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2):554-557.
- Martins RFM, Azevedo JAP, Dourado CRL, Ribeiro CCC, Alves CMC, Thomaz EBAF. Oral health behaviors and dental treatment during pregnancy: a cross-sectional study nested in a cohort in northeast Brazil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2014; 14(1):5-11.
- Ozen B, Ozer L, Başak F, Altun C, Açikel C. Turkish women's self-reported knowledge and behavior towards oral health during pregnancy. *Med Princ Pract* 2012; 21(4):318-322.
- Marchi KS, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Yu Z, Braveman PA. Most pregnant women in California do not receive dental care: findings from a population-based study. *Public Health Rep* 2010; 125(6):831-842.
- George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, Ellis S. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney. *Aust Dent J* 2013; 58(1):26-33.
- Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3057-3068.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. 2015 [acessado 2015 Out 1]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431560&search=rio-grande-do-sul|rio-grande|in%20fograficos:-informacoes-completas>
- Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser (FEE/RS) [Internet]. Govverno Estadual do Rio Grande do Sul 2015 [acessado 2015 Nov 29]. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/perfilsocioeconomico/municipios/detalhe?municipio=Rio+Grande>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Departamento de Atenção Básica – Sistema Único de Saúde (DAB-SUS)* [Internet]. 2016 [acessado 2016 Nov 3]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
- Lauritsen JM. *EpiData Data Entry, Data Management and basic Statistical Analysis System* [Internet]. Odense: EpiData Association; 2008. [acessado 2016 Nov 3]. Disponível em: <http://www.epidata.dk>
- StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 14.1*. College Station: StataCorp LP; 2014.
- Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
- Kirkwood BR, Sterne JAC. *Essentials of medical statistics*. 2<sup>nd</sup> ed. Massachusetts: Blackwell; 2003.
- Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1):224-227.
- Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health* 2010; 10:75.
- Lopes FF, Ribeiro TV, Fernandes DB, Calixto NRV, Alves CMC, Pereira ALA, Pereira AFV. Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2016; 25(4):819-826.
- Silveira JLGC, Abraham MW, Fernandes CH. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento [Internet]. *Rev APS* 2017 [acessado 2017 Dec 9]; 19. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2559>
- Corchuelo-Ojeda J, Pérez GJ. Socioeconomic determinants of dental care during pregnancy in Cali, Colombia. *Cad Saude Publica* 2014; 30(10):2209-2218.
- Singhal A, Chattopadhyay A, Garcia AI, Adams AB, Cheng D. Disparities in unmet dental need and dental care received by pregnant women in Maryland. *Matern Child Health J* 2014; 18(7):1658-1666.
- Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2007; 19(1):39-45.
- Gigliotti MP, Theodoro D, Silva SMB, Machado MAAM, Oliveira TM. Relação entre nível de escolaridade de mães e percepção sobre saúde bucal de bebês. *Salusvita* 2007; 26(2):69-77.
- Souza NA, Queiroz LLC, Queiroz RCCS, Ribeiro TSE, Fonseca MSS. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís - MA. *Rev Ciênc Saude* 2013; 15(1):28-38.
- Albuquerque OMR, Abegg C, Rodrigues CS. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(3):789-796.
- Batistella FID, Imparato JCP, Raggio DP, Carvalho AS. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal – na rede pública e em consultórios particulares. *RGO* 2006; 54(1):67-73.
- Moimaz SAS, Carmo MP, Zina LG, Saliba NA. Associação entre condição periodontal de gestantes e variáveis maternas e de assistência à saúde. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2010; 10(2):271-278.

Artigo apresentado em 10/08/2017

Aprovado em 26/03/2018

Versão final apresentada em 28/03/2018