

Adequação da assistência odontológica pré-natal: desigualdades sociais e geográficas em uma região metropolitana do Brasil

Adequacy of prenatal dental care: social and geographical inequalities in a metropolitan region of Brazil

Carolina Dutra Degli Esposti (<https://orcid.org/0000-0001-8102-7771>)¹

Edson Theodoro dos Santos-Neto (<https://orcid.org/0000-0002-7351-7719>)¹

Adaauto Emmerich Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-9679-8592>)¹

Claudia Travassos (<http://orcid.org/0000-0002-4789-8511>)²

Rejane Sobrino Pinheiro (<http://orcid.org/0000-0002-3361-3626>)³

Abstract *This study set out to analyze social and geographical inequalities in the adequacy of prenatal dental care in the Unified Health System (SUS) of the Greater Vitória Metropolitan Region, Espírito Santo, Brazil. A cross-sectional study was carried out with 1209 postpartum women living in the region admitted to hospital at SUS facilities for childbirth between 2010 and 2011. Data were collected on prenatal medical-dental care, the impact of oral health on the quality of life of pregnant women (Oral Health Impact Profile-14), and predisposing characteristics. Prenatal care was adequate when care corresponded to the recommended treatment. The adequacy of dental care during prenatal care was analyzed using a multivariate logistic model. Oral health was found to have an impact on the quality of life of 102 (8.4%) pregnant women and the adequacy of dental care during prenatal care was only 15.4% (n=156). There was a greater chance of adequacy of prenatal dental care in Vitória (OR=2.44; IC=1.63-3.66), in regions covered by the family health strategy (OR=1.88; IC=1.22-2.89), and in areas with a higher proportion of pregnant women with access to quality prenatal care (OR=3.59; IC=1.64-7.84). Contextual inequalities were decisive for the inadequacy of dental care in prenatal care.*

Key words *Equity in access, Quality of health care, Prenatal care, Pregnant women, Dental care*

Resumo *Objetivou-se analisar as desigualdades sociais e geográficas na adequação da assistência odontológica pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. Realizou-se um estudo seccional com 1.209 puérperas residentes na região, internadas no SUS para parto em 2010 e 2011. Coletaram-se dados sobre assistência médica-odontológica pré-natal, impacto da saúde bucal na qualidade de vida (Oral Health Impact Profile-14) e características contextuais, predisponentes e capacitantes. A assistência odontológica pré-natal foi adequada quando o cuidado prestado correspondeu ao tratamento preconizado. Analisou-se a chance de adequação da assistência odontológica pré-natal por meio de modelo logístico multivariado. Verificou-se que a saúde bucal impactou a qualidade de vida de 102 (8,4%) gestantes e a adequação da assistência odontológica pré-natal foi apenas de 15,4% (n=156). Houve maior chance de adequação da assistência odontológica pré-natal em Vitória (OR=2,44; IC=1,63-3,66), na presença de Estratégia Saúde da Família (OR=1,88; IC=1,22-2,89) e de pré-natal de qualidade (OR=3,59; IC=1,64-7,84). As desigualdades contextuais foram determinantes para inadequação da assistência odontológica no pré-natal.*

Palavras-chave *Equidade no acesso, Qualidade da assistência à saúde, Cuidado pré-natal, Gestantes, Assistência Odontológica*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal Campos 1.468. 29043-900 Vitória ES Brasil. carolinaesposti@gmail.com

² Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A avaliação da equidade na utilização de serviços de saúde é um tema que precisa ser debatido no contexto da organização dos serviços de saúde materna e infantil. Não se pode negar que fatores sociais interferem na chance individual de utilização e nos benefícios resultantes dos cuidados em saúde. O “Modelo Comportamental da Utilização dos Serviços de Saúde” de Ronald Max Andersen¹ evidencia que determinantes contextuais e individuais devem ser analisados no estudo da equidade na utilização dos serviços de saúde. Fatores contextuais capacitantes incluem a organização e características da oferta de serviços. Já os fatores predisponentes referem-se às características demográficas e aos valores e crenças da comunidade sobre a saúde, medidas de forma agregada. Além desses, fatores individuais incluem os comportamentos de saúde (práticas pessoais de saúde, que interagem com a utilização e os processos de cuidado e afetam os resultados em saúde e a satisfação dos usuários).

Estudos revelam que a assistência pré-natal adequada, ou seja, uma dimensão da qualidade do cuidado de saúde que mede o quanto processo de cuidado manteve aderência a parâmetros preconizados em relação à necessidade do paciente, mostra-se associada a gestantes com maior renda, maior nível de escolaridade, maior idade, e presença de companheiro²⁻⁶. Nesse cenário, a iniquidade é revelada pela avaliação da variação da adequação dos processos entre pessoas que vivem em áreas distintas ou que se distinguem socialmente.

A saúde bucal das mulheres grávidas tem sido relatada como sendo consideravelmente pior em comparação com puérperas e mulheres não gestantes⁷. As gestantes apresentam alterações físicas, biológicas e hormonais que transformam as condições no meio bucal, tornando-as um grupo de risco para as doenças bucais, principalmente para a cárie, a gengivite e a doença periodontal^{8,9}. Considerando-se que a relevância da saúde bucal das gestantes recai sobre a própria saúde das gestantes e a dos seus bebês⁸, o Ministério da Saúde do Brasil prevê o atendimento odontológico como ação complementar ao cuidado pré-natal¹⁰⁻¹². No cuidado odontológico, devem ser realizadas, dentre outras atividades, ações coletivas e individuais para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal¹⁰, incluindo a dimensão educativa das práticas de saúde e o trabalho pré-natal interdisciplinar. Sendo a gestação vista como um momento propício à mudança de há-

bitos, no cuidado pré-natal é importante orientar as escolhas saudáveis pelas gestantes e desmistificar o impedimento ao tratamento odontológico durante a gestação. Para isso, a equipe odontológica deve estar preparada e integrada à equipe do pré-natal^{8,12}.

A utilização dos serviços odontológicos geralmente é facilitada pela frequência aos serviços de saúde e pela realização de atividades educativas no pré-natal¹³. Neste contexto, o pré-natal apresenta-se como oportunidade para o cuidado odontológico, uma vez que a mulher está frequentando a unidade de saúde. Entretanto, estudos demonstram que a adequação da assistência odontológica ocorre para a minoria das gestantes¹³.

A adequação da assistência odontológica no pré-natal deve ser analisada de acordo com a necessidade de saúde bucal da gestante, a qual pode ser classificada segundo o impacto da condição bucal na qualidade de vida. Os indicadores sociodentais têm sido utilizados para a avaliação do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida nas gestantes. Nesse contexto, a versão reduzida de 14 itens do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) busca medir a percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida¹⁴ e estudos sugerem uma associação positiva entre pior autopercepção da saúde bucal e pior condição da saúde bucal, o que faz desse instrumento um importante auxiliar no esclarecimento das necessidades de saúde bucal de um grupo^{14,15}. O OHIP-14 foi adaptado transculturalmente¹⁵ e utilizado no Brasil especificamente para mulheres no ciclo gravídico-puerperal¹⁵⁻²⁰. Estudos semelhantes também já foram realizados em outros países^{21,22,23}.

Apesar da influência da saúde bucal na qualidade de vida da gestante, destaca-se que a mesma se relaciona a outros fatores como a autopercepção de saúde e adequadas condições de vida. Além disso, no Brasil, apesar do Sistema Único de Saúde (SUS) e das recomendações existentes, muitos aspectos podem interferir no acesso e na adequação do cuidado odontológico no pré-natal: entendimento equivocado da gestante e de profissionais de saúde, de que o tratamento odontológico não possa ser realizado durante a gestação e de que a dor dental no período gestacional é normal; falta de tempo; medo do tratamento; insuficiência na oferta de serviços públicos de saúde bucal; falta de recurso financeiro para custear tratamentos odontológicos particulares; e falta de treinamento ou de priorização, por parte dos médicos, sobre a saúde bucal das gestantes sob seus cuidados^{16,24,25}.

Considera-se, também, que as condições de saúde bucal das gestantes podem estar associadas às precárias condições sociais, individuais e contextuais, e que as diferenças sociais precisam ser levadas em conta no planejamento de serviços que visem garantir o acesso oportuno a serviços de saúde bucal durante a gestação²⁶. Assim, torna-se necessário analisar se a assistência odontológica no pré-natal no SUS está sendo prestada indistintamente a todas as gestantes de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal e com o cuidado integral à saúde materno-infantil. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar as desigualdades sociais e geográficas na adequação da assistência odontológica pré-natal no SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), Espírito Santo (ES), Brasil.

Metodologia

O Estado do ES integra a Região Sudeste do Brasil e, em 2018, sua população foi estimada em 3.972.388 pessoas (menos de 5% da população total da região). A Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV-ES) abriga aproximadamente 50% da população do estado e é composta por sete municípios (Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória)²⁷. Juntos, esses municípios produzem aproximadamente 58% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual e têm uma taxa de urbanização em torno de 98%²⁸.

Estudos seccionais foram realizados na RMGV-ES, para avaliar a assistência pré-natal do SUS, entre abril de 2010 e fevereiro de 2011. Os detalhes do desenho amostral foram publicados^{13,29,30}. A população do estudo compôs-se de mulheres que se internaram em um dos nove estabelecimentos de saúde da região que realizavam partos para o SUS no ano de 2010. O cálculo da amostra totalizou 1209 mulheres, divididas em dois grupos a serem analisados: as residentes em Vitória (n=360) e as que residiam em outros municípios da RMGV-ES (n=849). Foram excluídas do estudo as mulheres que não estavam em posse do cartão da gestante no momento da coleta de dados, as que realizaram acompanhamento pré-natal (todo ou parte) no subsistema privado, as que foram acompanhadas em municípios fora da RMGV-ES e as puérperas com menos de 12 horas de realização de parto cesáreo. Um estudo piloto foi realizado em um dos estabelecimentos onde foi conduzido o estudo principal, entre os meses de março e abril de 2010, com uma amostra de 67 parturientes que não foram incluídas no estudo principal.

As variáveis do estudo foram construídas com base nos dados referentes à: autopercepção em saúde bucal das mulheres (OHIP-14), aqui entendida como relacionada à necessidade de cuidado odontológico; assistência médico-odontológica no pré-natal, copiados do cartão da gestante ou informados por elas; informações sociais maternas contidas nos questionários de entrevista; indicadores sociais municipais; organização local dos serviços de saúde dos municípios de residência, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²⁷, Organização das Nações Unidas / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento³¹ e Departamento de Informática do SUS.

A necessidade de cuidado odontológico foi medida segundo o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, a partir do OHIP-14. Nesse método, são estabelecidas duas questões, referindo-se aos seis meses anteriores ao momento da entrevista, para cada uma das dimensões: Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Incapacidade Social e Deficiência³². As respostas seguem uma escala codificada: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = repetidamente, 4 = sempre. A avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida da gestante seguiu o método da simples contagem, que definiu o impacto quando as respostas para as duas questões de cada dimensão foram: sempre e/ou repetidamente³³.

Para análise da assistência odontológica no pré-natal, as puérperas foram inquiridas sobre a utilização de serviços odontológicos durante a gravidez, de acordo com as recomendações para a assistência odontológica na atenção básica¹² e seguindo a classificação “realizada” ou “não realizada” em cada um dos níveis educativo, preventivo e curativo da assistência odontológica, como sugerido por Santos-Neto et al.¹³:

- Educativo: Ter recebido informações sobre amamentação exclusiva ao peito por seis meses; amamentação materna por dois anos ou mais; prejuízos do uso de mamadeira e de chupetas para a saúde da criança; a relação positiva entre amamentação e desenvolvimento dos músculos, dos ossos e dos dentes; efeitos benéficos da amamentação para a prevenção de doenças respiratórias; higiene bucal materna e infantil; alimentação saudável; e uso de flúor materno e infantil. A assistência odontológica em nível educativo foi considerada realizada quando a puérpera respondeu positivamente de cinco a dez dessas questões;
- Preventivo: Ter realizado: consulta odontológica de revisão; escovação supervisionada; aplicação tópica de flúor; e/ou profilaxia profissional.

A assistência odontológica em nível preventivo foi considerada realizada quando a puérpera relatou ter realizado pelo menos uma dessas atividades durante a gravidez;

• Curativo: Ter realizado: consulta odontológica por motivo de dor; para extração dentária; restauração dentária; tratamento endodôntico; tratamento gengival; e/ou administração de medicamentos odontológicos. A assistência odontológica em nível curativo foi considerada realizada quando as puérperas relataram terem sido submetidas a, no mínimo, um desses procedimentos durante a gravidez.

Entendendo o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida da gestante como um indicador da necessidade de tratamento odontológico¹⁷ e as recomendações da Política Nacional de Saúde Bucal¹², a análise da adequação da assistência odontológica no pré-natal considerou que as gestantes sem impacto pelo OHIP-14 deveriam minimamente ter cumprido os níveis educativo e preventivo da assistência odontológica, como parte do cuidado pré-natal. Já as gestantes com necessidade de tratamento odontológico, ou seja, aquelas que sofreram impacto da saúde bucal sobre sua qualidade de vida pelo OHIP-14, deveriam ter cumprido todos os três níveis da assistência odontológica durante o cuidado pré-natal (educativo, preventivo e curativo) (Quadro 1).

Os resultados foram interpretados a partir da construção de categorias temáticas do Modelo Comportamental de Andersen¹. As variáveis independentes foram agrupadas em fatores con-

textuais, predisponentes e capacitantes (sociais). Com relação ao contexto, foram utilizadas as variáveis: oferta de serviços de atenção básica por tipo de unidade de saúde; cobertura de serviços de saúde bucal (de qualquer modelo assistencial), segundo informações fornecidas pelas Secretarias Municipais de Saúde; desempenho do pré-natal, analisado segundo cinco categorias³⁴: 1-5 consultas pré-natal; ≥ 6 consultas pré-natal; primeiro nível de desempenho como sinônimo de acesso (ter realizado a primeira consulta até a 16ª semana gestacional e no mínimo seis consultas (ou número de consultas ajustado pela idade gestacional); e adequação da assistência, analisada em dois níveis - segundo nível de desempenho (acesso realizado com exames iniciais e vacinação antitetânica) e terceiro nível de desempenho (acesso realizado com todos os procedimentos realizados); município de moradia, informado pela puérpera durante a entrevista; e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)³¹, atribuído ao nível da mulher.

As variáveis predisponentes analisadas foram idade da mulher (anos completos) e número de partos anteriores.

As variáveis capacitantes (sociais) investigadas foram: escolaridade materna (anos completos de estudo); mulher chefe de família; posse de bens de consumo, adaptada a partir do índice de bens (IB) de Szwarcwald et al.³⁵, calculado por:

$$IB = \sum_i (1 - f_i) b_i \quad (\text{eq. 1}),$$

Quadro 1. Classificação da adequação da assistência odontológica no pré-natal.

OHIP-14	Nível da assistência odontológica			Classificação da assistência odontológica no pré-natal
	Educativo	Preventivo	Curativo	
Sem impacto				Inadequada
Sem impacto	X			Inadequada
Sem impacto		X		Inadequada
Sem impacto			X	Inadequada
Sem impacto		X	X	Inadequada
Sem impacto	X		X	Inadequada
Sem impacto	X	X		Adequada
Sem impacto	X	X	X	Adequada
Com impacto	X			Inadequado
Com impacto		X		Inadequado
Com impacto			X	Inadequado
Com impacto	X	X		Inadequado
Com impacto	X		X	Inadequada
Com impacto		X	X	Inadequada
Com impacto	X	X	X	Adequada

Fonte: Elaborado pelos autores.

na qual o i variou de um até oito bens; b_i é igual a um ou zero, respectivamente, na presença ou ausência de televisão, geladeira, aparelho de som, telefone fixo, máquina de lavar roupa, automóvel, micro-ondas e microcomputador. O peso atribuído à presença de cada bem do domicílio foi o complementar da frequência relativa (f_i) de cada bem na amostra total, ou seja, quanto mais rara era a presença do bem no domicílio, maior foi o peso atribuído ao bem. As condições de moradia foram consideradas adequadas na existência de condições de moradia internas e externas adequadas; inadequadas em condições de moradia internas ou externas inadequadas e altamente inadequadas em condições de moradia internas e externas inadequadas. As condições de moradia internas foram classificadas como inadequadas quando havia aglomeração humana domiciliar excessiva (*overcrowding* - quando a razão entre o número de moradores por cômodo do domicílio, excluindo-se banheiros e cozinha, era > 2); ausência de piso revestindo o chão; paredes feitas de argila, palha, madeira, plástico ou metal; e ausência de descarga no banheiro. Foram classificadas como condições de moradia externas inadequadas a ausência de sistema de esgoto ou presença de valão a céu aberto na rua do domicílio³⁶. As variáveis maternas foram obtidas a partir de dados da entrevista.

Todos os dados foram digitados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc. Chicago, Estados Unidos), versão 17.0 e Stata, versão 12, com controle de qualidade e revisão. A variável dependente – adequação da assistência odontológica no pré-natal – foi criada como variável dicotômica (adequada/inadequada). Foi realizada a análise estatística pela descrição de frequências relativas e absolutas para o impacto da saúde bucal na qualidade de vida da gestante pelo OHIP-14 e suas dimensões, para os procedimentos e os níveis de atenção à saúde bucal realizados durante a gestação, para a adequação da assistência odontológica no pré-natal e, também, para as características contextuais, predisponentes e capacitantes maternas, desagregando-se os dados pelo local de moradia. A análise estatística bivariada analisou a associação entre a adequação da assistência odontológica no pré-natal e as variáveis independentes (fatores predisponentes, capacitantes e contextuais), pela aplicação dos testes Qui-quadrado e/ou Exato de Fisher, quando havia menos de cinco observações nas células para as variáveis categóricas. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para a variável posse de bens. A análise das desigualdades geográficas foi reali-

zada comparando-se as mulheres residentes em Vitória e as residentes em outros municípios da região, com a finalidade de representar as diferenças entre esses grupos, com relação à organização dos serviços de saúde e ao deslocamento que precisa ser realizado para a realização do cuidado em saúde, por exemplo.

Foi elaborado um modelo logístico multivariado, com o intuito de estimar a chance da adequação da assistência odontológica no pré-natal segundo as variáveis independentes. O modelo inicial incluiu as variáveis que apresentaram significância estatística $p < 0,20$ na análise bivariada. No modelo final permaneceram apenas as variáveis estatisticamente significantes a um nível $= 0,05$. O intervalo de confiança foi de 95%. Foram incluídas nessa análise somente as gestantes com respostas para todas as variáveis.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, em 04/11/2009, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, em 08/11/2013, atendendo às recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. As autorizações formais para execução da pesquisa nos estabelecimentos de saúde (maternidades, hospitais, Secretarias Municipais e Estadual de Saúde) foram obtidas. Todas as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Das 1.209 puérperas participantes do estudo, 360 (29,8%) residiam na capital (Vitória). As puérperas não se diferenciaram em relação aos fatores predisponentes idade materna e número de partos anteriores, nem quanto aos fatores capacitantes (sociais) escolaridade da gestante e ser a chefe de família. Diferenciaram-se, no entanto, com relação à posse de bens, com residentes em Vitória apresentando mais posse de bens (médias de 1,40 e 1,22 para Vitória e RMGV-ES, respectivamente, $p=0,009$) e melhores condições de moradia (adequação de 75,1% em Vitória e 66,2% nos outros municípios da região, $p=0,007$). Os contextos se diferenciaram. O IDHM de Vitória foi o único classificado como muito alto. Diferenças no tipo de cobertura de atenção básica e existência de cobertura de serviços odontológicos também foram estatisticamente significantes: 86,3% das puérperas de Vitória residiam em áreas cobertas por Estratégia Saúde da Família (ESF) ou por

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 98,3% por serviços odontológicos, enquanto essas coberturas eram de apenas 43,7% e 66,4% nos outros municípios da região, respectivamente ($p < 0,001$ para ambos).

Com a finalidade de analisar as desigualdades sociais e geográficas na adequação da assistência odontológica no pré-natal, investigou-se, inicialmente, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes, considerado aqui como sinônimo de necessidade de cuidados odontológicos. Segundo o índice utilizado, o OHIP-14, 8,4% ($n=102$) do total de gestantes estudadas tiveram impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida, sem diferença estatisticamente significativa entre as regiões ($p=0,876$) (Tabela 1).

Na Tabela 2 observa-se que, no município de Vitória, a assistência odontológica no pré-natal

apresentou melhores resultados: 48,6% das gestantes cumpriram o nível educativo, enquanto esse nível fora cumprido por apenas 39,2% das residentes em outros municípios da RMGV-ES ($p=0,002$); 48,3% das gestantes receberam alguma assistência preventiva, enquanto somente 17% das residentes dos outros municípios realizaram esse nível de assistência ($p < 0,001$); e 32,8% delas receberam alguma assistência curativa, já nos demais municípios da região a frequência foi 14,3% ($p < 0,001$).

A análise dos procedimentos incluídos em cada nível da assistência odontológica mostrou que, no nível educativo, composto por 10 itens, sete foram mais frequentemente informados para as gestantes moradoras de Vitória do que para as residentes nos outros municípios da RMGV-ES: amamentação materna exclusiva por seis meses

Tabela 1. Impacto da Saúde Bucal na qualidade de vida (OHIP-14) da gestante, segundo região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011.

Dimensão OHIP-14	Região de moradia					
	Total (n=1208)		RMGV-ES (n=849)		Vitória (n=359)	
	n	%	n	%	n	%
Limitação funcional						
Com impacto	03	0,2	03	0,4	0	0,0
Sem impacto	1.205	99,8	846	99,6	359	100,0
Dor física						
Com impacto	51	4,2	35	4,1	16	4,5
Sem impacto	1.157	95,8	814	95,9	343	95,5
Desconforto psicológico						
Com impacto	55	4,6	38	4,5	17	4,7
Sem impacto	1.153	95,4	811	95,5	342	95,3
Incapacidade física						
Com impacto	09	0,7	07	0,8	02	0,6
Sem impacto	1.199	99,3	842	99,2	357	99,4
Incapacidade psicológica						
Com impacto	14	1,2	10	1,2	04	1,1
Sem impacto	1.194	98,8	839	98,8	355	98,9
Incapacidade social						
Com impacto	15	1,2	10	1,2	05	1,4
Sem impacto	1.193	98,8	839	98,8	354	98,6
Deficiência						
Com impacto	06	0,5	04	0,5	02	0,6
Sem impacto	1.202	99,5	845	99,5	357	99,4
Resumo OHIP-14						
Sem impacto	1.106	91,6	778	91,6	328	91,4
Alguns impactos	102	8,4	71	8,4	31	8,6

* Todos os p-valor foram $> 0,05$ usando-se os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2. Distribuição da assistência odontológica no pré-natal, segundo região de moradia. RMGV-ES, 2010-2011.

Assistência odontológica	Total (n=1209)		Região de moradia				p-valor*
			RMGV-ES (n=849)		Vitória (n=360)		
	N	%	n	%	n	%	
Amamentação exclusiva por seis meses	641	54,2	410	49,4	231	65,4	<0,001
Amamentação por dois anos	486	41,1	332	40,0	154	43,6	0,246
Prejuízo do uso da mamadeira	458	38,7	295	35,6	163	46,2	0,001
Prejuízo do uso da chupeta	456	38,5	294	35,4	162	45,9	0,001
Amamentação e desenvolvimento craniofacial	509	43,0	338	40,7	171	48,4	0,014
Amamentação e problemas respiratórios	482	40,8	319	38,4	163	46,4	0,011
Higiene bucal materna	452	38,3	301	36,3	151	43,1	0,026
Higiene bucal do bebê	399	33,8	275	33,1	124	35,2	0,486
Alimentação saudável	646	54,6	404	48,7	242	68,6	<0,001
Uso de flúor	220	18,6	157	18,9	63	17,9	0,681
Nível educativo							0,002
Até 4 informações	701	58,0	516	60,8	185	51,4	
5 ou mais informações	508	42,0	333	39,2	175	48,6	
Consulta de revisão	214	17,7	100	11,8	114	31,7	<0,001
Escovação supervisionada	251	20,8	133	15,7	118	32,8	<0,001
Profilaxia profissional	304	25,1	152	17,9	152	42,2	<0,001
Aplicação de flúor	204	17,0	97	11,5	107	30,1	<0,001
Nível preventivo							<0,001
Nenhuma assistência	891	73,7	705	83,0	186	51,7	
Alguma assistência	318	26,3	144	17,0	174	48,3	
Consulta por motivo de dor	127	10,5	83	9,8	44	12,2	0,205
Extração dentária	45	3,7	22	2,6	23	6,4	0,001
Restauração dentária	190	15,7	98	11,5	92	25,6	<0,001
Tratamento endodôntico	38	3,1	16	1,9	22	6,1	<0,001
Tratamento gengival	29	2,4	13	1,5	16	4,5	0,002
Administração medicamentosa	58	4,8	40	4,7	18	5,0	0,830
Nível curativo							<0,001
Nenhuma assistência	970	80,2	728	85,7	242	67,2	
Alguma assistência	239	19,8	121	14,3	118	32,8	

*Qui-quadrado (χ^2).

Fonte: Elaborado pelos autores.

(65,4% vs. 49,4%, $p<0,001$); prejuízo do uso da mamadeira (46,2% vs. 35,6%, $p=0,001$); prejuízo do uso da chupeta (46% vs. 35,4%, $p=0,001$); relação entre amamentação e desenvolvimento craniofacial (48,4% vs. 40,7%, $p=0,014$); relação entre amamentação e problemas respiratórios (46,4% vs. 38,4%, $p=0,014$); importância da higiene bucal materna (43% vs. 36,3%, $p=0,026$) e alimentação saudável (68,6% vs. 48,7%, $p<0,001$).

Da mesma forma, no nível preventivo, todos os procedimentos tiveram maior frequência de realização pelas gestantes moradoras de Vitória: 31,7% realizaram consultas odontológicas de re-

visão (vs. 11,8%, $p<0,001$); 32,8% realizaram escovação dental supervisionada por um profissional da equipe odontológica (vs. 15,7%, $p<0,001$); 42,2% receberam profilaxia dental profissional (vs. 17,9%, $p<0,001$); e 30% receberam aplicação tópica de flúor (vs. 11,5%, $p<0,001$) (Tabela 2).

Com relação ao nível curativo, os seguintes procedimentos foram mais realizados para as gestantes moradoras de Vitória, na comparação com as residentes no grupo formado pelos outros municípios da região: 6,4% realizaram extração dentária (vs. 2,6%, $p=0,001$); 25,6% realizaram restauração dentária (vs. 11,5%, $p<0,001$); 6,1%

realizaram tratamento endodôntico (tratamento de canal) (vs. 1,9%, $p < 0,001$); e 4,5% realizaram tratamento gengival (vs. 1,5%, $p = 0,002$) (Tabela 2).

A adequação da assistência odontológica no pré-natal, de acordo com a necessidade de tratamento classificado pelo OHIP-14, foi de 15,4% (Figura 1). No entanto, destaca-se que, dentre as gestantes que não sofreram impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida, apenas 14,7% receberam assistência odontológica adequada a este perfil de necessidade. Por outro lado, a frequência de adequação foi superior no grupo que apresentou impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida (22,9%) ($p = 0,048$).

A análise bivariada da associação entre as características das gestantes e a assistência odontológica no pré-natal mostrou que a adequação da assistência não esteve associada às características predisponentes idade materna e número de partos anteriores, nem às características capacitantes (escolaridade da mãe, a gestante ser a chefe de família e condições gerais de moradia da gestante) e à existência de cobertura de saúde bucal na região de moradia da gestante. A adequação da assistência odontológica no pré-natal associou-se,

no entanto, à maioria das variáveis de contexto social: gestantes residentes em área com cobertura de atenção básica da ESF, no município de Vitória, e em regiões com IDHM muito alto; e para as mulheres que cumpriram o segundo nível de desempenho da assistência pré-natal (relacionado ao processo do cuidado, com cumprimento de seis ou mais consultas, início do pré-natal até a 16ª semana e realização dos exames iniciais) (Tabela 3).

A análise multivariada mostrou que a chance de adequação da assistência odontológica no pré-natal foi aumentada por fatores contextuais: a chance de adequação da assistência odontológica no pré-natal das residentes em Vitória foi: 2,4 vezes a de adequação para aquelas que residiam em outros municípios da RMGV-ES; 1,9 vezes para as que residiam em área com cobertura de ESF, comparado às que residiam em área com cobertura de UBS; 1,7 vezes para as que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e 3,6 vezes para as que cumpriram o segundo nível de desempenho, comparado às que realizaram de uma a cinco consultas de pré-natal. As variáveis classificadas como predisponentes e capacitantes não foram estatisticamente significantes (Tabela 4).

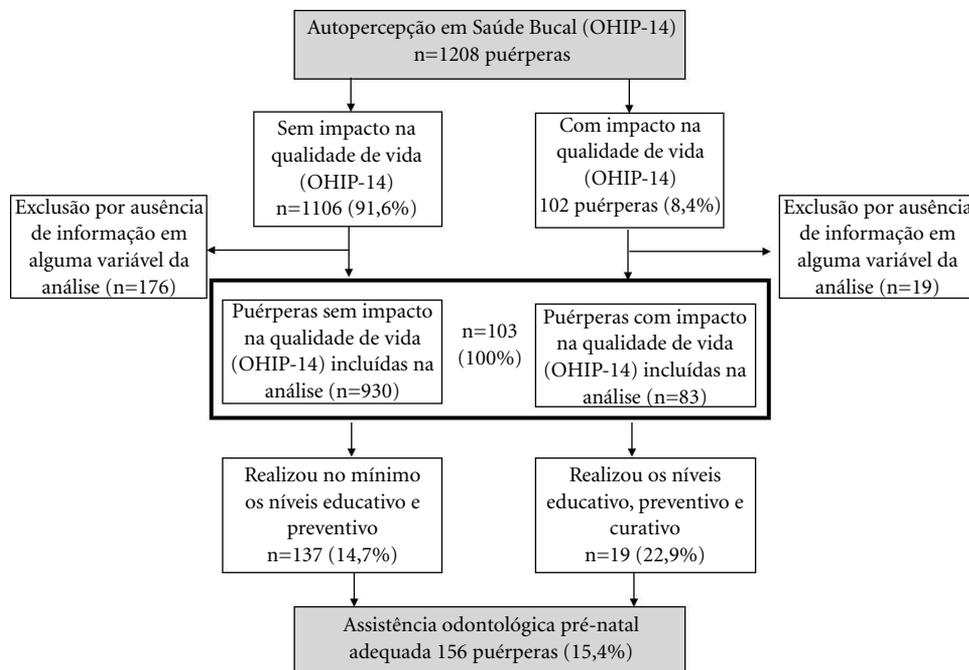


Figura 1. Diagrama da adequação da assistência odontológica no pré-natal. RMGV-ES, 2010-2011.

Tabela 3. Distribuição da adequação da assistência odontológica no pré-natal, segundo características predisponentes, capacitantes e contextuais. RMGV-ES, 2010-2011.

	Variáveis	Total (n=1013)		Inadequada (n=857)		Adequada (n=156)		p-valor*
		n	%	n	%	n	%	
Predisponentes	Idade							0,872
	≤ 19 anos	224	22,1	192	85,7	32	14,3	
	20-34 anos	706	69,7	595	84,3	111	15,7	
	≥ 35 anos	83	8,2	70	80,7	13	15,7	
	Número de partos anteriores							0,511
	0-2	843	83,2	716	84,9	127	15,1	
	≥3	170	16,8	141	82,9	29	17,1	
Capacitantes	Escolaridade							0,434
	≤ 7 anos	367	30,6	266	85,4	101	14,6	
	8 a 10 anos	426	66,1	291	83,8	135	16,2	
	≥11 anos	406	33,9	283	84,7	123	15,3	
	Chefe de família							0,367
	Própria gestante	112	11,1	98	87,5	38	12,5	
	Outro	901	88,9	759	89,6	318	15,8	
Condições gerais de moradia							0,095	
	Altamente inadequadas	48	4,7	42	87,5	06	12,5	
	Inadequadas	253	25,0	224	88,5	29	11,5	
	Adequadas	712	70,3	591	83,0	121	17,0	
Contextuais	Cobertura de atenção básica							<0,001
	UBS	452	44,6	408	90,3	44	9,7	
	ESF	446	44,0	341	76,5	105	23,5	
	PACS	115	11,4	108	93,9	07	6,1	
	Cobertura de saúde bucal							0,097
	Não	255	25,2	224	87,8	31	12,2	
	Sim	758	74,8	633	83,5	125	16,5	
	Município de moradia							<0,001
	RMGV-ES	729	72,0	655	89,8	74	10,2	
	Vitória	284	28,0	202	71,1	82	28,9	
	IDHM							<0,001
	Médio	29	2,9	26	89,7	03	10,3	
	Alto	493	48,7	447	90,7	46	9,3	
	Muito alto	491	48,5	384	78,2	107	21,8	
	Desempenho							<0,001
1-5 consultas	365	36,0	329	90,1	36	9,9		
≥ 6 consultas	165	16,3	132	80,0	33	20,0		
1º nível	390	38,5	321	82,3	69	17,7		
2º nível	42	4,1	30	71,4	12	28,6		
3º nível	51	5,0	45	88,2	06	11,8		

*Qui-quadrado (χ^2).

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

Este estudo mostrou que, na RMGV-ES como um todo, conforme os critérios adotados, somente 15 em cada cem puérperas atendidas no SUS receberam assistência odontológica no pré-

natal adequada. Mostrou que existem desigualdades geográficas no acesso a esse serviço no SUS entre a capital Vitória e os demais municípios. Além disso, observou-se maior chance de receber assistência odontológica no pré-natal adequada na área com cobertura de ESF e melhor desem-

Tabela 4. Razão de chance (OR) bruta e ajustada das variáveis do modelo de adequação da assistência odontológica no pré-natal. RMGV-ES, 2010-2011.

Variáveis	Bruto		1º Modelo		2º Modelo		3º Modelo		Modelo Final		
	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	OR	IC	
Predisponentes	Idade										
	≤ 19 anos	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-	
	20-34 anos	1,12	0,73-1,71	-	-	1,10	0,70-1,73	-	-	-	
	≥ 35 anos	1,11	0,55-2,14	-	-	0,92	0,43-1,99	-	-	-	
	Número de partos anteriores										
	0-2	1,00	-	-	-	1,00	-	-	-	-	
≥ 3	1,16	0,75-1,80	-	-	1,27	0,77-2,09	-	-	-		
Capacitantes	Escolaridade										
	≤ 7 anos	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	-	
	8 a 10 anos	1,13	0,74-1,74	-	-	-	-	1,02	0,65-1,61	-	
	≥ 11 anos	1,06	0,69-1,63	-	-	-	-	0,96	0,60-1,53	-	
	Posse de bens	1,03	0,87-1,22	-	-	-	-	0,96	0,80-1,26	-	
	Chefe de família										
	Outro	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	-	
	Própria gestante	1,31	0,73-2,36	-	-	-	-	1,32	0,71-2,46	-	
	Condições gerais de moradia										
	Altamente inadequadas	1,00	-	-	-	-	-	1,00	-	-	
Inadequadas	0,91	0,35-2,32	-	-	-	-	0,76	0,29-2,02	-		
Adequadas	1,43	0,60-3,45	-	-	-	-	1,14	0,45-2,86	-		
Contextuais	Cobertura de atenção básica										
	UBS	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	
	ESF	2,85*	1,95-4,18	1,98*	1,28-3,08	1,88*	1,22-2,89	1,89*	1,23-2,91	1,88*	1,22-2,89
	PACS	0,60	0,26-1,37	0,73	0,31-1,70	0,63	0,28-1,46	0,65	0,28-1,49	0,63	0,27-1,44
	Cobertura de saúde bucal										
	Não	1,00	-	1,00	-	-	-	-	-	-	
	Sim	0,70*	0,46-1,09	1,47	0,86-2,51	-	-	-	-	-	
	Região de moradia										
	RMGV-ES	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	
	Vitória	3,59*	2,53-5,11	1,94*	1,11-3,38	2,45*	1,63-3,68	2,41*	1,61-3,62	2,44*	1,63-3,66
	IDHM										
	Médio	1,00	-	1,00	-	-	-	-	-	-	
	Alto	0,89	0,26-3,06	1,06	0,30-3,77	-	-	-	-	-	
	Muito alto	2,41	0,72-8,13	1,76	0,47-6,54	-	-	-	-	-	
	Desempenho										
1-5 consultas	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00		
≥ 6 consultas	2,28*	1,37-3,82	1,76*	1,03-3,01	1,75*	1,02-2,99	1,79*	1,05-3,08	1,74*	1,02-2,96	
1º nível	1,93*	1,25-2,98	1,53*	0,97-2,41	1,55*	0,98-2,44	1,50*	0,95-2,37	1,52	0,97-2,40	
2º nível	3,66*	1,72-7,76	3,70*	1,69-8,13	3,62*	1,65-7,97	3,57*	1,63-7,85	3,59*	1,64-7,84	
3º nível	1,55	0,77-3,41	1,29	0,57-2,92	1,35	0,60-3,07	1,33	0,59-3,01	1,32	0,59-2,97	

* P-valor <0,10, para os blocos e p-valor final <0,05.

Fonte: Elaborado pelos autores.

penho do pré-natal. Esses são considerados por Andersen¹ como fatores contextuais.

Do ponto de vista do cuidado integral à saúde materno-infantil, a assistência odontológica adequada deve compor uma assistência pré-natal de qualidade. A oferta de serviços e sua organização devem garantir o acesso das gestantes de acordo com o tipo de assistência odontológica necessária (educativa, preventiva e/ou curativa), independentemente de suas características sociais e geográficas³⁷.

Diferentemente do observado em outros estudos sobre desigualdades sociais na adequação da assistência pré-natal, que revelaram associação positiva com renda, nível de escolaridade, idade da mãe, e existência de companheiro^{2-6,34} este estudo mostrou que fatores individuais não influenciaram a adequação dos serviços odontológicos, indicando maior equidade. Entretanto, este resultado, talvez se explique pela baixa prevalência de serviços odontológicos adequados, e baixa demanda a estes serviços, em parte, pela falta de prioridade dada pelas gestantes, num contexto de tantas outras necessidades.

Considerando-se que a saúde bucal e o cuidado à saúde bucal têm sido historicamente separados da saúde e do cuidado médico em geral, o Grupo de Trabalho em Saúde Bucal da Federação Mundial das Associações de Saúde Pública (WFPHA), em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem se unido a pesquisadores e tomadores de decisão para defender o estreitamento da saúde bucal nos sistemas de saúde, principalmente, na atenção primária à saúde³⁸.

Apesar de melhorias significativas no cuidado/saúde bucal em todo o mundo, a prevalência de doença bucal é maior nas populações que vivem em condições desvantajosas. Isso pode ser atribuído às precárias condições de vida, além de barreiras de acesso a serviços odontológicos⁸.

Estudo sobre avaliação de iniquidades socioeconômicas na cobertura de serviços odontológicos entre adultos com necessidade de tratamento, realizado em 52 países, observou iniquidade pró-ricos na cobertura dos serviços de saúde bucal na maioria dos países, embora países de mais baixa renda tenham mostrado maiores níveis de iniquidade relativa em comparação aos de maior renda. Menor cobertura e maior iniquidade relativa foram encontradas nos países de baixa renda, sugerindo que, para alcançar a cobertura universal nos serviços de saúde bucal, intervenções relevantes precisam ser direcionadas aos grupos populacionais mais desfavorecidos socialmente³⁹.

Observamos que os fatores predisponentes e capacitantes não se mantiveram no modelo final, evidenciando que a equidade no acesso à saúde bucal não dependeu desses fatores, mas sim de determinantes contextuais¹.

Por outro lado, destaca-se a desigualdade geográfica revelada na melhor assistência odontológica no pré-natal das residentes em Vitória, que também utilizaram com mais frequência a assistência odontológica em todos os níveis assistenciais pesquisados. Apesar de que, à época do estudo, este município possuía em torno de 50% de cobertura de Equipe de Saúde Bucal na ESF, sua rede de serviços era mais bem organizada e apresentava melhor Indicador de Desenvolvimento do SUS⁴⁰ em comparação aos demais municípios da RMGV-ES. Além disso, as condições sociais populacionais de Vitória eram melhores do que a dos demais municípios da região. No ano do estudo, o município apresentava renda *per capita* de R\$ 1.866,58, IDHM muito alto e 3,5% de população pobre, e a RMGV-ES apresentava, em média, renda *per capita* de R\$ 758,31, IDHM alto e 8% de população pobre³¹.

Apesar da cobertura de saúde bucal não ter influenciado positivamente a adequação da assistência para as gestantes, as consultas odontológicas no pré-natal são reconhecidas como uma oportunidade de atenção à saúde bucal da gestante e da criança, inclusive para a orientação sobre hábitos de higiene bucal e métodos preventivos de cárie e doença periodontal, preparando a gestante para o cuidado da saúde bucal do bebê⁴¹. A ESF é o principal modelo para reorientação das práticas de saúde bucal⁴², porém, é preciso refletir que o aumento na cobertura do serviço precisa ser acompanhado de um assistência de qualidade.

Com relação à influência do pré-natal de qualidade aumentar a chance de adequação da assistência odontológica, é possível que a participação das gestantes nas unidades de saúde para receber assistência pré-natal aumente a possibilidade de as gestantes receberem informações acerca da indicação do cuidado odontológico¹³ e da oferta desses serviços ao seu alcance^{10,11,43}. Recomenda-se garantir a realização, no início do pré-natal, de uma consulta odontológica para identificação das necessidades de saúde bucal das grávidas e para orientações sobre hábitos alimentares e de higiene bucal da mãe e do bebê, além dos procedimentos preventivos, que foram pouco realizados pelas gestantes deste estudo. Segundo Prestes et al.¹¹, sendo a gestação um momento propício à mudança de hábitos, os serviços de saúde deveriam também orientar as escolhas saudáveis das

gestantes e priorizar os procedimentos preventivos e a educação em saúde.

Mais ainda, a adequação da assistência odontológica no pré-natal ocorreu na região de moradia na qual a assistência pré-natal tinha melhor qualidade. Essa associação pode ser explicada pelo fato do segundo nível de desempenho do pré-natal referir-se ao cumprimento de seis ou mais consultas e exames laboratoriais iniciais, possivelmente entre o primeiro e o segundo trimestre de gestação. Este momento coincide com o período para o qual os procedimentos odontológicos eletivos são mais indicados⁴¹. Assim, quando a saúde bucal da gestante é incluída pela equipe de saúde como uma necessidade de saúde desde o início do processo, o acesso ao cuidado odontológico adequado pode ser realizado no momento gestacional mais propício. Isso permite reforçar a premissa de que quando um atendimento pré-natal é de qualidade possibilita também uma assistência odontológica gestacional adequada.

Estudo realizado na mesma região revelou que as mulheres citaram diferentes realidades com relação ao acesso para a atenção odontológica e que, no geral, elas não receberam com frequência informação quanto à necessidade de obter cuidado odontológico durante a gestação⁴⁴. Além disso, apesar do estudo de Codato, Nakama e Melchior⁴⁵ ter identificado uma busca rotineira e sistemática por cuidados odontológicos de usuárias do SUS durante o pré-natal, o de Figueiredo e Rossoni⁴⁶ mostrou que a importância de uma equipe multiprofissional no cuidado pré-natal nem sempre é divulgada para as gestantes e raramente está disponível⁴⁷. Muitas gestantes não recebem qualquer informação sobre saúde bucal durante a gestação²⁵.

Ademais, por falta de conhecimento e treinamento específico, pode haver medo e inexperience dos cirurgiões-dentistas para o planejamento e a execução do cuidado às gestantes, desorganização e falta de integralidade dos serviços pré-natal, além de falta de vontade ou medo da mulher em receber a assistência odontológica. Essas barreiras à integração entre pré-natal e assistência odontológica gestacional registradas na literatura científica^{16,24,48} podem afastar as gestantes do cuidado preventivo, levando-as a buscar o atendimento somente em casos de urgências e tratamentos curativos.

Apesar da educação em saúde ser uma prerrogativa do SUS, e conseqüentemente, uma atividade da assistência pré-natal, menos de 50% das gestantes deste estudo cumpriram o nível edu-

cativo da assistência odontológica. Nesse caso, conhecimentos importantes sobre a amamentação e a saúde bucal materno-infantil deixam de ser informados durante a assistência pré-natal. Segundo revisão sistemática realizada por Silva, Lima e Osório⁴⁹, a educação no pré-natal relaciona-se a melhores resultados obstétricos por minimizarem dúvidas e anseios da gestante. Além disso, as gestantes podem não ter informação sobre as peculiaridades de sua saúde bucal⁴⁸, dos fatores de risco da cárie dentária e de como cuidar da saúde bucal de seus bebês⁴⁷.

Estudos revelam presença de dor dental em mulheres no período gestacional⁴⁴, o que pode ser causa do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes no Brasil e no mundo relatado em estudos^{13,16,18-23}. Muitas gestantes não procuram o cirurgião-dentista para atendimento, mesmo em caso de dor dentária⁴⁷, principalmente por medo dos procedimentos odontológicos, da anestesia dentária, do tratamento odontológico prejudicar o bebê e da ocorrência de hemorragias bucais⁴⁸. Também existem fatores que influenciam negativamente a realização do pré-natal odontológico, como a compreensão popular de que não é recomendado submeter-se a tratamento odontológico durante a gestação, e que a dor dental no período gestacional é normal, a falta de tempo alegada pelas gestantes e a falta de oferta de serviços de saúde bucal¹⁶.

As informações sobre saúde bucal podem ser trabalhadas por qualquer membro da equipe de saúde, desde que treinados para isso. As sugestões dos profissionais de saúde e das gestantes devem se complementar, interagindo e refletindo dialogicamente na busca por um consenso sobre aspectos fundamentais desde a gestação até os primeiros meses e anos do bebê⁵⁰. A ESF tem sido relacionada à disponibilidade de maior conteúdo de orientações⁵¹, fato evidente neste estudo. Contudo, ainda é preciso melhorar o processo educativo no pré-natal na atenção básica à saúde^{3,52,53}.

Uma das limitações deste estudo refere-se ao fato de que a amostra não permitiu a comparação entre cada um dos municípios da RM-GV-ES, a qual buscou-se contornar incluindo-se na análise outras variáveis que complementaram a caracterização do contexto social das mulheres estudadas e as desigualdades sociais e contextuais entre os municípios. Outra limitação deve-se à exclusão das mulheres que realizaram o pré-natal no todo ou em parte no subsistema privado, não permitindo construir uma análise sobre a realidade da totalidade das mulheres que passam pelo período da gravidez.

Apesar das limitações, o estudo ganha relevância por aprofundar a análise da adequação da assistência odontológica no pré-natal a partir do Modelo Comportamental de Andersen¹. Destaca-se a potencialidade desse modelo na avaliação das políticas de saúde materno-infantil, que, apesar de possuírem uma longa trajetória temporal no SUS, coexistem com a desarticulação entre a atenção à saúde bucal e os demais cuidados de saúde, permitindo um olhar sobre a qualidade do cuidado pré-natal como um todo.

Conclusões

Foi possível concluir que existem desigualdades geográficas na adequação do pré-natal odontológico em favor das grávidas residentes na RMGV-ES. Os melhores resultados estão relacionados à região de moradia Vitória, à modalidade de atenção ESF e à oferta de cuidado pré-natal classificado como de boa qualidade. Assim, os serviços odontológicos mostraram-se mais influenciados pela organização do cuidado pré-natal do que pela organização dos cuidados odontológicos, que também mostraram baixa frequência de utilização.

Essas situações são vivenciadas pelas mulheres no cotidiano, como barreiras de acesso. Apesar da Política Nacional de Saúde Bucal destacar a importância do respeito à vontade da gestante para receber a assistência odontológica no pré-natal, a orientação sobre a possibilidade de atendimento durante a gestação, que incluía exame de tecidos moles, identificação de risco à saúde bucal, diagnóstico de lesões de cárie e de gengivite ou doença periodontal crônica e determinação da necessidade de tratamento, orientações sobre

hábitos alimentares (ingestão de açúcares) e higiene bucal da mãe e do bebê, é imprescindível para a tomada de decisão da gestante. Além disso, esses serviços devem ser ofertados no momento adequado, e seus profissionais qualificados para uma assistência resolutiva.

Diante dos resultados deste estudo, recomenda-se que os gestores da área de saúde materno-infantil incluam a análise da determinação social do acesso aos serviços pré-natais de qualidade no planejamento e avaliação desses serviços, para que possam de fato construir um sistema de saúde equânime, como pretende ser o SUS. São precisos ajustes na alocação de recursos para as áreas com maior necessidade de saúde, mas também mudanças na estrutura e no processo de trabalho das equipes pré-natais, para que possam oferecer os cuidados mínimos necessários às gestantes, do ponto de vista da integralidade da atenção. Considerando a limitação dos serviços de saúde para a redução das desigualdades em saúde, é preciso o estabelecimento de parcerias intersetoriais, garantindo melhores condições de vida e trabalho para que as mulheres, suas famílias e sua comunidade se desenvolvam de forma plena e possam exercer a liberdade para a utilização dos serviços de saúde.

Ademais, é preciso estabelecer parcerias entre os sistemas de formação interprofissional e interdisciplinar, com vistas ao cuidado pré-natal integral, a partir de uma maior preparação dos profissionais responsáveis por esse cuidado, tanto para sua execução técnica, quanto para o planejamento interdisciplinar que permita atender a todas as necessidades das gestantes. Também são necessárias capacitações dos profissionais nos serviços, principalmente da equipe odontológica, para que atue com liderança na ampliação da atenção pré-natal de qualidade.

Colaboradores

CDD Esposti, C Travassos e RS Pinheiro participaram de todas as etapas da pesquisa, incluindo a concepção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do artigo e aprovação da versão a ser publicada. ET Santos Neto participou da concepção, análise e interpretação dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. AE Oliveira colaborou na interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

O projeto foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio de pagamento de bolsa de Doutorado para a primeira autora.

Referências

1. Andersen RM. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Med Care* 2008; 46(7):647-653.
2. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, Bastos HM, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S85-S100.
3. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendonza-Sassi RAM. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(11):2507-2516.
4. Ribeiro ERO, Guimarães AMDN, Bettioli H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L, Silva AAM, Gurgel RQ. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. *BMC Preg Child Birth* 2009; 9(31).
5. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev. panam. salud pública* 2005;17(1):15-25.
6. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VME, Bettioli H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica* 2003; 37(4):456-462.
7. Shah AF, Batra M, Qureshi A. Evaluation of Impact of Pregnancy on Oral Health Status and Oral Health Related Quality of Life among Women of Kashmir Valley. *J Clin Diagnostic Res* 2017; 11(5):1-4.
8. Prestes ACG, Martins AB, Neves M, Mayer RTR. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. *RFO UPF* 2013; 18(1):112-119.
9. Hartnett E, Haber J, Krainovich-Miller B, Bella A, Vasilyeva A, Kessler JL. Oral Health in Pregnancy. *JOG-NN* 2016; 45:565-573.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria GM/MS nº 569, de 1º junho de 2000*. Brasília: MS; 2000. [acessado 2013 jun 03]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_569.pdf.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: MS; 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica: Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2006.
13. Santos-Neto E, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3057-3068.
14. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(6):439-442.
15. Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada – Parte I: Adaptação cultural e linguística. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(1):6-15.
16. Oliveira BH, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain* 2006; 20(4):297-305.

17. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. *Community Dent Oral Epidem* 2005; 33(4):307-314.
18. Lamarca GA, Leal MC, LeaoATT, Sheiham A, Vettore MV. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and workbased networks. *Health Qual Lifeoutcomes* 2012; 10(5).
19. Lamarca GA, Leal MC, LeaoATT, Sheiham A, Vettore MV. The different roles of neighborhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidem* 2014; 42(2):139-150.
20. Musskopf ML, Milanesi FC, Rocha JM, Fiorini T, Moreira CHC, Susin C, Rösing CK, Weidlich P, Oppermann RV. Oral health related quality of life among pregnant women: a randomized controlled trial. *Braz Oral Res* 2018; 32:e002.
21. Garcia-Martin JM, Gonzalez-Diaz A, Garcia-Pola MJ. Impacto de lasalud oral en la calidad de vida de la gestante. *Rev Salud Publica* 2017; 19(2):145-152.
22. Morin M, Vayssièrea C, Claris O, Iraguea F, Mallaha S, Molinier D, Matillon Y. Evaluation of the quality of life of pregnant women from 2005 to 2015. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 115-130.
23. Martínez-Beneyto Y, Montero-Martin J, Garcia-Navas F, Vicente-Hernandez A, Ortiz-Ruiz AJ, Camacho-Alonso F. Influence of a preventive program on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of European pregnant women: a cohort study. *Odontology* 2019(107):10-16.
24. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE. How Do Dental and Prenatal Care Practitioners Perceive Dental Care During Pregnancy? Current Evidence and Implications. *Birth* 2012; 39(3):238-247.
25. Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Cad Saude Publica* 2018; 34(8):e00130817.
26. Chung LH, Gregorich SE, Artitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dent Oral Epidem* 2014; 42(2):151-159.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [acessado 2019 fev 05]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.
28. Instituto Jones Dos Santos Neves (IJSN). *Produto Interno Bruto dos Municípios – 2016*. IJSN: Vitória; 2018. [acessado 2018 dez 18]. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/artigos/5213-produto-interno-bruto-pib-dos-municipios-2016>.
29. Santos-Neto ET, Oliveira, AE, Zandonade E, Gama SGN, Leal MC. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil? *Cad Saude Publica* 2012; 28(11):1650-1662.
30. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, Santos Neto ET. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7):1.999-2.010.
31. Atlas Brasil. *Atlas Brasil 2013*. [acessado 2014 jun 18]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>
32. Slade GD, Nuttall, Sanders AE, Steele JG. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br dent J* 2005; 198(8):489-493.
33. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidem* 1997; 25(4):284-290.
34. Esposti CDD, Santos-Neto ET, Emmerich AO, Travassos C, Pinheiro RS. Desigualdades sociais e geográficas no desempenho da assistência pré-natal de uma Região Metropolitana do Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(5):1735-1749.
35. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2005; 5(Supl. 1):S11-S22.
36. Vettore MV, Gama SGN, Lamarca GA, Schilithz AOC, Leal MC. Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. *Rev Saude Publica* 2010; 44(6):1021-1031.
37. Thiede M, Akewengo P, McIntyre D. Explorando as dimensões do acesso. In: McIntyre D, Mooney G. *Aspectos econômicos da equidade em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 137-161.
38. Aimee Lee, Marta Lomazzi, Hyewon Lee and Raman Bedi. Integrating oral health with public health systems under the framework of the Global Charter for the Public's Health. *Int Dental J* 2019; 69:167-170.
39. Hosseinpoor AR, Itani L, Petersen PE. Socio-economic Inequality in Oral Healthcare Coverage: Results from the World Health Survey. *J Dental Res* 2012; 91(3):275-281.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde: modelo avaliativo*. [acessado 2015 mar 01]. Brasília: MS; 2011. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/avaliativo.html>.
41. Possobon RF, Mialhe FL. Saúde bucal da gestante e da criança: atuação preventiva precoce. In: Pereira AC. *Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 623-641.
42. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. [acessado 2006 maio 25]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
44. Esposti CDD, Oliveira AE, Santos-Neto ET, Travassos CMR. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saude Soc* 2015; 24(3):765-779.
45. Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):1075-1080.

46. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaucha Enferm* 2008; 29(2):238-245.
47. Garbin CS, Sumida DH, Santos, RR, Chehoud KA, Moimaz SAS. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. *Rev Odontol UNESP* 2011; 40(4):161-165.
48. Batistella FID, Imparato JCP, Raggio DP, Carvalho AS. Conhecimento das gestantes sobre saúde bucal na rede pública e em consultórios particulares. *RGO (Porto Alegre)*, 2006; 54(1):67-73.
49. Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2935-2948.
50. Fagundes DQ, Oliveira AE. Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de Paulo Freire. *Trab Educ Saude* 2017; 15(1):223-243.
51. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(4):789-800.
52. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano PS, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007;23(9):2157-2166.
53. Figueroa V, Alfaro NA, Rosa AC. Predictores de utilización de la atención prenatal. *Aten Prim* 2005; 35(4):185-191.

Artigo apresentado em 09/10/2019

Aprovado em 26/06/2020

Versão final apresentada em 28/06/2020

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva