

## Saúde bucal e qualidade de vida de gestantes: a influência de fatores sociais e demográficos

Oral health and quality of life of pregnant women: the influence of sociodemographic factors

Karina Tonini dos Santos Pacheco (<https://orcid.org/0000-0002-4687-6062>)<sup>1</sup>  
 Keiko Oliveira Sakugawa (<https://orcid.org/0000-0003-3991-0098>)<sup>1</sup>  
 Katrini Guidolini Martinelli (<https://orcid.org/0000-0003-0894-3241>)<sup>1</sup>  
 Carolina Dutra Degli Esposti (<https://orcid.org/0000-0001-8102-7771>)<sup>1</sup>  
 Antônio Carlos Pacheco Filho (<https://orcid.org/0000-0002-5625-5884>)<sup>2</sup>  
 Cléa Adas Saliba Garbin (<https://orcid.org/0000-0001-5069-8812>)<sup>2</sup>  
 Artenio José Isper Garbin (<https://orcid.org/0000-0002-7017-8942>)<sup>2</sup>  
 Edson Theodoro Santos Neto (<https://orcid.org/0000-0002-7351-7719>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This study aimed to evaluate the relationship between sociodemographic factors and the impact on Oral Health-Related Quality of Life (OHR-QoL) in Brazilian pregnant women users of the Unified Health System. This is a cross-sectional epidemiological study developed with pregnant women living in two regions with different sociodemographic characteristics. In total, 1,777 puerperae were interviewed. A structured and previously tested questionnaire collected sociodemographic variables, and the Oral Health Index Profile (OHIP-14) assessed the impact on the OHR-QoL. The statistical analysis was performed using the Chi-square test and multiple logistic regression, both with a significance of 5%. The “psychological discomfort” realm was the only one with a difference between the puerperae of the RMGV and the MRSM ( $p=0.042$ ). The following variables were associated with the impact on the OHR-QoL: residing in the RMGV (OR=1.69; 95%CI: 1.16-2.47); having a low level of schooling (OR=1.80; 95%CI: 1.03-3.18) and visit to the dentist during pregnancy (OR=2.15, 95%CI: 1.50-3.07). Sociodemographic factors should be considered in the planning of oral health actions of pregnant women, as they influence the impact on the OHR-QoL.*

**Key words** *Maternal and Child Health, Quality of life, Oral Health, Demographic Data*

**Resumo** *Este estudo buscou avaliar a relação entre fatores sociodemográficos e o impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVR-SB), em gestantes brasileiras usuárias do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal, desenvolvido com gestantes residentes em duas regiões com características sociodemográficas distintas. Foram entrevistadas 1.777 puérperas. Um questionário estruturado e previamente testado coletou as variáveis sociodemográficas e o Oral Health Index Profile (OHIP-14) avaliou o impacto na QVR-SB. A análise estatística foi realizada utilizando o teste Qui-quadrado e a regressão logística múltipla, ambos com significância de 5%. A dimensão “desconforto psicológico” foi a única com diferença entre as puérperas da RMGV e MRSM ( $p=0,042$ ). Associou-se ao impacto na QVR-SB as variáveis: residir na RMGV (OR=1,69; IC95%: 1,16-2,47); ter pouca escolaridade (OR=1,80; IC95%: 1,03-3,18) e realizar consulta odontológica durante a gestação (OR=2,15; IC95%: 1,50-3,07). Os fatores sociodemográficos devem ser considerados no planejamento das ações em saúde bucal das gestantes, pois influenciam no impacto na QVR-SB.*

**Palavras-chave** *Saúde Materno-Infantil, Qualidade de vida, Saúde Bucal, Dados Demográficos*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal Campos 1468, Maruípe. 29040-090 Vitória ES Brasil. [kktonini@yahoo.com.br](mailto:kktonini@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho. Araçatuba SP Brasil.

## Introdução

A gravidez é uma condição complexa envolvendo mudanças físicas e psicológicas que podem impactar na saúde bucal da mulher. Estudos relatam a saúde bucal de mulheres grávidas sendo consideravelmente mais baixa em comparação com puéperas e mulheres não gestantes<sup>1</sup>. Além disso, demonstram a associação de doença periodontal com o baixo peso da criança ao nascer e, também, com o parto prematuro<sup>2,3</sup>.

Bressane et al.<sup>4</sup>, em estudo com gestantes usuárias do SUS no tocante à prevalência de gengivite, verificaram que quanto maior o nível de escolaridade e a renda familiar, menor a prevalência da doença. Outro aspecto importante relatado por esses autores foi a maioria (94%) das gestantes afirmar a necessidade de tratamento no momento da entrevista. No entanto, nenhuma das mulheres buscou atendimento odontológico durante a gravidez.

Alguns fatores descritos na literatura têm sido atribuídos ao desestímulo à busca do atendimento odontológico durante a gravidez, como as crenças populares (riscos da anestesia, hemorragias, perigos para o bebê), a falta da percepção da necessidade de tratamento (muitas vezes acreditam que a dor de dente está associada à condição da gravidez) e o medo da dor<sup>5,6</sup>.

Sabe-se que a gestação é um período em que os cuidados com a saúde bucal devem ser maiores e a gestante torna-se mais sensível à adoção de novos hábitos e comportamentos. Por isso, talvez, seja o momento mais adequado para analisar como ela percebe sua condição bucal<sup>7</sup>.

A avaliação do efeito de doenças e condições bucais nas funções sociais pode ser de grande valia aos pesquisadores, gestores em saúde e prestadores de serviços em saúde bucal. O comportamento das pessoas é condicionado pela forma como percebem sua condição bucal, pela importância dada a ela, pelos valores culturais intrínsecos e pelas experiências passadas<sup>8</sup>. Mesmo nos países mais desenvolvidos e que oferecem serviços odontológicos à sua população, como Austrália e Inglaterra, uma grande parcela não os frequentam, porque não tem percepção de sua necessidade<sup>9</sup>.

A associação entre a saúde bucal e seu impacto sobre qualidade de vida dos indivíduos de forma geral é muito discutida na literatura<sup>9-13</sup> e evidencia a possibilidade de estar relacionada a autopercepção de saúde às características do indivíduo e do contexto sociodemográfico em que vive<sup>14</sup>. Em gestantes, apesar dos poucos estudos nesse senti-

do serem conduzidos, pesquisas relatam a associação entre a necessidade de tratamento e o impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)<sup>5,15</sup>. Além disso, estudo evidencia que as mulheres grávidas com maior escolaridade apresentam menor impacto na QVRSB<sup>16</sup>.

Considerando que as gestantes compõem um dos grupos prioritários de atenção e cuidado nos serviços de saúde no Brasil<sup>17</sup> e no mundo<sup>18-20</sup> e que a manutenção de uma boa saúde bucal por parte das gestantes é importante, pois pode influenciar na saúde do bebê<sup>3,21</sup>, a pesquisa dos fatores sociodemográficos e a sua influência na percepção das condições bucais é importante para o planejamento e execução de serviços odontológicos voltados à prevenção e ao controle de doenças bucais para esse grupo populacional, tornando possível o desenvolvimento e avaliação de ações de saúde bucal.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre fatores sociodemográficos e o impacto na QVRSB em gestantes brasileiras usuárias do Sistema Único de Saúde.

## Métodos

Este é um estudo epidemiológico transversal, desenvolvido com gestantes residentes em duas regiões com características sociodemográficas particulares, localizadas no Estado do Espírito Santo, Brasil, que se hospitalizaram em estabelecimentos da rede pública de saúde por ocasião de parto. Os dados utilizados provêm de informações coletadas em duas pesquisas brasileiras intituladas "Avaliação da Qualidade na Assistência Pré-Natal na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV): Acesso e Integração dos Serviços de Saúde", realizada no período de abril a setembro de 2010<sup>22</sup> e "Avaliação da Assistência Pré-Natal na Microrregião de São Mateus (MRSM) - ES", realizada entre julho de 2012 e fevereiro de 2013<sup>23</sup>. As duas pesquisas foram avaliadas e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES.

A RMGV e a MRSM representam duas populações distintas, sendo a primeira predominantemente urbana (98%), com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) sempre acima de 0,7 (exceto Viana, em 2010, e a última, com cerca de um quarto da população residindo em zona rural, com os piores IDHM do estado, sempre abaixo de 0,7 (exceto São Mateus)<sup>24</sup>.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se os dados fornecidos pelo Sistema de

Informação de Nascidos Vivos (SINASC) das duas regiões, sendo na RMGV os dados de 2007 e, na MRSM, de 2009, o que refletiu aproximadamente a quantidade de parturientes. Além disso, considerando as diferenças de contingente populacional de nascidos vivos entre os municípios, a representatividade da amostra foi garantida obedecendo à estratificação, de acordo com as proporções observadas entre os municípios de cada um dos estudos iniciais.

Sendo assim, seguiram-se as seguintes proporções: os municípios Cariacica (22,6%), Fundão (1%), Guarapari (6,3%), Serra (26,3%), Viana (3,7%), Vila Velha (22,2%) e Vitória (17,9%), compõem a RMGV. Os municípios de Boa Esperança (5,3%), Conceição da Barra (10,1%), Jaguaré (12,4%), Montanha (5,8%), Mucurici (1,6%), Pedro Canário (12%), Pinheiros (12,4%), Ponto Belo (2,6%) e São Mateus (37,8%) compõem a MRSM.

Previamente à execução das pesquisas, foi realizado estudo-piloto com 67 puérperas na RMGV e 30 puérperas na MRSM – não incluídas no estudo principal – para aprimoramento do preenchimento dos formulários de pesquisa e treinamento dos entrevistadores. Maiores detalhes sobre as pesquisas de origem podem ser consultados nos estudos de Santos-Neto et al.<sup>22</sup> e Martinelli et al.<sup>23</sup>

No presente estudo, foram incluídas todas as mulheres internadas para o parto em um dos 15 estabelecimentos de serviços públicos de saúde nas duas regiões, nos períodos anteriormente referidos. Os entrevistadores verificaram a posse do Cartão da Gestante e excluíram aquelas que não possuíam tal documento, bem como aquelas que realizaram o pré-natal (total ou parcial) no sistema privado e que foram acompanhadas em municípios fora da região correspondente. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 466/12), os entrevistadores aplicaram um questionário estruturado e fechado às mães. A construção do banco de dados foi realizada a partir das informações contidas nos formulários de pesquisa e nos cartões das gestantes, digitados no *software* SPSS, versão 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Para avaliar o impacto na QVRSB das gestantes, utilizaram-se as questões referentes ao OHIP-14, quanto aos problemas com os dentes, a boca ou com a dentadura nos últimos seis meses da gravidez, conforme a adaptação realizada por Oliveira e Nadanovsky<sup>5</sup>. São 14 perguntas que abrangem as sete dimensões conceituais descritas por Locker<sup>25</sup>, sendo duas perguntas por dimen-

são: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. A hierarquia delas está relacionada ao impacto na qualidade de vida e no cotidiano das pessoas.

O método escolhido para verificar a presença de impacto da saúde bucal na qualidade de vida, por meio do OHIP-14, foi a simples contagem. Esse método é indicado quando se deseja identificar a extensão do problema<sup>26</sup>. Para considerar a presença de impacto, as respostas das gestantes para as duas questões, de pelo menos uma das sete dimensões, deve ser “repetidamente” e/ou “sempre”.

Para esta pesquisa foram selecionadas as seguintes variáveis sociodemográficas das gestantes: idade, raça ou cor, escolaridade, classe econômica, situação conjugal, exercício de atividade remunerada, número de consultas pré-natal, consulta odontológica realizada durante a gravidez, residente em zona urbana ou rural.

Para avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis relacionadas aos impactos da saúde bucal na qualidade de vida, foi realizado o teste Qui-quadrado, com correção de Yates, com nível de significância 5%. A análise múltipla de regressão logística foi utilizada para descrever a relação entre as variáveis sociodemográficas e a presença de impacto. Para a entrada das variáveis no modelo logístico, utilizou-se um p-valor < 0,20, e, para a permanência da variável no modelo final, foi adotado um nível de 5% de significância.

## Resultados

Participaram do estudo 1.777 puérperas, sendo 1.035 (58,2%) da RMGV e 742 (41,8%) da MRSM. Ao comparar as mulheres dessas duas microrregiões, encontraram-se as seguintes diferenças: as gestantes da RMGV são mais escolarizadas ( $p = 0,021$ ), enquanto as da MRSM residem na zona rural (32,6%,  $p = 0,000$ ) e pertencem às classes econômicas mais baixas (40,2% pertencem à classe econômica D ou E,  $p = 0,001$ ). Quanto ao acesso aos serviços de saúde, as gestantes da MRSM tiveram mais acesso, tanto às consultas pré-natal (65,5% fizeram pelo menos 7 consultas,  $p = 0,000$ ), quanto ao dentista (35,3% relatou ter ido ao dentista,  $p = 0,015$ ) (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a associação entre as dimensões do impacto na QVRSB e as regiões estudadas. Todas as dimensões apresentaram algum impacto, sendo as maiores frequências para as

**Tabela 1.** Associação entre as variáveis sociodemográficas e a região de residência de gestantes da MRSM, 2012/2013 e RMGV, 2010.

Variável sociodemográfica	MRSM		RMGV		Qui-quadrado	p-valor
	N	%	N	%		
Idade					2,347	0,309
< 20 anos	189	25,5	232	22,4		
20-34 anos	502	67,7	723	69,9		
35 ou mais	51	6,9	79	7,6		
Raça/cor					3,441	0,179
Branca	102	14,0	134	13,7		
Preta	95	13,0	159	16,3		
Parda	531	72,9	684	70		
Escolaridade					7,736	0,021*
4 ou menos	95	12,9	90	8,8		
5 a 8 anos	288	39,0	413	40,2		
9 ou mais	356	48,2	524	51		
Classe econômica					14,665	0,001*
D/E	269	40,2	284	31,1		
C1/C2	366	54,7	584	63,9		
A/B	34	5,1	46	5,0		
Situação conjugal					2,133	0,144
Sem companheiro	88	11,9	100	9,7		
Com companheiro	653	88,1	930	89,8		
Exerce atividade remunerada					2,482	0,115
Não	556	74,9	740	71,6		
Sim	186	25,1	294	28,4		
Número de consultas pré-natal					55,954	0,000*
1 a 3 consultas	44	5,9	126	12,6		
4 a 6 consultas	212	28,6	392	39,2		
7 ou mais	486	65,5	483	48,3		
Foi ao dentista na gravidez					5,912	0,015*
Não	480	64,7	724	70,2		
Sim	262	35,3	308	29,8		
Reside em zona rural ou urbana					325,315	0,000*
Urbana	500	67,4	1003	98,2		
Rural	242	32,6	18	1,8		

\* p-valor &lt; 0,05.

dimensões “Dor física” (3% na MRSM e 4,4% na RMGV) e “Desconforto psicológico” (2,8% na MRSM e 4,7% na RMGV). Além do impacto total ser maior na RMGV do que na MRSM.

A associação entre as variáveis sociodemográficas e a presença de impacto em cada região de estudo está apresentada na Tabela 3. Na MRSM não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e o impacto. Na RMGV houve associação estatisticamente significativa entre a escolaridade das gestantes e o impacto, sendo que quanto maior a escolaridade, menor a frequência de impacto na QVRSB ( $p = 0,010$ ). Além disso, a realização de

consulta odontológica também esteve associada à existência de impacto (48,4% com impacto vs. 28,1% sem impacto,  $p = 0,000$ ).

Ao analisar toda a amostra do estudo, permaneceram no modelo final da análise de regressão logística múltipla, as variáveis “região de moradia”, “escolaridade” e “visita ao dentista na gravidez”. Residir na RMGV aumentou a chance de a gestante ter impacto na QVRSB em cerca de 70%. Quanto menor a escolaridade da gestante, maior a chance de apresentar impacto. As gestantes que foram ao dentista durante a gravidez tiveram mais de 115% de chance de apresentar impacto na QVRSB (Tabela 4).

**Tabela 2.** Relação entre o impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal, segundo as dimensões do OHIP-14, e a região de residência de gestantes da MRSM, 2012/2013 e RMGV, 2010.

Dimensão	Impacto				Qui-quadrado	p-valor
	MRSM		RMGV			
	N	%	N	%		
Limitação funcional					2,308	0,129
Sem impacto	736	99,2	1032	99,7		
Com impacto	06	0,8	03	0,3		
Dor física					2,570	0,109
Sem impacto	720	97,0	989	95,6		
Com impacto	22	3,0	46	4,4		
Desconforto psicológico					4,141	0,042*
Sem impacto	721	97,2	986	95,3		
Com impacto	21	2,8	49	4,7		
Incapacidade física					0,883	0,347
Sem impacto	733	98,8	1027	99,2		
Com impacto	09	1,2	08	0,8		
Incapacidade psicológica					1,461	0,227
Sem impacto	737	99,3	1022	98,7		
Com impacto	05	0,7	13	1,3		
Incapacidade social					0,818	0,366
Sem impacto	736	99,2	1022	98,7		
Com impacto	06	0,8	13	1,3		
Deficiência					0,338	0,561
Sem impacto	736	99,2	1029	99,4		
Com impacto	06	0,8	06	0,6		
Total					5,568	0,018*
Sem impacto	699	94,2	944	91,2		
Com impacto	43	5,8	91	8,8		

\* p-valor &lt; 0,05.

## Discussão

Residir em região economicamente mais pobre não implicou, necessariamente, em impacto na QVRSB. Entretanto, ter pouca escolaridade e realizar consulta odontológica durante a gestação, influenciaram no impacto.

Residir em região que apresenta melhor condição econômica e responde por 60% do Produto Interno Bruto de todo o Estado das regiões estudadas<sup>27</sup> aumenta a probabilidade de impacto na QVRSB durante a gravidez. Isso pode estar acontecendo devido às desigualdades sociais que ocorrem dentro de uma mesma região, onde quem é rico acaba ficando com grande parte da riqueza produzida, gerando iniquidades. O sistema universal de saúde contribui para redução, mas, infelizmente, não consegue eliminar<sup>28</sup>.

Ouro fator que pode ajudar a explicar a diferença entre as microrregiões é a cobertura das Equipes de Saúde Bucal (ESB). Ao analisar a co-

bertura das Equipes de Saúde Bucal (número de pessoas cadastradas/população residente) utilizando os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)<sup>29</sup> e os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>30</sup>, foi possível encontrar uma cobertura de 23,2% para a RMGV no ano de 2010 e de 47,0% para a MRSM, no ano de 2012. Diante desse quadro de cobertura, as mulheres da MRSM tiveram maior possibilidade de acesso aos serviços odontológicos antes e durante a gravidez, evitando, com isso, possíveis “complicações bucais” responsáveis pelo desconforto e, conseqüentemente, impactos na QVRSB.

O estudo de Musskopf et al.<sup>31</sup> corrobora os achados da nossa pesquisa, ou seja, as mulheres grávidas perceberam melhorias em seu estado de saúde bucal quando receberam cuidados periodontais básicos durante o tratamento odontológico. Esse fato reduziu significativamente os impactos negativos na QVRSB durante a gravidez.

**Tabela 3.** Relação entre variáveis sociodemográficas e o impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de gestantes residentes na MRSM, 2012/2013 e na RMGV, 2010.

Variáveis sociodemográficas	MRSM				Qui-quadrado	p-valor	RMGV					
	Sem impacto		Com impacto				Sem impacto		Com impacto		Qui-quadrado	p-valor
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Idade					3,327	0,190				1,100	0,577	
<20 anos	183	96,8	6	3,2			215	92,7	17	7,3		
20-34 anos	469	93,4	33	6,6			655	90,6	68	9,4		
35 ou mais	47	92,2	4	7,8			73	92,4	6	7,6		
Raça/cor					0,741	0,690					2,674	0,263
Branca	98	96,1	4	3,9			125	93,3	9	6,7		
Preta	90	94,7	5	5,3			140	88,1	19	11,9		
Parda	499	94,0	32	6,0			625	91,4	59	8,6		
Escolaridade					0,083	0,959					9,144	0,010*
4 ou menos	89	93,7	6	6,3			78	86,7	12	13,3		
5 a 8 anos	272	94,4	16	5,6			367	88,9	46	11,1		
9 ou mais	335	94,1	21	5,9			491	93,7	33	6,3		
Classe econômica					0,839	0,657					2,339	0,310
D/E	251	93,3	18	6,7			254	89,4	30	10,6		
C1/C2	345	94,3	21	5,7			535	91,6	49	8,4		
A/B	33	97,1	1	2,9			44	95,7	2	4,3		
Situação conjugal					1,975	0,160					3,214	0,073
Sem companheiro	80	90,9	8	9,1			96	96,0	4	4,0		
Com companheiro	618	94,6	35	5,4			843	90,6	87	9,4		
Exerce atividade remunerada					0,080	0,778					2,043	0,153
Não	523	94,1	33	5,9			669	90,4	71	9,6		
Sim	176	94,6	10	5,4			274	93,2	20	6,8		
Número de consultas pré-natal					4,475	0,107					0,603	0,730
1 a 3 consultas	43	97,7	1	2,3			117	92,9	9	7,1		
4 a 6 consultas	194	91,5	18	8,5			355	90,6	37	9,4		
7 ou mais	462	95,1	24	4,9			439	90,9	44	9,1		
Foi ao dentista na gravidez					2,507	0,113					16,325	0,000*
Não	457	95,2	23	4,8			677	93,5	47	6,5		
Sim	242	92,4	20	7,6			264	85,7	44	14,3		
Reside na zona urbana ou rural					1,775	0,183					0,120	0,729
Urbana	475	95,0	25	5,0			915	91,2	88	8,8		
Rural	224	92,6	18	7,4			16	88,9	2	11,1		

\* p-valor &lt; 0,05.

Apesar do número de consultas pré-natal não ter tido influência estatisticamente significativa no impacto na QVRSB, as gestantes da MRSM também realizaram maior número de consultas pré-natal que a RMGV (p = 0,000). Isso reforça a importância do pré-natal, inclusive o odontológico, para propiciar à gestante a participação nas consultas de atividades individuais ou coletivas,

com abordagem multiprofissional e articulada nos serviços de assistência. Assegura-se, com isso, a integralidade do atendimento e viabiliza-se uma assistência pré-natal humanizada e de qualidade<sup>22</sup>.

O fato de que nem sempre a região que apresenta melhor condição econômica oferecer melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde para seus habitantes, está diretamente liga-

**Tabela 4.** Regressão logística múltipla entre as variáveis sociodemográficas e a presença de impacto, segundo o OHIP-14, de gestantes da MRSM, 2012/2013 e RMGV, 2010.

	Com impacto na QVRSB				
	Total	Sim (%)	p-valor	OR (IC95%)	OR ajustada (IC95%)
Região de moradia			0,018		
MRSM	742	43 (5,8)		1,00	1,00
RMGV	1.035	91 (8,8)		1,57 (1,08-2,28)	1,69 (1,16-2,47)
Idade			0,156		
<20 anos	421	23 (5,5)		1,00	-
20-34 anos	1.225	101 (8,2)		1,56 (0,98-2,48)	-
35 ou mais	130	10 (7,7)		1,44 (0,67-3,11)	-
Raça/cor			0,250		
Branca	236	13 (5,5)		1,00	-
Preta	254	24 (9,4)		1,79 (0,89-3,60)	-
Parda	1.215	91 (7,5)		1,39 (0,76-2,53)	-
Escolaridade			0,066		
4 ou menos	185	18 (9,7)		1,65 (0,94-2,88)	1,80 (1,03-3,18)
5 a 8 anos	701	62 (8,8)		1,48 (1,02-2,17)	1,55 (1,06-2,27)
9 ou mais	880	54 (6,1)		1,00	1,00
Classe econômica			0,223		
D/E	553	48 (8,7)		2,44 (0,74-8,03)	-
C1/C2	950	70 (7,4)		2,04 (0,63-6,64)	-
A/B	80	3 (3,8)		1,00	-
Situação conjugal			0,516		
Sem companheiro	188	12 (6,4)		1,00	-
Com companheiro	1.583	122 (7,7)		1,23 (0,66-2,26)	-
Atividade remunerada			0,209		
Não	1.296	104 (8,0)		1,31 (0,86-1,99)	-
Sim	480	30 (6,3)		1,00	-
Número de consultas PN			0,192		
≤ 3 consultas	175	10 (5,7)		1,00	-
4 a 6 consultas	604	55 (9,1)		1,65 (0,82-3,32)	-
7 ou mais	969	68 (7,0)		1,25 (0,63-2,47)	-
Visita odontológica durante gravidez			<0,0001		
Não	1.204	70 (5,8)		1,00	1,00
Sim	570	64 (11,2)		2,05 (1,44-2,92)	2,15 (1,50-3,07)
Zona de residência			0,922		
Rural	260	20 (7,7)		1,03 (0,63-1,68)	-
Urbana	1.503	113 (7,5)		1,00	-

do ao impacto na QVRSB. O estudo de Gabardo et al.<sup>32</sup>, realizado com adultos brasileiros, mostrou uma clara relação entre melhores condições de vida e uma percepção mais favorável da saúde bucal. A percepção da qualidade de vida é em grande parte subjetiva, e a maneira pela qual os indivíduos percebem sua qualidade de vida pode variar de acordo com suas condições sociais, culturais e políticas<sup>33</sup>.

Por outro lado, a consulta odontológica durante a gravidez aparece na análise de regressão logística como um fator que aumentou a chance da gestante apresentar impacto na QVRSB. Os estudos de Oliveira e Nadanovsky<sup>5</sup>, Acharya et al.<sup>15</sup> e Moimaz et al.<sup>34</sup>, também com gestantes, encontraram associação entre a necessidade de tratamento e impacto na QVRSB. Percebe-se uma avaliação positiva para a amostra deste estudo.

do, uma vez que ir ao dentista teve relação com a presença de impacto.

Neste estudo, as gestantes que estudaram mais anos tiveram menos chance de apresentar impacto. Lamarca et al.<sup>16</sup> avaliaram o impacto na QVRSB de gestantes e puérperas, com enfoque na sua ocupação. As mulheres que trabalhavam fora de casa tinham maior escolaridade e renda familiar em comparação às donas de casa e apresentaram menor impacto na QVRSB. Quanto maior a escolaridade, maior seria sua informação, consciência e busca por serviços odontológicos<sup>35</sup>.

Papaioannou et al.<sup>12</sup> investigaram o impacto na QVRSB em adultos de diferentes regiões sociodemográficas da Grécia, usando o OHIP-14. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre regiões rurais e urbanas, porém, conforme o aumento de escolaridade, o impacto sobre a pontuação total do OHIP-14 e das dimensões incapacidade social e deficiência, diminuiu. Dessa forma, a escolaridade aparece na literatura tendo um impacto positivo sobre a qualidade de vida dos indivíduos<sup>32</sup>.

Esta pesquisa teve como limitação a ausência de agregação de variáveis clínicas na análise. De acordo com Bandéca et al.<sup>36</sup>, as características clínicas podem influenciar diretamente na percepção da saúde bucal e, conseqüentemente, na qualidade de vida, independente das variáveis sociodemográficas. Entretanto, a definição da necessidade de uma população utilizando indicadores subjetivos é um passo importante no planejamento de políticas de saúde, pois auxilia os profissionais de saúde na formulação de programas e serviços de saúde<sup>34</sup>.

Os nossos achados são inovadores na área de saúde bucal, pois demonstraram a influência do

acesso à consulta odontológica no impacto na QVRSB e reforçaram como a natureza das condições sociais afetaram a saúde e a qualidade de vida das gestantes, tornando-as ainda mais vulneráveis.

Portanto, a priorização do atendimento odontológico das gestantes, com maiores impactos na QVRSB, parece uma forma equitativa de planejar as ações e programas de saúde para esse grupo, ou seja, este grupo de risco deve ser priorizado nos serviços de saúde, a fim de tratar e recuperar a saúde bucal. Nossos achados podem oferecer novos direcionamentos para formuladores de políticas e gestores de saúde pública com foco na melhoria da qualidade de vida das mulheres e na elaboração de estratégias mais específicas para reduzir os problemas de saúde bucal durante a gravidez.

## Conclusão

Diante dos resultados encontrados neste trabalho, conclui-se que os fatores sociodemográficos podem influenciar no impacto na Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal. Essa influência pode ser positiva ou negativa e sua análise contribui para um melhor entendimento do processo saúde-doença, pois vai além da visão biomédica curativa, insuficiente para garantir a manutenção da saúde.

Os resultados podem ajudar na concepção de estratégias político-sociais mais específicas para reduzir os problemas de saúde bucal nas gestantes e, provavelmente, de outros grupos com características sociodemográficas semelhantes.



## Colaboradores

KTS Pacheco, ET Santos Neto e CDD Esposti contribuíram com a concepção e delineamento do estudo, participaram da análise e interpretação dos resultados e da revisão crítica do conteúdo do artigo. KG Martinelli e KO Sakugawa coletaram os dados, participaram da interpretação e análise dos resultados e da redação do artigo. AC Pacheco Filho, AJI Garbin e CAS Garbin participaram da interpretação dos dados, da redação do artigo e da revisão crítica do conteúdo do artigo.

## Referências

1. 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 Diagn Res* 2017; 11(5):1-4.
2. Cruz SS, Costa MC, Gomes Filho IS, Vianna MI, Santos CT. Maternal periodontal disease as a factor associated with low birth weight. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5):782-787.
3. Passini Junior R, Nomura ML, Politano GT. Doença periodontal e complicações obstétricas: há relação de risco? *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(7):370-375.
4. Bressane LB, Costa LNBS, Vieira JMR, Rebelo MAB. Oral health conditions among pregnantwomen attended to at a health care center in Manaus, Amazonas, Brazil. *Rev Odonto Cien* 2011; 26 (4):291-296.
5. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-314.
6. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42(2):151-159.
7. Moimaz SAS, Zina LG, Serra FAP, Garbin CAS, Saliba NA. Análise da dieta e condição de saúde bucal em pacientes gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2010; 10(3):357-363.
8. Silva CJP, Ferreira EF, Magnago FM, Alves RG. Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Coimbra/Minas Gerais. *Rev Fac Odontol* 2006; 47(2):23-28.
9. Slade GD, Sanders AE. The Paradox of Better Subjective Oral Health in Older Age. *J Dent Res* 2011; 90(11):1279-1285.
10. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):841-850.
11. Alvarenga FAS, Henriques C, Takatsui F, Montandon AFB, Telarolli Júnior R, Monteiro ALCC, Pinelli C, Loffredo LCM. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP* 2011; 40(3):118-124.
12. Papaioannou W, Oulis CJ, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral Health-Related Quality of Life of Greek Adults: A Cross-Sectional Study. *Int J Dent* 2011; 360292:1-7.
13. Guerra MJC, Greco RM, Leite ICG, Ferreira EF, Paula MVQ. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. *Cien Saude Colet* 2014; 19(12):4777-4786.
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 Pública* 2013; 33(6):439-445.
15. Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hygiene* 2009; 7(2):102-107.
16. Lamarca GA Leal MC, Leao ATT, Sheiham, Vettore MV. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health Qual. Life Outcomes* 2012; 10(5):1-11.

17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica: Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2006.
18. Organização das Nações Unidas (ONU). *Declaração do Milênio*. Nova York: Cimeira do Milênio; 2000.
19. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação Mundial da Infância* [Internet]. Nova York: Unicef; 2009 [acessado 2018 Ago 15]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowc2009\\_pt.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowc2009_pt.pdf)
20. World Health Organization (WHO). *WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting* [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [acessado 2018 Ago 15]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77764/9789241504843\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77764/9789241504843_eng.pdf?sequence=1)
21. Cruz SS, Costa MCN, Gomes Filho IS, Vianna MIP, Santos CT. Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5):782-787.
22. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3058-3068.
23. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obst* 2014; 36(2):56-64.
24. Atlas Brasil. *Atlas do desenvolvimento humano no Brasil* [Internet]. 2013 [acessado 2018 Maio 10]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>
25. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988; 5(1):3-18.
26. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J* 2005; 198(8):489-493.
27. Espírito Santo. *Produto Interno Bruto (PIB) dos Municípios do Espírito Santo - 2011* [Internet]. [acessado 2018 Maio 10]. Disponível em: <http://www.ijns.es.gov.br>
28. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.
29. Datasus. *Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)* [Internet]. Brasília: MS; 2018 [acessado 2018 Maio 10]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/siab>
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [acessado 2018 Maio 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/index.php>
31. Musskopf ML, Milanese 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.
32. Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Cien Saude Colet* 2015; 20(5):1531-1540.
33. Turrel G, Sanders A, Slade GD, Spencer AJ, Marcenes W. The independent contribution of neighborhood disadvantage and individual-level socioeconomic position to self-reported oral health: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(3):195-206.
34. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. *Acta Odontol Latinoam* 2016; 29(2):186-193.
35. Mesquita FAB, Vieira S. Impacto da condição auto-avaliada de saúde bucal na qualidade de vida. *RGO* 2009; 57(4):401-406.
36. Bandéca MC, Nadalin MR, Calixto LR, Saad JR, Silva SR. Correlation between oral health perception and clinical factors in a Brazilian community. *Community Dent Health* 2011; 28(1):64-68.

Artigo apresentado em 24/05/2018

Aprovado em 20/09/2018

Versão final apresentada em 22/09/2018