



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CATARINE BOAVENTURA BASTOS BARRETO

**IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA
DE GESTANTES DE ALTO RISCO**

FEIRA DE SANTANA-BA

2023



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

CATARINE BOAVENTURA BASTOS BARRETO

**IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA
DE GESTANTES DE ALTO RISCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Saúde de grupos populacionais específicos

Orientador: Prof. Dr. Márcio Campos Oliveira

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Ângela Guimarães Martins

FEIRA DE SANTANA-BA

2023

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

B261i

Barreto, Catarine Boaventura Bastos

Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes de alto risco / Catarine Boaventura Bastos Barreto. – 2023.

81 f.: il.

Orientador: Márcio Campos Oliveira.

Coorientadora: Ângela Guimarães Martins.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2023.

1. Saúde bucal. 2. Gestação de alto risco. 3. Qualidade de vida - Gestantes. I. Oliveira, Márcio Campos, orient. II. Martins, Ângela Guimarães, coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU 616.31:618.2-083

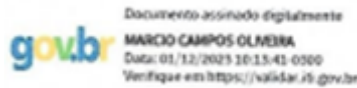
CATARINE BOAVENTURA BASTOS BARRETO

**IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA
DE GESTANTES DE ALTO RISCO**

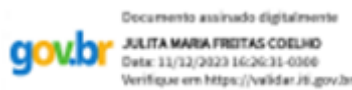
Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana-BA, 30 de novembro de 2023

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Márcio Campos Oliveira
Doutor em patologia oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Universidade Estadual de Feira de Santana
(Orientador)



Profa. Dra. Julita Maria Freitas Coelho
Doutora em saúde coletiva pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Estadual de Feira de Santana
(Examinadora 01)

Profa. Dra. Roberta Santos Tunes
Doutora em clínica odontológica pela Universidade Estadual de Campinas
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
(Examinadora 02)

FEIRA DE SANTANA-BA

2023

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus** por me capacitar, me dar força e sabedoria: “Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas (Rm 11:36)”.

A **Igor**, meu companheiro de vida, melhor amigo e maior incentivador nessa jornada, obrigada por sempre estar ao meu lado me ajudando e acreditando em mim.

Aos **meus pais** por me incentivarem a nunca desistir de conquistar meus sonhos e objetivos, em especial à minha mãe, **Flávia**, por estar ao meu lado em todos os momentos, pelo amor incondicional e orações.

Ao meu orientador **Prof. Dr. Márcio Campos**, por ser um grande exemplo de profissional comprometido e dedicado, ao Sr. minha eterna gratidão pela orientação, competência, paciência e aprendizado proporcionado durante o processo de construção deste trabalho.

A minha co-orientadora **Profa. Dra. Ângela Guimarães**, pela competência e disponibilidade, agradeço imensamente pela contribuição valiosa que ofertou na elaboração desta pesquisa.

A **Secretaria de Saúde de Alagoinhas**, em especial a **coordenação de saúde bucal** por ter autorizado e apoiado a execução deste projeto.

A coordenação do **Programa de pré-natal de alto risco** por ter recebido a proposta de braços abertos e incentivado a realização desta pesquisa.

A toda **equipe da Clínica Municipal Odontológica**, em especial a Maricelia, Lucélia e Karol, pelo apoio e contribuição na etapa da coleta de dados.

Aos **mestres** da Universidade Estadual de Feira de Santana por todo conhecimento adquirido durante esse período.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação.

MUITO OBRIGADA!

“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo...” Paulo Freire

Barreto, Catarine Boaventura Bastos. **Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes de alto risco**. 2023. 81p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2023.

RESUMO

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve diversas mudanças nos aspectos físico, social e emocional. O estado da saúde bucal da gestante tem relação com a sua saúde geral e em gestações de alto risco, a condição de saúde bucal, além de ser impactada pelas mudanças fisiológicas do período gravídico, sofrem também a influência das doenças sistêmicas preexistentes, interferindo na qualidade de vida destas mulheres. O objetivo deste trabalho foi avaliar o efeito das condições de saúde bucal e dos níveis de estresse e ansiedade na qualidade de vida das gestantes de alto risco. Este trabalho teve como produtos um artigo científico para publicação, uma cartilha informativa e um folder a serem distribuídos para os profissionais e pacientes do SUS. Foi realizado um estudo do tipo corte transversal, com abordagem quantitativa. Participaram desta pesquisa gestantes atendidas no Programa de Pré-natal de alto risco do Sistema Único de Saúde de Alagoinhas-BA. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista com a aplicação do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), da *Dental Anxiety Scale* (DAS), da *Perceived Stress Scale* (PSS-14) e de um questionário estruturado constituído por questões sociodemográficas, clínicas e obstétricas. Após a entrevista, as gestantes passaram por exame periodontal completo e foram classificadas quanto à presença e gravidade da periodontite, para a avaliação da presença de cárie foi utilizado o índice CPO-D. O CPO-D médio encontrado foi de 9,54, [$\pm 6,65$], em relação à condição periodontal, 29,2% foram diagnosticadas com gengivite, a ocorrência da periodontite entre as gestantes foi de 65,8% de acordo com o critério de Page e Eke, 2007, e segundo o critério Gomes-filho et al. modificado, 2018 a ocorrência foi de 13,3%, em relação às dimensões psicossociais estudadas, 60,8% apresentaram um baixo estado de ansiedade frente ao tratamento odontológico, o estresse percebido apresentou um valor médio de 27,2 [± 12] e o OHIP-14 uma média de 13,3 [± 11]. As correlações entre o escore total do OHIP14 e a condição periodontal e entre o OHIP14 e as variáveis referentes à condição de saúde bucal das gestantes não apresentaram significância estatística. Os resultados demonstraram uma associação entre o escore total do OHIP14 e a ansiedade odontológica, observou-se também uma correlação estatisticamente significativa entre o OHIP14 e os níveis de estresse percebido. Diante dos resultados obtidos concluiu-se que a condição de saúde bucal não ocasionou impacto significativo na Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal (QVRSB), entretanto, os níveis de estresse percebido e ansiedade odontológica impactaram na QVRSB das gestantes de alto risco. Desta forma, observou-se a importância de se delinear e avaliar continuamente o perfil sociodemográfico, psicossocial e de saúde bucal das gestantes de alto risco para o planejamento de ações assistenciais e elaboração de estratégias visando a oferta de um atendimento integral a esta população.

Palavras-Chave: Qualidade de vida relacionada à saúde. Saúde bucal. Gravidez de alto risco

Barreto, Catarine Boaventura Bastos. **Impact of oral health conditions on the quality of life of high-risk pregnant women.** 2023. 81p. Master's research (Master degree) – Feira de Santana State University, Feira de Santana, Bahia, Brazil.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological phenomenon that involves several changes in physical, social and emotional aspects. The state of a pregnant woman's oral health is related to her general health and in high-risk pregnancies, the oral health condition, in addition to being impacted by the physiological changes during the pregnancy period, is also influenced by pre-existing systemic diseases, interfering with quality of these women's lives. The objective of this work was to evaluate the effect of oral health conditions and levels of stress and anxiety on the quality of life of high-risk pregnant women. This work had as products a scientific article for publication, an informative booklet and a folder to be distributed to SUS professionals and patients. A cross-sectional study was carried out, with a quantitative approach. Pregnant women attending the high-risk Prenatal Program of the Unified Health System of Alagoinhas-BA participated in this research. Data collection occurred through interviews using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14), the Dental Anxiety Scale (DAS), the Perceived Stress Scale (PSS-14) and a structured questionnaire consisting of sociodemographic, clinical and obstetrics. After the interview, the pregnant women underwent a complete periodontal examination and were classified according to the presence and severity of periodontitis. The DMFT index was used to assess the presence of caries. The average DMFT found was 9.54, [± 6.65], in relation to periodontal condition, 29.2% were diagnosed with gingivitis, the occurrence of periodontitis among pregnant women was 65.8% according to the criterion of Page and Eke, 2007, and according to the criterion Gomes-filho et al. modified, 2018 the occurrence was 13.3%, in relation to the psychosocial dimensions studied, 60.8% presented a low state of anxiety regarding dental treatment, perceived stress presented an average value of 27.2 [± 12] and the OHIP-14 an average of 13.3 [± 11]. The correlations between the total OHIP14 score and periodontal condition and between the OHIP14 and the variables relating to the oral health condition of pregnant women did not show statistical significance. The results demonstrated an association between the total OHIP14 score and dental anxiety, and a statistically significant correlation was also observed between the OHIP14 and levels of perceived stress. In view of the results obtained, it was concluded that the oral health condition did not have a significant impact on the Quality of Life Related to Oral Health (OHRQOL), however, the levels of perceived stress and dental anxiety impacted the OHRQoL of high-risk pregnant women. In this way, the importance of outlining and continually evaluating the sociodemographic, psychosocial and oral health profile of high-risk pregnant women was observed for planning care actions and developing strategies aimed at offering comprehensive care to this population.

Keywords: Health-related quality of life. Oral health. High-risk pregnancy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHILD-OIDP - *Child Oral Impacts on Daily Performances*

CPO-D - Dentes cariados, perdidos e obturados

DAS - *Dental Anxiety Scale*

DMG - Diabetes mellitus gestacional

GAR - Gestantes de alto risco

GOHAI - *Geriatric Oral Health Assessment Index*

GRH - Gestantes de risco habitual

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

IPV - Índice de placa visível

ISS - Índice de sangramento a sondagem

JAC - Junção amelocementária

NIC - Nível de inserção clínica

OHIP - *Oral Health Impact Profile*

OIDP - *Oral Impact on Daily Performance*

PS – Profundidade de Sondagem

PSS - *Perceived Stress Scale*

QV - Qualidade de vida

QVRS - Qualidade de vida relacionada à saúde

QVRSB - Qualidade de vida relacionada a saúde bucal

RG - Recessão gengival

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 GERAL.....	12
2.2 ESPECÍFICOS.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	13
3.2 SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	15
3.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL.....	17
3.4 ESTRESSE E ANSIEDADE ODONTOLÓGICA.....	22
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E NÃO-INCLUSÃO.....	24
4.5 COLETA DE DADOS.....	25
4.5.1 Questionário estruturado.....	25
4.5.2 Questionário para avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida das gestantes.....	25
4.5.3 Exame clínico.....	25
4.5.4 Escala de ansiedade odontológica.....	27
4.5.5 Escala de estresse percebido.....	27
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
5 RESULTADOS.....	30
5.1 ARTIGO.....	30
5.2 CARTILHA INFORMATIVA.....	53
5.3 FOLDER.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES.....	74
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	74
Apêndice B – Questionário estruturado.....	75

ANEXOS.....	77
Anexo A – <i>Oral Health Impact Profile</i> (OHIP-14).....	77
Anexo B – <i>Dental Anxiety Scale</i> (DAS)	78
Anexo C – Escala de estresse percebido.....	79
Anexo D – Ficha de condição de saúde bucal.....	80
Anexo E – Periograma	81

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser compreendido como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas nos aspectos físico, social e emocional. Na maioria dos casos a evolução da gestação ocorre sem intercorrências, entretanto, há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012; BRASIL, 2019).

Os fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento saudável da gravidez estão relacionados a condições socioeconômicas desfavoráveis, a determinadas intercorrências clínicas vivenciadas durante a gestação ou a condições clínicas preexistentes, como tabagismo, alcoolismo, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (MELO *et al.*, 2016; AQUINO; SOUTO, 2015).

O estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante (BRASIL, 2013). As alterações fisiológicas gestacionais combinadas com fatores sociocomportamentais podem favorecer o desenvolvimento ou a piora de alterações bucais previamente estabelecidas, como gengivite, doença periodontal e cárie (TRINDADE, 2018). Em gestações de alto risco, a condição de saúde bucal pode sofrer ainda a influência das doenças sistêmicas preexistentes (MOIMAZ *et al.*, 2017), esta situação pode impactar a qualidade de vida das gestantes, portanto, é de extrema importância que os profissionais de saúde bucal trabalhem de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde, visando ofertar uma assistência integral à mulher.

Qualidade de vida é definida como a percepção dos indivíduos da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação à sua vida, objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com as características salientes de seu ambiente (WHO, 1998).

O conceito de qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB) começou a evoluir apenas no início da década de 1980 à medida que mais evidências comprovavam o impacto das condições de saúde bucal nos papéis sociais. Como resultado, os pesquisadores começaram a desenvolver instrumentos, na forma de questionários

padronizados, destinados a avaliar o impacto físico, psicológico e social das condições bucais em um indivíduo (BENNADI; REDDY, 2013). Dentre os instrumentos desenvolvidos destacam-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP-49), sua versão resumida, o OHIP-14, o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), o *Oral Impact on Daily Performance* (OIDP) (PINTO, 2019) e o *Child Oral Impacts on Daily Performances* (CHILD-OIDP) (GHERUNPONG; TSAKOS; SHEIHAM, 2004).

Foi relatado na literatura que a condição de saúde bucal e a QVRSB apresentaram resultados mais desfavoráveis para mulheres grávidas do que para mulheres não grávidas, assim como, a qualidade de vida das mesmas pode ser influenciada positivamente pelo acesso a assistência odontológica clínica e preventiva durante o período gestacional (GEEVARGHESE; BASKARADOSS; SARMA, 2017; MUSSKOPF *et al.*, 2018; MARTÍNEZ-BENEYTO *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde preconiza que a equipe de saúde da família deve trabalhar de forma articulada na assistência a gestante e o atendimento odontológico deve estar inserido na programação das consultas de pré-natal (BRASIL, 2018). Apesar do reconhecimento institucional e das evidências científicas que fundamentam a importância do pré-natal odontológico, o uso dos serviços de saúde bucal durante a gestação ainda é considerado baixo e está relacionado a algumas barreiras como: falta de conhecimento, descrença, medo, condições psicológicas, tabus culturais e falta de colaboração interprofissional (SILVA *et al.*, 2020; BAHRAMIAN *et al.*, 2018).

Desta forma, o desenvolvimento da presente pesquisa justifica-se pela necessidade de maior compreensão sobre o estresse percebido, a ansiedade odontológica e o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida das gestantes de alto risco. Sugere-se que com este estudo, a investigação da qualidade de vida e qualidade de vida relacionada a saúde bucal em gestantes seja incorporada à prática clínica, para que o seu conhecimento possa auxiliar os profissionais de saúde e gestores na elaboração de estratégias direcionadas a este público. Espera-se também que os dados desta pesquisa possam servir de subsídio para o planejamento de ações na rede de atenção materno-infantil do município e para uma maior valorização da assistência multiprofissional e integral durante o período gravídico, visando a melhoria da qualidade de vida das gestantes.

Diante do exposto e considerando a complexidade que envolve a gestação de alto risco, o presente trabalho teve como propósito avaliar o impacto das condições de saúde

bucal na qualidade de vida das gestantes atendidas no Programa de Pré-natal de alto risco do município de Alagoinhas -BA.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar o efeito das condições de saúde bucal e dos níveis de estresse e ansiedade na qualidade de vida das gestantes atendidas no Programa de Pré-natal de alto risco do município de Alagoinhas – BA.

2.2 ESPECÍFICOS

- Delinear o perfil sociodemográfico e clínico das gestantes;
- Analisar o efeito do nível de estresse percebido e do nível de ansiedade odontológica na qualidade de vida das gestantes de alto risco;
- Avaliar o efeito da condição de saúde bucal na qualidade de vida das gestantes de alto risco;
- Identificar as principais condições clínicas sistêmicas que caracterizam a gestação de alto risco no município.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A gestação de alto risco pode ser definida por uma série ampla de condições clínicas, obstétricas ou sociais que podem trazer complicações ao período gestacional, ameaçando o bem-estar do binômio materno-fetal e comprometendo o desfecho da gravidez (RICCI, 2015).

Os fatores de risco gestacional podem estar relacionados a condições individuais e sociodemográficas desfavoráveis (idade menor que 15 e maior que 35 anos, baixo peso, obesidade, altura menor que 1,45m, exposição a riscos ocupacionais, situação conjugal insegura, baixa escolaridade e o uso de drogas); história reprodutiva anterior (abortamento habitual, morte perinatal, parto prematuro, esterilidade/infertilidade, síndrome hipertensiva e diabetes gestacional); condições clínicas preexistentes (hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias e neoplasias); e intercorrências clínicas ocorridas durante a gestação (desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro, gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, hemorragias da gestação, insuficiência istmo-cervical, aloimunização e óbito fetal) (BRASIL, 2016).

A diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma das complicações médicas mais comuns da gravidez, e tem como fatores de risco o sobrepeso materno, obesidade, idade avançada, histórico anterior de DMG, histórico familiar de diabetes mellitus tipo 2 e etnia. A DMG aumenta o risco de complicações a longo prazo, incluindo obesidade, metabolismo de glicose prejudicado e doenças cardiovasculares, tanto na mãe quanto no bebê. Os principais tratamentos incluem farmacoterapia, modificação dietética, aumento da atividade física, sendo essencial valorizar estratégias preventivas e uma assistência multiprofissional a gestante (MCINTYRE, 2019).

A hipertensão gestacional é um sério problema de saúde pública, sendo considerada como a maior causa de morte materna em obstetrícia. As complicações mais prevalentes da hipertensão na gestação são parto prematuro, descolamento da placenta, restrição do crescimento fetal, abortamento, sofrimento fetal e afecções em órgãos vitais após o nascimento. A situação mais grave é quando a doença evolui para pré-eclâmpsia,

eclampsia ou síndrome hemólise, elevação de enzimas hepáticas e baixa contagem de plaquetas, que são situações de elevado risco para a vida materna (SOUSA *et al.*, 2020).

O crescimento do número de casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) constitui um fenômeno global. De acordo com o Ministério da Saúde, a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos, estimativas apontam que, a cada ano, cerca de 17.200 gestantes são portadoras do HIV. Desta forma, torna-se essencial conhecer as características epidemiológicas das gestantes com HIV, visando auxiliar na construção de ações que proporcionem melhoria da qualidade da atenção para essas mulheres (BRASIL, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

Entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo caiu cerca de 44%, mesmo assim, todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo (OPAS, 2018). O alto número de mortes maternas concentradas em determinadas regiões do mundo reflete as desigualdades sociais e no acesso a serviços de saúde. Quase todas as mortes maternas (94%) ocorreram em países de baixa e média baixa renda, sendo que, quase dois terços (65%) ocorreram na Região Africana (WHO, 2019).

No Brasil, a mortalidade materna teve redução de 56% entre 1990 e 2015, isso se deve a ampliações da cobertura de saneamento básico e de programas de proteção social, a importantes avanços na cobertura assistencial, no acesso à atenção básica, aos medicamentos, vacinação e ações de promoção e prevenção (SOUZA, 2018).

Estima-se que no ano de 2019 ocorreram, no Brasil, 58 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, sendo que a razão de mortalidade materna variou de 82,5 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos na região Norte a 38,3 na região Sul. A maioria dos óbitos foi decorrente de causas obstétricas diretas (65,7%), predominando a hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto. Observou-se um predomínio de baixa escolaridade e mulheres negras que representaram 66% dos óbitos maternos (BRASIL, 2021).

O óbito materno resulta de intercorrências ocorridas durante a gravidez, parto e pós-parto. As principais complicações que respondem por 80% de todas as mortes maternas são: sangramento grave (principalmente sangramento após o parto), infecções (geralmente após o parto), pressão alta durante a gravidez (pré-eclâmpsia e eclampsia) e aborto inseguro (SAY *et al.*, 2014).

A grande maioria das mortes maternas são evitáveis e podem ser prevenidas através da oferta de uma assistência de saúde integral e efetiva, desta forma, é fundamental que todas as mulheres tenham acesso a cuidados de alta qualidade fornecidos por profissionais de saúde competentes e qualificados durante a gravidez, durante o parto e nas semanas após o parto (WHO, 2019).

Com o propósito de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha como estratégia na reorganização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta a oferta de uma assistência humanizada e resolutiva à gestante (BRASIL, 2011).

A oferta de um pré-natal de qualidade é essencial para garantir o bom desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, sendo que é fundamental o acompanhamento da mulher desde o primeiro trimestre gestacional para o diagnóstico precoce de possíveis alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

O pré-natal da gestante de alto risco deve ser organizado para atender às suas reais necessidades, o que requer uma maior valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação. As gestantes de alto risco devem ser acompanhadas pela equipe da Estratégia de Saúde da Família em conjunto com profissionais dos serviços especializados, através de uma assistência de fácil acesso, contínua, integral e multiprofissional (BRASIL, 2012).

A mulher deve ser compreendida como um todo, considerando sua história de vida, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde (BRASIL, 2016).

3.2 SAÚDE BUCAL E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

A saúde bucal é essencial para a saúde geral e o bem-estar, e isso é especialmente verdade durante a gravidez. Nesta fase ocorrem inúmeras mudanças sistêmicas, físicas e hormonais que podem levar a alterações nos tecidos orais e favorecer o desenvolvimento ou agravar condições bucais pré-existentes, como gengivite, periodontite e lesões de

cárie, sendo que, em gestantes de alto risco outras alterações podem acontecer (HURJUI, 2017; DRAGAN, 2018; MOIMAZ, 2017).

A periodontite é uma doença inflamatória crônica, iniciada pela presença do biofilme bacteriano, que afeta os tecidos periodontais. Nas últimas décadas, várias pesquisas científicas têm sugerido a existência de uma ligação bidirecional entre a doença periodontal e condições clínicas sistêmicas, como gravidez, doenças cardiovasculares e diabetes (GRAVES *et al.*, 2019).

A diabetes tem como um dos principais efeitos no organismo o aumento da inflamação em vários tecidos. Pode-se observar um aumento na expressão de citocinas inflamatórias nos tecidos periodontais, ocasionando o aumento da permeabilidade vascular e o recrutamento de células estimulando o aumento da reabsorção óssea, exacerbando e/ou favorecendo a ocorrência da doença periodontal (LICCARDO *et al.*, 2019).

O estudo realizado por Kumar *et al.*, 2018 comprovou a existência de uma associação significativa entre doença periodontal e DMG, podendo resultar em intercorrências indesejáveis. Observou-se que a ocorrência simultânea de doença periodontal e DMG multiplica em várias vezes o risco da ocorrência de pré-eclâmpsia. Mulheres com DMG que tiveram doença periodontal apresentaram um risco cerca de dezoito vezes maior de desenvolver pré-eclâmpsia em comparação com mulheres grávidas saudáveis.

Estudos apoiam uma associação entre bactérias patogênicas periodontais e nascimento prematuro e pré-eclâmpsia. Como a doença periodontal pode ser, em sua maior parte, evitável, as comunidades de saúde pública médica e odontológica podem abordar estratégias de intervenção para controlar a doença inflamatória oral, diminuir a carga inflamatória sistêmica e, assim, reduzir o potencial de resultados adversos na gravidez (COOB *et al.*, 2017).

O estudo realizado por Pralhad *et al.*, 2013 reforça a hipótese de que a doença periodontal e a hipertensão gestacional podem estar causalmente relacionadas. Os autores relataram a presença simultânea de patógenos periodontais na placenta e na placa subgingival de mulheres com hipertensão. Através desta pesquisa os autores concluíram que a doença periodontal é prevalente na gravidez e que há uma tendência palpável de aumento da gravidade da hipertensão gestacional à medida que a doença periodontal se agrava.

O parto prematuro está entre as principais causas de mortalidade e morbidade perinatal, o que é um importante problema obstétrico. Diversos estudos trazem evidências de que a presença da doença periodontal durante a gravidez indica maior risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer. Observou-se que mulheres que apresentaram periodontite tiveram 6 vezes mais chances de dar à luz bebês prematuros em comparação com mulheres que não tiveram periodontite. Para reduzir a incidência de prematuridade, os centros de saúde e educação devem priorizar esse fator de risco, implementando ações que favoreçam a prevenção em todas as mulheres em idade reprodutiva (UWAMBAYE *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021; MANRIQUE-CORREDOR *et al.*, 2019; PORTO *et al.*, 2021).

Os cuidados de saúde bucal são imprescindíveis para aqueles que vivem com a infecção pelo HIV, especialmente em mulheres grávidas, já que as alterações hormonais durante a gravidez, a imunossupressão ocasionada pelo HIV juntamente com a carga bacteriana nas infecções periodontais podem influenciar no desenvolvimento saudável da gestação. A pesquisa desenvolvida por Jampani *et al.*, 2019 constatou a presença de percentual ligeiramente maior de gengivite severa em gestantes soropositivas, reforçando o fato da necessidade de ofertar serviços de saúde bucal preventivos e curativos durante o pré-natal para estas mulheres, pautados no atendimento individualizado, multidisciplinar e na promoção da saúde.

3.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO *et al.*, 2000).

A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) refere-se à percepção do indivíduo sobre a condição de sua vida diante da enfermidade e as consequências e os tratamentos referentes a ela, ou seja, como a doença afeta sua condição de vida útil. A medição dessa percepção é bastante subjetiva, por causa da dificuldade que o indivíduo

tem de relacionar sua disfunção às múltiplas dimensões de sua vida (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009).

Não há consenso sobre o conceito de qualidade de vida, porém, os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade são aceitos pela maioria dos pesquisadores, sendo claro que qualidade de vida é eminentemente interdisciplinar, deste modo, se faz necessária a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o aprimoramento metodológico e conceitual (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

As modificações vivenciadas na gestação são capazes de influenciar na percepção da qualidade de vida (QV), tanto de modo positivo como negativo. A pesquisa realizada por Gadelha, *et al.*, 2020 evidenciou que as áreas que mais influenciaram a QV das gestantes de alto risco foram “satisfação com a gravidez”, “relacionamento familiar” e “relacionamento com o parceiro”. Em contrapartida, as que menos interferiram na QV foram “financeiro”, “psicológico/ emocional” e “condição física/disposição”, sendo que, a maioria das áreas afetadas foram apontadas como mudanças negativas (GADELHA *et al.*, 2020).

Ao comparar a qualidade de vida entre gestantes de alto risco (GAR) e de risco habitual (GRH), observou-se que as GRH apresentaram maiores escores em todos os domínios quando comparadas às GAR, denotando apresentarem melhor qualidade de vida, sendo que o componente que apresentou diferenças estatísticas mais significativas entre estes dois grupos foi o componente físico (questões relacionadas à dor e ao desconforto, a energia e fadiga para realizar as atividades diárias, a qualidade do sono e do repouso, as questões de mobilidade, as atividades da vida cotidiana, a dependência de medicação e/ou tratamentos para viver e a capacidade para o trabalho) (CASTRO *et al.*, 2019).

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é um conceito relativamente novo, mas em rápido crescimento, que surgiu nas últimas duas décadas. Por muito tempo a abordagem da pesquisa odontológica esteve focada no estudo de medidas únicas de doença clínica que não conseguiam refletir o impacto total dos distúrbios bucais na vida dos sujeitos. Atualmente, o uso de indicadores socioodontológicos na epidemiologia bucal tem sido amplamente defendido. Dentro deste contexto, a QVRSB surge como um construto multidimensional capaz de captar a percepção das pessoas sobre os fatores que são importantes no seu dia a dia, podendo refletir (entre outras coisas) o seu conforto ao comer, dormir e interagir socialmente; sua

autoestima; e sua satisfação em relação ao seu estado de saúde bucal (BENNADI; REDDY, 2013).

Existem muitos instrumentos utilizados para mensurar a QVRSB, dentre os mais populares destacam-se o OHIP, GOHAI e OIDP. Esta situação demonstra o interesse da comunidade odontológica na QVRSB, mas também desafia a comparabilidade e a comunicação de resultados. Além disso, para ser confiante nas pontuações do instrumento, propriedades psicométricas, como confiabilidade, validade, capacidade de resposta e interpretabilidade precisam ser conhecidas (JOHN *et al.*, 2016).

Os instrumentos genéricos e dimensionais para doenças bucais que capturam todo o construto QVRSB permitem a melhor comparabilidade dos achados em diferentes doenças, contextos e populações, sendo o OHIP o mais usado e metodologicamente melhor investigado (REISSMANN, 2021).

O OHIP apresenta os efeitos sociais dos agravos em saúde bucal de acordo com a percepção dos próprios indivíduos afetados. Sua versão original é constituída por 49 questões. Em 1997, uma versão abreviada do OHIP foi elaborada, o OHIP-14, possuindo 14 questões. O instrumento abrange sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. As respostas são dadas de acordo com uma escala codificada como: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre. Quanto mais alto o valor atribuído pelo respondente, pior é a autopercepção do impacto (SLADE; SPENCER, 1994; SLADE, 1997; GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013).

O impacto da qualidade de vida relacionada à saúde bucal pode ser influenciado por fatores sociodemográficos. 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 (PACHECO *et al.*, 2020).

Ao avaliar a diferença na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) e o estado de saúde bucal entre mulheres grávidas e não grávidas utilizando o questionário OHIP, observou-se que o escore geral para gestantes foi significativamente maior, quando comparado com não gestantes, indicando pior QVRS entre as gestantes. O modelo de regressão multivariada mostrou que a periodontite e o estado de gravidez tiveram uma relação linear positiva com os escores do OHIP após ajuste para todas as outras variáveis (GEEVARGHESE; BASKARADOSS; SARMA, 2017).

A pesquisa realizada por Cornejo *et al.*, 2013 avaliou o impacto do estado de saúde bucal na QVRSB em gestantes utilizando o OHIP. Observou-se que 93,75% das pacientes apresentaram sinais clínicos de gengivite, 2,5% apresentavam sinais clínicos de periodontite. O CPO-D médio foi $12,24 \pm 6,48$; 73,3% dos pacientes tiveram pelo menos um dente perdido; 92,1% apresentavam lesões de cárie ativas. Os impactos mais frequentes foram relatados nos domínios: desconforto psicológico (59,9%) e limitação funcional (51,1%). O estado de saúde bucal e QVRSB não apresentaram associação, ou seja, a percepção do impacto sobre qualidade de vida não refletiu o estado de saúde das mulheres grávidas, no entanto, pode ser uma variável interveniente na demanda por serviços.

O ensaio clínico randomizado realizado por Musskopf *et al.*, 2018 comparou os resultados do impacto da condição de saúde bucal na QVRSB, através do OHIP-14, em gestantes submetidas ou não a terapia periodontal. Muitas das mulheres incluídas no estudo apresentaram inflamação gengival generalizada, mas destruição periodontal leve. Os pesquisadores observaram que as participantes do grupo controle apresentaram quase seis vezes mais chances de piora nas pontuações do OHIP-14 durante o período de acompanhamento do que participantes do grupo teste. Isso mostra que as gestantes percebem melhoras em sua condição oral quando recebem cuidados periodontais, e que a terapia periodontal abrangente não cirúrgica pode reduzir significativamente os impactos negativos na QVRSB durante a gravidez.

Em um estudo transversal realizado com uma amostra composta por 300 gestantes, 280 puérperas e 320 não gestantes, observou-se que as mulheres grávidas apresentaram doença periodontal significativamente maior, o CPOD não apresentou diferença entre os grupos e a comparação da média do OHIP-14 apresentou escores significativamente piores entre as gestantes (SHAH, BATRA, QURESHI; 2017).

Martinez-Beneyto *et al.*, 2019 realizaram um estudo transversal com 113 gestantes cadastradas em um programa de saúde bucal e 113 não gestantes e observou-se que as mulheres grávidas apresentaram melhores valores de saúde geral e bucal quando comparadas ao grupo controle. Uma pior saúde periodontal foi observada para o grupo controle. A qualidade de vida em gestantes foi influenciada com significância estatística ($p < 0,05$) pelas variáveis idade, desemprego, escolaridade, imigração, frequência de escovação, tipo de prática odontológica, autoavaliação de saúde geral e bucal e necessidades percebidas de tratamento. A QVRSB das gestantes foi influenciada positivamente pela incorporação de programas bucais preventivos durante a gestação.

Um estudo transversal realizado com 512 mulheres grávidas encontrou uma média e mediana dos escores do OHIP-14 de 7,92 (DP = 6,84) e 6, respectivamente. O número médio de itens de impacto negativo (extensão) foi de 0,20 (DP = 0,82). Aproximadamente 10% das mulheres grávidas relataram pelo menos um item com “bastante frequente” ou “muito frequente” (prevalência). Os resultados das análises multivariadas mostraram que o estado de saúde periodontal não teve impacto na QVRSB. A utilização de serviços odontológicos, idade e perdas dentárias foram as variáveis significativas na extensão dos impactos negativos (LU *et al.*, 2015).

Em um estudo transversal realizado com uma amostra de 119 puérperas que receberam assistência pré-natal durante a gravidez no SUS, observou-se o índice médio CPOD de 12,2 ($\pm 6,1$), sendo que a maioria apresentou CPO-D $\geq 4,5$ (89,9%). A maioria das mulheres necessitava de algum tipo de prótese dentária (59,7%), apresentava algum tipo de doença periodontal (90,8%), cárie dentária (73,9%), falta de dentes (64,7%) e necessitava de tratamento oral (68,1%). As pontuações mais altas do OHIP-14 foram encontradas na área de dor física, com pontuação média de 10,6. Os escores do OHIP14 foram significativamente associados à idade, primeira gravidez, necessidade de prótese dentária, presença de cárie dentária e dentes perdidos. Na análise multivariada, a pior QVRSB foi significativamente associada à presença de cárie. Os resultados sugerem associação entre pior condição bucal e pior qualidade de vida durante a gestação (MOIMAZ *et al.*, 2016).

Em um estudo realizado com uma amostra de 128 pacientes divididas em dois grupos: gestantes com periodontite e sem periodontite, observou-se que as mulheres com periodontite apresentaram baixo uso diário de fio dental ($P = 0,021$) e forte impacto na qualidade de vida em todas as dimensões avaliadas ($P < 0,05$). A periodontite na gravidez esteve associada a alto IMC, excessivo ganho ponderal na gestação, baixo nível socioeconômico, piores comportamentos de higiene bucal e impacto negativo na qualidade de vida (MISSIO *et al.*, 2021).

O estudo realizado por Pacheco *et al.*, 2020 evidenciou que as mulheres que tiveram maior possibilidade de acesso aos serviços odontológicos antes e durante a gravidez apresentaram menos “complicações bucais” e isso, conseqüentemente, reduziu significativamente os impactos negativos na QVRSB durante a gestação.

A análise multivariada realizada por Gil-Montoya *et al.*, 2021 mostrou que a diabetes mellitus gestacional e maus hábitos de higiene oral durante o primeiro trimestre

de gestação foram diretamente associados a um maior risco de má qualidade de vida relacionada à saúde bucal durante o terceiro trimestre da gestação.

Melhorar a qualidade de vida é uma das metas mais importantes das políticas públicas de saúde, dentro deste contexto, os instrumentos desenvolvidos para medir a QVRS são importantes aliados neste desafio, pois possibilitam uma melhor compreensão acerca dos principais problemas que impactam a saúde de grupos populacionais específicos e, desta forma, auxiliam na formulação de estratégias e políticas direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população.

3.4 ESTRESSE E ANSIEDADE ODONTOLÓGICA

O “estresse” foi apelidado de “epidemia de saúde do Século 21” pela Organização Mundial da Saúde. O estresse possui múltiplos significados para diferentes pessoas sob diferentes condições e é um fenômeno capaz de ocasionar efeitos devastadores na saúde emocional e física, se manifestando de forma altamente personalizada entre pessoas, dependendo da vulnerabilidade e resiliência individuais, e entre diferentes tipos de tarefas (FINK, 2016).

A *Perceived Stress Scale* (PSS) é o instrumento psicológico mais utilizado para medir a percepção de estresse. É uma medida do grau em que as situações na vida de uma pessoa são avaliadas como estressantes, a escala inclui uma série de perguntas diretas sobre os níveis atuais de estresse vivenciado. O PSS foi projetado para uso em amostras da comunidade com pelo menos um ensino fundamental, os itens e as alternativas de resposta são fáceis e simples de entender. Além disso, as perguntas são de natureza geral e, portanto, são relativamente livres de conteúdos específicos para qualquer grupo de subpopulação (COHEN, 1994).

A gestação é um dos eventos fisiológicos com elevado potencial de estresse, pela intensidade e rapidez das transformações que são provocadas no organismo da mulher. O pré-natal é considerado uma fase de muitas modificações e desafios físicos, psicológicos e sociais na vida da gestante, no qual as mulheres podem ser mais facilmente expostas a múltiplas situações potencialmente estressantes (CARDWELL, 2013).

A ocorrência de estresse e ansiedade durante a gestação é frequente e pode impactar negativamente a saúde da mãe e do bebê (DUNKEL; TANNER, 2012; REZAEI; FRAMARZI, 2014). A ansiedade na gravidez é associada ao aumento da frequência cardíaca do feto, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal, trabalho de parto prematuro e malformações congênitas, além disso, altos níveis de ansiedade nas gestantes

intensificam o risco de depressão pós-parto (COOKSON *et al.*, 2009; ANDERSSON *et al.*, 2006; HASANJANZADEH; FARAMARZI, 2017).

A ansiedade odontológica é um problema de saúde pública e pode ser descrita como um medo persistente e excessivo a estímulos dentários que resulta em um ciclo vicioso no qual observa-se recusa ao atendimento odontológico, saúde bucal precária e efeitos psicossociais (APA, 2013; CARLSSON *et al.*, 2013; WIDE; HAKEBERG, 2021).

A ansiedade odontológica tem sido considerada como um problema recorrente entre mulheres grávidas, sendo observado que as gestantes mais propensas a apresentarem este agravo foram as que estavam no primeiro trimestre gestacional, as que tinham mais de 30 anos de idade e as que possuíam pouco conhecimento sobre saúde bucal, além disso, outro fator que favoreceu a ocorrência deste problema foi terem passado por má experiência odontológica (NAZIR; ALHAREKY, 2020).

Uma pesquisa transversal explorou a associação entre ansiedade odontológica e QVRSB entre 502 gestantes. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram o OHIP-14, o DAS (*Dental Anxiety Scale*) e um questionário composto por questões sociodemográficas e características clínicas. Das participantes, 26,7% sofriam de ansiedade odontológica e o escore do OHIP-14 foi de $9,16 \pm 7,19$. A análise bivariada e multivariada descobriram que a maior ansiedade foi significativamente associada com menor QVRSB ($P < 0,001$). A ansiedade odontológica de mulheres grávidas pode ser um indicador significativo de sua QVRSB (LUO *et al.*, 2017).

Um estudo realizado com 431 pacientes avaliou a prevalência de ansiedade odontológica e investigou sua associação com estresse percebido, fatores demográficos e estímulos dentários indutores de ansiedade. O escore DAS médio encontrado nesta pesquisa foi de 9,59. Os mais altos níveis de estresse percebido foram associados com idade, sexo, estado civil, renda e horas semanais de trabalho. Uma correlação positiva foi encontrada entre os escores da PSS e DAS. Este estudo revelou que a ansiedade odontológica ainda é altamente prevalente, já que quase metade da população do estudo tinha algum nível de ansiedade odontológica. Como este estudo mostra que a percepção do estresse desempenha um papel significativo na ansiedade odontológica, os dentistas devem ter cuidado especial ao trabalhar com pacientes que podem estar experimentando níveis mais altos de estresse (BARAUSKAS; BARAUSKIENĖ; JANUŽIS, 2019).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo corte transversal. Os estudos transversais consistem em um recurso de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde. Através desse tipo de estudo podemos identificar os desfechos existentes dentro de uma população e elencar fatores que podem ou não estar associados a estes em diferentes graus de associação. Quando usados de acordo com suas indicações, vantagens e limitações, podem proporcionar informações valiosas para o avanço do conhecimento científico e direcionamentos das políticas públicas (ARAGÃO, 2011; BASTOS; DUQUIA, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no centro de referência à atenção especializada do Sistema Único de Saúde do município de Alagoinhas-BA, denominado Policlínica Municipal, local onde são ofertados serviços de média complexidade, incluindo o Programa de Pré-natal de alto risco.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por 120 gestantes atendidas no Programa de Pré-natal de alto risco do Sistema Único de Saúde de Alagoinhas-BA. A amostra deste estudo foi consecutiva e constituída por todas as gestantes atendidas que aceitaram participar do estudo no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E NÃO-INCLUSÃO

Foram incluídas todas as gestantes acompanhadas no Programa de Pré-natal de alto risco.

Não foram incluídas na pesquisa as gestantes portadoras de deficiências que as impeçam de responder ao questionário ou com habilidade cognitiva afetada para a compreensão dos instrumentos.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir de visitas realizadas ao ambulatório de pré-natal de alto risco, dentro do seu horário de funcionamento. As entrevistas e exames clínicos odontológicos foram realizados pela própria pesquisadora em uma sala reservada e em momento oportuno – antes ou após as consultas médicas.

4.5.1 Questionário Estruturado

Foi elaborado e aplicado um questionário estruturado (APÊNDICE B) visando delinear o perfil da gestante, abordando questões sociodemográficas, características da gestação e uso do serviço odontológico durante o período gestacional.

4.5.2 Questionário para avaliar o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida das gestantes

Para avaliar o impacto da condição bucal na qualidade de vida das gestantes foi utilizado o instrumento OHIP-49 (SLADE; SPENCER, 1994) em sua versão resumida, traduzida e adaptada para o português, o OHIP-14 (SLADE; SPENCER, 1997; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

O OHIP-14 visa delinear os impactos dos problemas de saúde bucal na vida diária dos indivíduos sob a forma de questionário contendo 14 questões agrupadas em 7 dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência em atividades diárias.

As respostas são feitas em uma escala de 5 pontos, codificada como 0 (nunca), 1 (quase nunca), 2 (ocasionalmente), 3 (bastante frequentemente) e 4 (com muita frequência). Os mais altos escores obtidos significam pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, ou seja, maior impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida.

4.5.3 Exame Clínico

Foi realizado o exame clínico bucal completo, executado por uma cirurgiã-dentista previamente calibrada na clínica odontológica da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). No exame periodontal, foram obtidos como parâmetros clínicos o índice de sangramento à sondagem (ISS), índice de placa visível (IPV), profundidade de sondagem (PS), recessão gengival (RG) e nível de inserção clínica (NIC).

Todos os dentes presentes na boca foram examinados com relação à ausência ou presença de sangramento gengival e ausência ou presença de bolsas periodontais; a

profundidade da bolsa foi mensurada com a sonda periodontal de Williams, em seis sítios por dente (mesio-vestibular, médio vestibular, disto vestibular, mesio lingual, médio lingual e disto lingual), desconsideramos os terceiros molares no exame periodontal, restos radiculares e dentes com amplas destruições.

O IPV e ISS foram expressos pela porcentagem de sítios afetados (4 por dente no IPV e 6 no ISS) (AINAMO; BAY, 1975). PS refere-se a medida do fundo do sulco ou da bolsa à margem gengival, RG a medida da margem gengival até a junção amelocementária (JAC) e NIC do fundo do sulco ou da bolsa à junção amelocementária em 6 sítios por dente.

Após realização do exame periodontal completo as participantes foram classificadas quanto à presença e gravidade da periodontite. Considerando a necessidade de se utilizar diferentes critérios de classificação da doença periodontal a depender da população a ser estudada e do tipo de estudo a ser desenvolvido, optamos pela utilização do critério Gomes-filho *et al.* modificado, 2018 que foi aplicado e sugerido pelos autores para o diagnóstico periodontal no grupo populacional de gestantes, além deste, também utilizamos a classificação de Page e Eke, 2007/ 2012.

Segundo o critério Gomes-filho *et al.* modificado, foram consideradas com periodontite grave as mulheres que apresentaram 2 ou mais dentes com 1 ou mais sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 5 mm, com perda de inserção clínica maior ou igual a 5 mm no mesmo sítio e presença de sangramento ao estímulo. Com periodontite moderada as que apresentaram 2 ou mais dentes com 1 ou mais sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 4 mm, com perda de inserção clínica maior ou igual a 3 mm no mesmo sítio e presença de sangramento. E com periodontite leve as gestantes que apresentaram 2 ou mais dentes com 1 ou mais sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 4 mm, com perda de inserção clínica maior ou igual a 1 mm no mesmo sítio e presença de sangramento. As mulheres que não se enquadraram em nenhuma dessas classificações foram diagnosticadas como sem periodontite (GOMES-FILHO *et al.*, 2018).

De acordo com o Critério de Page e Eke, a periodontite grave caracteriza-se por, pelo menos, presença de 2 sítios com perda de inserção clínica maior ou igual a 6 mm, em dentes distintos, e ao menos um sítio com profundidade de sondagem maior ou igual a 5 mm; a periodontite moderada por, pelo menos, presença de 2 sítios com perda de inserção clínica maior ou igual a 4 mm, ou ao menos 2 sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 5 mm, em dentes distintos e a periodontite leve por, pelo

menos, presença de 2 sítios com perda de inserção clínica maior ou igual a 3 mm e pelo menos 2 sítios com profundidade de sondagem de 4 mm, em dentes distintos, ou os que apresentarem 1 sítio com profundidade de sondagem maior ou igual a 5 mm. Os indivíduos que não se enquadrem em nenhuma dessas situações são considerados sem periodontite (PAGE e EKE, 2007; EKE, *et al.*, 2012).

Foram diagnosticadas com gengivite as gestantes que não atenderam a todos os critérios para a presença de periodontite e apresentaram vermelhidão e sangramento ao estímulo em mais de 25% dos locais examinados (GOMES-FILHO *et al.*, 2018).

Para a avaliação da presença de cárie utilizamos o índice CPO-D, cujo valor corresponde à soma do número de dentes cariados, perdidos e obturados/restaurados em cada indivíduo. Na existência de qualquer alteração da condição bucal, as participantes foram orientadas e encaminhadas para tratamento adequado. Para auxiliar na realização do exame clínico utilizamos a Ficha de Condição de Saúde Bucal (ANEXO D) (WHO, 2013).

4.5.4 Escala de Ansiedade Odontológica

Para avaliar a ansiedade odontológica aplicamos a Escala de Ansiedade Odontológica (*Dental Anxiety Scale – DAS*) desenvolvida por Corah, 1968 e adaptada para o português por Hu; Gorenstein; Fuentes, 2007. A escala contém quatro itens de múltipla escolha que tratam das reações subjetivas do paciente sobre ir ao dentista, esperar no consultório pelo procedimento e questões específicas na identificação do grau de ansiedade dos pacientes ao tratamento odontológico. Cada item pode ser pontuado em uma escala de 1 a 5, variando de calmo (score 1) a apavorado (score 5). Corah *et al.*, 1978 determinaram que um $DAS \geq 15$ quase sempre indica um estado extremamente ansioso, enquanto uma pontuação de 12-14 denota ansiedade dental moderada; $DAS \leq 11$ representa um baixo estado de ansiedade (HU; GORENSTEIN; FUENTES, 2007).

4.5.5 Escala de Estresse Percebido

A Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale – PSS-14*) proposta por Cohen *et al.*, 1983 foi utilizada para medir o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. Os itens da escala foram designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas. A PSS possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação

positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56. As questões incluem a auto-avaliação do estado de saúde, percepção da situação econômica, da memória, satisfação com a vida e acontecimento de eventos negativos (LUFT *et al.*, 2007).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis quantitativas, contínuas ou ordinais, sendo descritas por suas medidas de tendência central (médias ou medianas) e suas medidas de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil) enquanto as nominais foram descritas por seus valores absolutos, percentagens ou proporções.

Na comparação das variáveis contínuas utilizou-se o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney. Na comparação dos dados categóricos os testes de Fisher ou do Qui-Quadrado e suas variantes.

Na identificação de possíveis fatores associados, procedeu-se à análise univariada e foi realizada para as variáveis independentes qualitativas, pela comparação da frequência absoluta e percentual e para as quantitativas, da média e desvio-padrão.

Na avaliação das correlações entre variáveis utilizamos o Teste de Spearman ou Pearson. Intervalos de confiança de 95% foram empregados como medida de precisão dos resultados. Valores de p menores que 0,05 ($p < 0,05$) foram considerados significativos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado de acordo com as diretrizes da Resolução nº466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta todas as pesquisas envolvendo seres humanos, ressaltando o respeito pela dignidade humana e principalmente pela proteção devida aos participantes de pesquisas científicas, assegurando sua integridade física, psíquica, moral, social, intelectual, cultural e espiritual, e obedecendo aos princípios da bioética, da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça (BRASIL, 2012).

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os participantes conheçam os objetivos e os benefícios da pesquisa, além de autorizarem a coleta de suas informações, salientando a participação voluntária e garantindo

confidencialidade e anonimato. Esse projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e somente após autorização, com o parecer de número 5.659.565 (CAAE: 57520422.3.0000.0053), a pesquisa foi iniciada.

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados sob a forma de um artigo científico intitulado “IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES DE ALTO RISCO” e será submetido em um periódico reconhecido na área de Saúde Coletiva.

Uma cartilha informativa e um folder foram elaborados como produtos técnicos deste trabalho que serão disponibilizados aos trabalhadores e pacientes do SUS.

5.1 ARTIGO

IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES DE ALTO RISCO

Catarine Boaventura Bastos Barreto

Ângela Guimarães Martins

Márcio Campos Oliveira

RESUMO: As gestantes de alto risco são aquelas que apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável da gravidez por apresentar determinadas características que podem trazer risco aumentado de patologias incidentes ou agravadas pela gestação. As alterações fisiológicas gestacionais combinadas com fatores sociocomportamentais podem favorecer o desenvolvimento ou a piora de alterações bucais previamente estabelecidas, como gengivite, doença periodontal e cárie. O objetivo deste trabalho foi avaliar os níveis de estresse percebido, ansiedade odontológica e o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida das gestantes de alto risco. Foi realizado um estudo do tipo corte transversal, com abordagem quantitativa. Participaram desta pesquisa 120 gestantes atendidas no Programa de Pré-natal de alto risco do Sistema Único de Saúde de Alagoinhas-BA. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista com a aplicação do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), da *Dental Anxiety Scale* (DAS), da *Perceived Stress Scale* (PSS-14) e de um questionário estruturado constituído por questões sociodemográficas, clínicas e obstétricas. Após a entrevista as gestantes passaram por exame periodontal completo e as mulheres foram classificadas quanto à presença e gravidade da periodontite. Para a avaliação da presença de cárie foi utilizado o índice CPO-D. O CPO-D médio encontrado foi de 9,54, [$\pm 6,65$], em relação à condição periodontal, 29,2% das mulheres foram diagnosticadas com gengivite, a ocorrência da periodontite foi de 65,8% de acordo com o critério de Page e Eke, 2007/2012, e 13,3%, segundo o critério Gomes-filho et al. modificado, em relação às dimensões psicossociais, 60,8% apresentaram um baixo estado de ansiedade frente ao tratamento odontológico, o estresse percebido apresentou um valor médio de 27,2 [± 12] e o OHIP-14 uma média de 13,3 [± 11]. As correlações entre o escore total do OHIP14 e a condição periodontal e entre o OHIP14 e as variáveis referentes à condição de saúde bucal das gestantes não apresentaram significância estatística. Os resultados

demonstraram uma associação entre o escore total do OHIP14 e a ansiedade odontológica, observou-se também uma correlação estatisticamente significativa entre o OHIP14 e os níveis de estresse percebido. Diante dos resultados obtidos concluiu-se que a condição de saúde bucal não ocasionou impacto significativo na Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal (QVRSB), entretanto, os níveis de estresse percebido e ansiedade odontológica impactaram na QVRSB das gestantes de alto risco.

Palavras-Chave: Qualidade de vida relacionada à saúde. Saúde bucal. Gravidez de alto risco

ABSTRACT: High-risk pregnant women are those who are more likely to have an unfavorable outcome of the pregnancy because they have certain characteristics that may bring an increased risk of pathologies that occur or are aggravated by pregnancy. Pregnancy physiological changes combined with socio-behavioral factors can favor the development or worsening of previously established oral changes, such as gingivitis, periodontal disease and caries. The objective of this study was to evaluate levels of perceived stress, dental anxiety and the impact of oral health conditions on the quality of life of high-risk pregnant women. A cross-sectional study was carried out, with a quantitative approach. 120 pregnant women attended in the high-risk Prenatal Program of the Unified Health System of Alagoinhas-BA participated in this research. Data collection occurred through interviews using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14), the Dental Anxiety Scale (DAS), the Perceived Stress Scale (PSS-14) and a structured questionnaire consisting of sociodemographic, clinical and obstetrics. After the interview, the pregnant women underwent a complete periodontal examination and the women were classified according to the presence and severity of periodontitis. To assess the presence of caries, the DMFT index was used. The average DMFT found was 9.54, [± 6.65], in relation to periodontal condition, 29.2% of women were diagnosed with gingivitis, the occurrence of periodontitis was 65.8% according to the criterion by Page and Eke, 2007/2012, and 13.3%, according to the criterion Gomes-filho et al. Modified, in relation to psychosocial dimensions, 60.8% presented a low state of anxiety regarding dental treatment, perceived stress presented an average value of 27.2 [± 12] and the OHIP-14 an average of 13.3 [± 11]. The correlations between the total OHIP14 score and periodontal condition and between the OHIP14 and the variables relating to the oral health condition of pregnant women did not show statistical significance. The results demonstrated an association between the total OHIP14 score and dental anxiety, and a statistically significant correlation was also observed between the OHIP14 and levels of perceived stress. In view of the results obtained, it was concluded that the oral health condition did not have a significant impact on the quality of life related to oral health (OHRQOL), however, the levels of perceived stress and dental anxiety impacted the OHRQoL of high-risk pregnant women.

Keywords: Health-related quality of life. Oral health. High-risk pregnancy

INTRODUÇÃO

As gestantes de alto risco são aquelas que apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável da gravidez por apresentar determinadas características individuais, condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior, condições clínicas prévias que podem trazer risco aumentado de patologias incidentes ou agravadas

pela gestação. A identificação de risco deverá ser iniciada na primeira consulta de pré-natal e deve ser dinâmica e contínua, sendo revista a cada consulta (BRASIL, 2022).

As alterações fisiológicas gestacionais combinadas com fatores sociocomportamentais podem favorecer o desenvolvimento ou a piora de alterações bucais previamente estabelecidas, como gengivite, doença periodontal e cárie (TRINDADE, 2018). Em gestações de alto risco, a condição de saúde bucal pode ter ainda a influência das doenças sistêmicas preexistentes (MOIMAZ *et al.*, 2017), esses fatores combinados podem influenciar na qualidade de vida das gestantes, desse modo, é essencial que a equipe de saúde bucal trabalhe de forma integrada com os demais membros da Estratégia de Saúde da Família, visando ofertar uma assistência integral a mulher.

Qualidade de vida é definida como a percepção dos indivíduos da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação à sua vida, objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHO, 1997). A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) refere-se ao impacto que as condições bucais têm nas atividades diárias, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos. Tal conceito remete a avaliação da saúde bucal por meio de métodos que incluem ambos os aspectos clínicos objetivos e subjetivos em relação ao impacto das condições de saúde/doença nas atividades físicas e psicossociais de um indivíduo (BÖNECKER; ABANTO, 2014).

Foi relatado na literatura que a condição de saúde bucal e a QVRSB apresentaram resultados mais desfavoráveis para mulheres grávidas do que para mulheres não grávidas, assim como, a qualidade de vida das mesmas pode ser influenciada positivamente pelo acesso a assistência odontológica clínica e preventiva durante o período gestacional (GEEVARGHESE; BASKARADOSS; SARMA, 2017; MUSSKOPF, *et al.*, 2018; MARTÍNEZ-BENEYTO, *et al.*, 2019).

A ansiedade odontológica (AO) é um problema de saúde que afeta uma parte significativa da população e está associada a má saúde bucal, comprometimento funcional e recusa ao atendimento odontológico, que são fatores associados a três aspectos críticos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB): dor, aparência e função. Observou-se uma associação entre AO e QVRSB prejudicada, sendo que o grau de comprometimento esteve relacionado à intensidade da ansiedade odontológica (SVENSSON; HAKEBERG; WIDE, 2018).

Apesar do reconhecimento institucional e das evidências científicas que fundamentam a importância do pré-natal odontológico, o uso dos serviços de saúde bucal

durante a gestação ainda é considerado baixo e está relacionado a algumas barreiras como: ansiedade odontológica, falta de conhecimento, descrença, medo, condições psicológicas, tabus culturais e falta de colaboração interprofissional (SADDKI, *et al.* 2010; SILVA, *et al.*, 2020; BAHRAMIAN, *et al.*, 2018).

A gestação é um dos eventos fisiológicos com elevado potencial de estresse, pela intensidade e rapidez das transformações que são provocadas no organismo da mulher. O pré-natal é considerado uma fase de muitas modificações e desafios físicos, psicológicos e sociais na vida da gestante, no qual as mulheres podem ser mais facilmente expostas a múltiplas situações potencialmente estressantes (CARDWELL, 2013).

Diante do exposto, é necessário que a investigação do estresse, ansiedade e qualidade de vida em gestantes seja incorporada à prática clínica, para que o seu conhecimento possa auxiliar os profissionais de saúde e gestores na elaboração de estratégias direcionadas a este público. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar os níveis de estresse percebido, a ansiedade odontológica e o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida das gestantes atendidas no programa de pré-natal de alto risco em um município da Bahia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo corte transversal com abordagem quantitativa, realizado com 120 gestantes, desenvolvido no centro de referência à atenção especializada do Sistema Único de Saúde do município de Alagoinhas-BA, denominado Policlínica Municipal, local onde são ofertados serviços de média complexidade, incluindo o Programa de Pré-natal de alto risco. O estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), parecer de número 5.659.565 (CAAE: 57520422.3.0000.0053), foi realizado no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023. Foram elegíveis para essa pesquisa todas as gestantes acompanhadas no Programa de Pré-natal de alto risco e que aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram coletados a partir de visitas realizadas ao ambulatório de pré-natal de alto risco, dentro do seu horário de funcionamento. Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelas participantes, as entrevistas e exames clínicos odontológicos foram realizados pela própria pesquisadora em uma sala reservada e em momento oportuno – antes ou após as consultas.

A entrevista consistiu na aplicação dos instrumentos *Dental Anxiety Scale* (DAS), *Perceived Stress Scale* (PSS-14), *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) e de um questionário estruturado constituído por questões sociodemográficas, características obstétricas e hábitos/situação de saúde bucal autorreferida.

O OHIP-14 visa delinear os impactos dos problemas de saúde bucal na vida diária dos indivíduos sob a forma de questionário contendo 14 questões agrupadas em 7 dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência em atividades diárias. As respostas são feitas em uma escala de 5 pontos, codificada como 0 (nunca), 1 (quase nunca), 2 (ocasionalmente), 3 (bastante frequentemente) e 4 (com muita frequência). Os mais altos escores obtidos significam pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, ou seja, maior impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida (SLADE; SPENCER, 1997; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

Para avaliar a ansiedade odontológica aplicamos a DAS desenvolvida por Corah (1969) e adaptada para o português por Hu; Gorenstein e Fuentes (2007). A escala contém quatro itens de múltipla escolha que tratam das reações subjetivas do paciente sobre ir ao dentista, esperar no consultório pelo procedimento e questões específicas na identificação do grau de ansiedade dos pacientes ao tratamento odontológico. Cada item pode ser pontuado em uma escala de 1 a 5, variando de calmo (escore 1) a apavorado (escore 5). Corah et al. (1978) determinaram que um $DAS \geq 15$ quase sempre indica um estado extremamente ansioso, enquanto uma pontuação de 12-14 denota ansiedade dental moderada; $DAS \leq 11$ representa um baixo estado de ansiedade (HU; GORENSTEIN; FUENTES, 2007).

A PSS-14 proposta por Cohen et al (1983) foi utilizada para medir o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. Os itens da escala foram designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas. A PSS possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56. As questões incluem a autoavaliação do estado de saúde, percepção da situação econômica, da memória, satisfação com a vida e acontecimento de eventos negativos (LUFT, *et al.*, 2007).

O exame clínico odontológico foi realizado pela própria pesquisadora (cirurgiã-dentista previamente calibrada). No exame periodontal, foram obtidos como parâmetros clínicos o índice de sangramento a sondagem (ISS), índice de placa visível (IPV), profundidade de sondagem (PS), recessão gengival (RG) e nível de inserção clínica (NIC).

Todos os dentes presentes foram examinados com relação à ausência ou presença de sangramento gengival e ausência ou presença de bolsas periodontais; a profundidade da bolsa foi mensurada com a sonda periodontal de Williams, em seis sítios por dente. Desconsiderou-se os terceiros molares no exame periodontal, restos radiculares e dentes com amplas destruições. O IPV e ISS foram expressos pela porcentagem de sítios afetados (4 por dente no IPV e 6 no ISS).

Após realização do exame periodontal completo, as participantes foram classificadas quanto à presença e gravidade da periodontite. Considerando a necessidade de se utilizar diferentes critérios de classificação da doença periodontal a depender da população a ser estudada e do tipo de estudo a ser desenvolvido, optou-se pela utilização do critério Gomes-filho *et al.*, 2018 modificado, que foi aplicado e sugerido pelos autores para o diagnóstico periodontal no grupo populacional de gestantes, além deste, também utilizou-se a classificação de Page e Eke, 2007/ Eke e Page, 2012.

Para a avaliação da presença de cárie utilizou-se o índice CPO-D, cujo valor corresponde à soma do número de dentes cariados, perdidos e obturados/restaurados em cada indivíduo. As participantes com alteração na condição bucal foram orientadas e encaminhadas para tratamento adequado.

Na etapa da análise dos dados, foi realizada a análise descritiva das variáveis quantitativas, contínuas ou ordinais, sendo descritas por suas medidas de tendência central (médias ou medianas) e suas medidas de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil), enquanto as nominais foram descritas por seus valores absolutos, porcentagens ou proporções. Na comparação das variáveis contínuas utilizou-se o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney. Na comparação dos dados categóricos os testes de Fisher ou do Qui-Quadrado e suas variantes. Na identificação de possíveis fatores associados, procedeu-se à análise univariada e foi realizada para as variáveis independentes qualitativas, pela comparação da frequência absoluta e percentual e para as quantitativas, da média e desvio-padrão. Na avaliação das correlações entre variáveis utilizamos o Teste de Spearman ou Pearson. Intervalos de confiança de 95% foram

empregados como medida de precisão dos resultados. Valores de p menores que 0,05 ($p < 0,05$) foram considerados significativos.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 120 gestantes que responderam aos questionários e foram submetidas ao exame clínico odontológico. As características sociodemográficas e gestacionais das mulheres estão descritas na Tabela 1. A maioria das gestantes era predominantemente preta/parda (90,8%), entre 20 e 35 anos de idade (64,2%) (idade média de 30,5 [$\pm 7,33$]), donas de casa (41,67%), com renda familiar de 1 salário mínimo ou menos (73,3%) e possuía hábito de frequentar reuniões religiosas (61,7%). Em relação às características obstétricas, a maior parte das participantes estava no segundo trimestre gestacional (41,7%) com idade gestacional média de 24,4 [$\pm 8,27$] semanas, 11,7% relataram histórico de parto prematuro e 22,5% referiram aborto prévio. A minoria das mulheres planejou a gestação (35%), porém, a maioria considerou a gestação como desejada (70%).

Tabela 1. Distribuição das gestantes de alto risco de acordo com as variáveis sociodemográficas e características gestacionais (n=120). Alagoinhas, Bahia, Brasil, 2023.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Idade		
< 20 anos	9	7,5
20 – 35 anos	77	64,2
> 35 anos	34	28,3
Raça		
Pretas/ pardas	109	90,8
Branças/ amarelas	9	7,5
Indígenas	2	1,7
Estado Civil		
Solteira/ separada	58	51,7
Casada/ união estável	62	48,3
Escolaridade		
Fundamental completo ou menos	47	39,2
Médio completo ou mais	73	60,8

Renda Familiar		
1 salário mínimo ou menos	88	73,3
Mais que 1 salário mínimo	21	17,5
Não soube responder	11	9,2
Ocupação		
Formal	22	18,33
Informal	21	17,5
Desempregada	12	10
Estudante	8	6,67
Aposentada	1	0,83
Dona de casa	50	41,67
Outros	6	5
Local de Residência		
Urbano	89	74,2
Rural	31	25,8
Moradia		
Própria	78	65
Alugada/ financiada/ cedida	42	35
Com quem reside		
Com o/a companheiro(a) e os filhos	55	45,83
Com o/a companheiro(a)	24	20
Com familiares	17	14,17
Com os filhos	17	14,17
Sozinha	6	5
Frequenta reuniões religiosas		
Sim	74	61,7
Não	46	38,3
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	29	24,2
Não	91	75,8
Tabagismo		
Sim	2	1,7
Não	118	98,3
Trimestre Gestacional		
Primeiro	25	20,8
Segundo	50	41,7

Terceiro	45	37,5
A gravidez foi planejada?		
Sim	42	35
Não	78	65
A gravidez é desejada?		
Sim	84	70
Não	36	30
Histórico de parto prematuro		
Sim	14	11,7
Não	106	88,3
Histórico de aborto		
Sim	27	22,5
Não	93	77,5
Histórico de óbito neonatal		
Sim	6	5
Não	114	95

A distribuição das condições clínicas de risco gestacional está apresentada na Figura 1. A maioria das gestantes foi classificada como de alto risco por hipertensão arterial (28%), seguida de intercorrências ocorridas durante a gestação (13,3%) e endocrinopatias (dentre as quais destaca-se o diabetes mellitus) (10,3%).

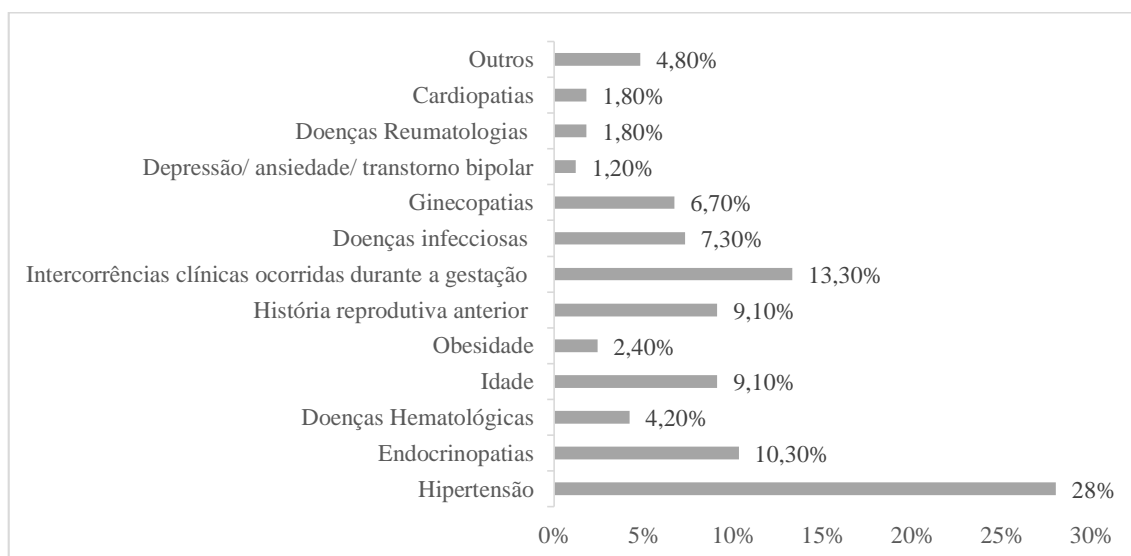


Figura 1. Distribuição das condições clínicas de risco gestacional das gestantes de alto risco. Alagoinhas, Bahia, Brasil, 2023.

Em relação aos hábitos/situação de saúde bucal autorreferida e experiência odontológica prévia (Tabela 2), a minoria das gestantes classificou como boa/muito boa a sua situação de saúde bucal (24,1%), a maioria relatou histórico de dor de dente (85,8%), 94,2% acreditavam necessitar ir ao dentista, 76,7% foram a consulta odontológica há 1 ano ou menos e os atendimentos foram realizados predominantemente no SUS (65,8%), sendo que, a grande maioria das participantes considerou a assistência como boa/muito boa (82,5%). De acordo com os critérios do índice DAS, observou-se que 60,8% das gestantes apresentaram um baixo estado de ansiedade frente ao tratamento odontológico, entretanto, 18,3% foram classificadas como extremamente ansiosas.

Tabela 2. Distribuição das gestantes de alto risco de acordo com os hábitos/ situação de saúde bucal autorreferida e experiência odontológica (n=120). Alagoinhas, Bahia, Brasil, 2023.

VARIÁVEIS	N	%
Como considera que está a saúde bucal		
Regular	53	44,2
Ruim/ muito ruim	38	31,7
Boa/ muito boa	29	24,1
Quantas vezes ao dia escova os dentes		
3 ou mais	69	57,5
1 a 2	51	42,5
Usa o fio dental diariamente		
Sim	41	34,2
Não	79	65,8
Já sentiu dor de dente		
Sim	103	85,8
Não	17	14,6
Relata dor nos últimos 6 meses		
Sim	50	41,7
Não	70	58,3
Acha que precisa ir ao dentista		
Sim	113	94,2
Não	7	5,8
Última consulta ao dentista		
Há 1 ano ou menos	92	76,7

2 – 3 anos	16	13,3
4 anos ou mais	12	10
Onde foi a última consulta		
SUS	79	65,8
Particular	41	34,2
Qual o motivo da consulta		
Tratamento clínico geral	53	44,2
Dor	32	26,7
Tratamento Ortodôntico	14	11,7
Revisão	11	9,1
Outros	10	8,3
Como foi o atendimento		
Bom/ muito bom	99	82,5
Regular	12	10
Ruim/ muito ruim	9	7,5
Ansiedade frente ao tratamento odontológico		
Baixo estado de ansiedade ($DAS \leq 11$)	73	60,8
Ansiedade dental moderada ($12 \leq DAS \leq 14$)	25	20,8
Extremamente ansioso ($DAS \geq 15$)	22	18,3

As características referentes à condição de saúde bucal das gestantes estão descritas na Tabela 3. A grande maioria das mulheres apresentaram experiência de cárie (95%), sendo que, 74,2% possuíam 1 ou mais dentes cariados, 71,7% tinham 1 ou mais dentes restaurados e 73,3% possuíam 1 ou mais dentes perdidos, o CPO-D médio foi de 9,54, [$\pm 6,65$]. Identificou-se a necessidade de tratamento preventivo ou de rotina em 30% das mulheres, tratamento imediato incluindo remoção de tecido em 63,3% e tratamento imediato de urgência devido a dor ou infecção em 6,7% das participantes.

Através da realização do exame periodontal, observou-se que 85% das mulheres apresentaram presença de placa visível e 87,5% apresentaram sangramento gengival, entretanto, apenas 29,2% foram diagnosticadas com gengivite, nas quais o índice de sangramento gengival foi maior ou igual a 25%. O índice de sangramento gengival médio das gestantes foi de 9,54, [$\pm 6,65$] e o índice de placa visível médio foi de 31,1 [$\pm 23,7$].

Em relação a classificação quanto à presença e gravidade da periodontite, ocorreu uma discrepância significativa de resultados entre os dois critérios de diagnóstico utilizados. De acordo com o critério de Page e Eke, a ocorrência da periodontite entre as

gestantes foi de 65,8%, sendo 50% leve, 12,5% moderada e 3,3% grave. Segundo o critério Gomes-filho et al. modificado, apenas 13,3% das gestantes foram diagnosticadas com periodontite, sendo 5,8% moderada e 7,5% grave.

Tabela 3. Distribuição das gestantes de alto risco de acordo com a condição de saúde bucal (n=120). Alagoinhas, Bahia, Brasil, 2023.

VARIÁVEIS	N	%
Necessidade de Tratamento		
Tratamento preventivo ou de rotina	36	30
Tratamento imediato incluindo remoção de tecido	76	63,3
Tratamento imediato (de urgência)	8	6,7
Presença de placa visível		
Sim	102	85
Não	18	15
Presença de sangramento gengival		
Sim	105	87,5
Não	15	12,5
Gengivite (ISS\geq25%)		
Sim	35	29,2
Não	85	70,8
Periodontite (Page e Eke, 2007/ 2012)		
Sem periodontite	41	34,2
Leve	60	50
Moderada	15	12,5
Grave	4	3,3
Periodontite (Gomes-Filho modificado <i>et al.</i>, 2018)		
Sem periodontite	104	86,7
Leve	0	0
Moderada	7	5,8
Grave	9	7,5

Quanto ao impacto da condição bucal na qualidade de vida, observou-se uma variação de 0 a 46 pontos para o OHIP-14, com média de 13,3 e desvio padrão de 11. Os tópicos que apresentaram maior impacto foram os relacionados a dor física referente as

perguntas “Sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?” e “Se sentiu incomodada ao comer algum alimento?”.

Os resultados da correlação entre a QVRSB representada pelo OHIP14 e a ansiedade odontológica apresentaram significância estatística, visto que, no teste de Pearson observou-se intervalo de confiança (IC95%) de 0,1468 a 0,4701 e p-valor de 0,0004. Uma associação significativa também foi observada entre o OHIP14 e os níveis de estresse percebido apresentados pelas gestantes, sendo que, no teste de Pearson observou-se IC95% de 0.1987 a 0.5108 e p-valor <0.0001 (Tabela 4). Sendo assim, as gestantes com alta ansiedade odontológica e altos níveis de estresse percebido apresentaram piores escores do OHIP14.

Tabela 4. Correlação entre o escore total do OHIP14 e as variáveis da Escala de Estresse Percebido (EEP) e Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) da amostra estudada.

	R [IC95%]	P
OHIP14 x EEP	0.3650 [0.1987 a 0.5108]	<0.0001
OHIP14 x DAS	0.3177 [0.1468 a 0.4701]	0.0004

R: Correlação de Pearson; P: p-valor; IC95%: Intervalo de confiança.

A correlação entre o escore total do OHIP14 e as variáveis referentes à condição de saúde bucal das gestantes não apresentaram significância estatística, entretanto, observou-se que a correlação entre os índices CPOD e OHIP14 apresentou uma relação próxima a significância estatística (Tabela 5).

Tabela 5. Correlação entre o escore total do OHIP14 e as variáveis referentes a condição de saúde bucal das gestantes.

	R [IC95%]	P
OHIP14 x CPOD	-0.1612 [-0.3308 a 0.018663]	0.0787
OHIP14 x ISS	-0.08034 [-0.2559 a 0.1003]	0.3831
OHIP14 x IPV	0.01030 [-0.1693 a 0.1892]	0.9111

R: Correlação de Pearson; P: p-valor; IC95%: Intervalo de confiança.

Os resultados da correlação entre o escore total do OHIP14 e a condição periodontal das gestantes não foram estatisticamente significativos na amostra estudada (Tabela 6).

Tabela 6. Correlação entre o escore total do OHIP14 e as variáveis referentes à condição periodontal das gestantes.

	R [IC95%]	P
OHIP14 x Gengivite	0.03074 [-0.1546 a 0.2139]	0.7389
OHIP14 x Periodontite	-0.004906 [-0.1892 a 0.1797]	0.9576
OHIP14 x Periodontite GFM	-0.01121 [-0.1952 a 0.1736]	0.9033

R: Correlação de Spearman; P: p-valor; IC95%: Intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

A descrição do perfil sociodemográfico das gestantes de alto risco é de grande importância, pois, possibilita o reconhecimento de possíveis fatores que influenciam o processo de adaptação ao período gravídico e, conseqüentemente, a qualidade de vida das mulheres (GADELHA *et al.*, 2020).

Os resultados deste trabalho demonstram que a população estudada apresenta características sociodemográficas similares a outras pesquisas realizadas com gestantes assistidas no Sistema Único de Saúde, onde observa-se predominância de mulheres pretas ou pardas, jovens, donas de casa, residindo com companheiro e filhos, a maioria com uma boa escolaridade, porém, com baixa renda familiar de 1 salário mínimo ou menos (COUTO, 2022; TRINDADE 2018). Apesar da maioria das participantes terem entre 20 e 35 anos de idade, observou-se que muitas mulheres possuíam mais de 35 anos de idade, corroborando com o fato de que gestações tardias estão sendo cada vez mais prevalentes na sociedade atual, o que está relacionado a alguns fatores como a maior participação feminina no mercado de trabalho, maior nível educacional entre as mulheres e melhorias nos métodos anticoncepcionais (ALVES, 2021).

No que se refere a raça, 90,8% das participantes eram pretas ou pardas, dentro deste contexto, a pesquisa realizada por Pacheco *et al.*, 2018 demonstrou que gestantes negras prevaleceram entre aquelas com baixa escolaridade, hipertensão prévia, três ou mais filhos vivos e com ocupação, sendo assim, é importante que estudos na área da saúde avaliem a raça/cor como um construto social, considerando o efeito da condição socioeconômica, o acesso ao serviço de saúde e a escolaridade da população negra, além disso, o estudo de coorte prospectivo realizado por Oliveira *et al.*, 2016 encontrou associação significativa entre a cor da pele negra à ocorrência de pré-eclâmpsia, demonstrando, sob a ótica da obstetrícia, a importância de se investigar a raça em estudos com gestantes de alto risco.

Em relação a religião, verificou-se que a maioria das gestantes frequentava reuniões religiosas, sendo mais prevalente as evangélicas. A pesquisa realizada por Porto *et al.*, 2019, descreveu a interferência positiva da crença religiosa na vivência de gestantes de alto risco, contribuindo para renovação das forças para enfrentamento das situações e para a aceitação tanto da situação presente, quanto das possibilidades que estão por vir. Antunes, Rossi e Pelloso, 2020, destacaram que os profissionais de saúde precisam conhecer a cultura de cada religião no sentido de respeitar e proporcionar cuidados de acordo com os costumes, no que diz respeito ao reconhecimento da sexualidade da mulher, seus anseios na escolha do parto, além de dietas, horários, aceitações e proibições da religião que não prejudicam a saúde e o processo gestacional.

Acerca das características obstétricas, observou-se que a maioria das participantes estavam no segundo e terceiro trimestre gestacional no momento da coleta de dados, a menor quantidade de gestantes no primeiro trimestre pode estar relacionada a frequência de consultas do pré-natal que vai aumentando conforme o avanço da gestação e a identificação do risco gestacional que deverá ser dinâmico e contínuo, sendo revisto a cada consulta de pré-natal realizada na atenção primária e apenas após a confirmação do risco a gestante é referenciada para a atenção especializada, onde realizamos a coleta da presente pesquisa (BRASIL, 2022).

No que concerne ao histórico obstétrico, 22,5% das gestantes referiram experiência de aborto prévio, considerando os achados da pesquisa realizada por Ferreira, Moreno e Ibiapina, 2022, observou-se que mulheres com histórico de aborto espontâneo apresentam pior qualidade de vida e maiores sintomas de depressão, assim como, Carvalho *et al.*, 2016, que observaram uma associação significativa entre histórico de doença psiquiátrica e depressão em mulheres com abortamento de repetição e uma tendência de associação entre depressão e número de abortos. A perda gestacional é acompanhada de luto, que não deve ser negligenciado pela equipe de saúde. Tratar mulheres que abortam com respeito e sensibilidade, explicar os procedimentos e as opções, e dar a elas tempo para tomar decisões, quando clinicamente possível, podem fazer diferença na experiência do aborto. Quando as mulheres desenvolvem ansiedade ou depressão após uma perda gestacional, elas podem se beneficiar de aconselhamento e suporte psicológico (BRASIL, 2022).

Quanto ao número de filhos vivos, verificou-se uma média de 1,13, [$\pm 1,43$] filhos por mulher. O estudo realizado por Soares *et al.*, 2021, constatou que as gestantes que tinham um ou mais filhos apresentaram pior qualidade de vida, tal aspecto pode estar

relacionado ao aumento do estresse e desgaste físico e emocional relacionado a sobrecarga da maternidade na vida da mulher.

No tocante ao planejamento da gestação, a maioria das participantes não o realizaram, neste contexto, pode-se salientar o impacto que a gravidez não planejada pode ocasionar na qualidade de vida da mulher, como foi constatado no estudo realizado por Lima *et al.*, 2017, onde, não ter planejado a gestação aumentou a probabilidade da gestante apresentar sintomas depressivos, assim como no estudo de coorte prospectivo realizado por Faisal-Cury *et al.*, 2017, que verificou que a gravidez não planejada foi associada à depressão crônica, onde mulheres que não planejaram a gestação tiveram 2,5 mais risco de estarem deprimidas durante a gravidez e pós-parto quando em comparação com mulheres que realizaram o planejamento.

Em relação aos aspectos clínicos do risco gestacional, 42 gestantes possuíam mais de um motivo para serem classificadas como de alto risco, deste modo, a presente pesquisa contabilizou 165 indicações ao pré-natal de alto risco, a maioria das gestantes relataram hipertensão arterial, seguida de intercorrências ocorridas durante a gestação e endocrinopatias, dentre as quais destaca-se o diabetes mellitus. Nossos achados corroboram com os do trabalho elaborado por Jantsch *et al.*, 2017, que constataram que as doenças com maior prevalência foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, em pesquisa realizada no ambulatório especializado em atendimento de gestantes de alto risco na região central do Rio Grande do Sul. O estudo transversal retrospectivo realizado por Guedes *et al.*, 2022, apresentou resultado similar, onde a maior causa de encaminhamento para o serviço de referência de pré-natal de alto risco foi a hipertensão arterial seguida do diabetes gestacional.

No que concerne ao acesso ao serviço odontológico, observou-se que 76,7% das gestantes foram a consulta com o dentista há um ano ou menos, a maioria delas foi assistida no SUS e consideraram o atendimento como bom ou muito bom. Este resultado difere do encontrado na revisão sistemática realizada por Silva *et al.*, 2020, que verificou uma baixa adesão das gestantes à assistência odontológica, sendo que, os principais fatores observados como complicadores do acesso e utilização desses serviços foram relacionados aos aspectos socioeconômicos, culturais e educacionais. A pesquisa realizada por Konzen Júnior *et al.*, 2019, constatou que dentre 2.653 puérperas, 60,1% não utilizaram qualquer tipo de serviço odontológico durante a gestação, sendo que, a probabilidade de não uso destes serviços foi significativamente maior entre gestantes de menor idade, renda e escolaridade, que viviam com maior número de pessoas no

domicílio, que realizaram um menor número de consultas de pré-natal, que fizeram pré-natal no serviço público e que não foram atendidas pela Estratégia Saúde da Família. Esta discrepância encontrada entre o presente estudo e o relatado anteriormente na literatura, provavelmente deve-se ao empenho da coordenação de saúde bucal do município de Alagoinhas em alcançar o indicador estratégico determinado pelo Previner Brasil referente a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, somado a isto, pode-se destacar que a partir do ano de 2022, o Ministério da Saúde iniciou o pagamento por desempenho com base nos resultados alcançados por cada município brasileiro.

Na autopercepção da condição de saúde bucal, apenas 29% das participantes consideravam estar com a saúde bucal boa ou muito boa, sendo que a maioria delas acreditava que precisava ir ao dentista e 41,7% relataram ter sentido dor de dente nos últimos 6 meses. Nossos achados corroboram com os da pesquisa realizada por Moimaz *et al.*, 2021, onde a maioria das gestantes relatou que apresentava condição de saúde bucal de “muito ruim” a “regular”.

No que concerne à condição de saúde bucal, a grande maioria das participantes apresentou experiência de cárie e o CPO-D médio foi de 9,54 [$\pm 6,65$], sendo que 74,2% das mulheres possuíam lesão de cárie ativa. Moimaz *et al.*, 2016, encontraram um cenário menos favorável, observaram um índice médio de CPO-D de 12,2 [$\pm 6,1$] em um estudo transversal realizado com uma amostra de 119 puérperas que receberam assistência pré-natal durante a gravidez no SUS, semelhante ao resultado verificado na pesquisa realizada por Cornejo *et al.*, 2013, que observaram um índice CPO-D médio de 12,24 [$\pm 6,48$] em um estudo realizado com gestantes, onde 73,3% das pacientes tiveram pelo menos um dente perdido e 92,1% apresentavam lesões de cárie ativas.

Através da realização do exame periodontal verificamos que 87,5% das mulheres apresentaram sangramento gengival, entretanto, em apenas 29,2% o índice de sangramento foi maior ou igual a 25% sendo diagnosticadas com gengivite, resultado similar foi encontrado na pesquisa realizada por Krüger *et al.*, 2017, que detectou prevalência de sangramento gengival em 84,4% das gestantes atendidas na Rede Federal Programa de Saúde Bucal Pré-Natal da Universidade de Pelotas.

Quanto à avaliação da condição periodontal, utilizamos dois critérios de classificação de periodontite, considerando que em função do critério de classificação escolhido, a prevalência da periodontite pode ter uma variação importante ao considerar uma mesma população de gestantes, em resposta à diversidade de descritores clínicos

periodontais empregados e da ampla possibilidade de combinação entre eles, aliada à ausência de consenso entre os sistemas de classificação da doença (CONCEIÇÃO, 2019).

Sendo assim, utilizamos o critério de Page e Eke, 2007/2012, por ser considerado como padrão-ouro em virtude da sua vasta utilização em pesquisas populacionais em nível mundial, além de ser recomendado pelo Centers for Disease Control and Prevention/American Academy of Periodontology (CDC/AAP). O outro critério escolhido foi o de Gomes-Filho modificado *et al.*, 2018, que surgiu de uma modificação do critério de diagnóstico da periodontite para um grupo populacional, em especial, as gestantes.

Uma discrepância significativa de resultados foi observada entre os dois critérios de diagnóstico utilizados nesta pesquisa. Esta situação corrobora com o relatado por Conceição *et al.*, 2019, que ao trazer uma discussão acerca do panorama em torno das características específicas da periodontite e dos critérios não consensuais existentes na literatura para o diagnóstico desta enfermidade, constataram uma ampla variabilidade na frequência da ocorrência da periodontite de acordo com cada critério adotado. Ratificando que nos estudos epidemiológicos, de forma geral, não existe uma uniformidade e clareza com respeito aos critérios para se considerar um indivíduo doente, ocasionando informações discrepantes em relação à prevalência da periodontite (CONCEIÇÃO, 2019).

Em relação a QVRSB que foi mensurada pelo índice OHIP-14, obtivemos o valor médio 13,3 [± 11] e não encontramos associação estatisticamente significativa entre a condição clínica de saúde bucal com a QVRSB. O estudo realizado por Lu *et al.*, 2015, verificou um índice menor do OHIP-14, uma média de 7,92 [$\pm 6,84$], entretanto, as análises multivariadas também não encontraram associação significativa entre estado de saúde periodontal e a QVRSB, diferentemente do observado por Moimaz *et al.*, 2016, que encontraram uma pontuação média de 10,6 [$\pm 14,4$] e verificaram que o impacto da saúde oral na qualidade de vida foi significativamente pior para as pacientes que também apresentavam problemas clínicos.

Além da QVRSB, outra dimensão psicossocial estudada foi a ansiedade frente ao tratamento odontológico medida pelo índice DAS, onde observamos que apesar de 60,8% das mulheres apresentarem um baixo estado de ansiedade perante o atendimento odontológico, 18,3% demonstraram ansiedade extrema. Na pesquisa realizada por Alratroot *et al.*, 2022, mais da metade da amostra (57,3%) apresentou ansiedade baixa a moderada, enquanto 33,6% apresentaram ansiedade alta a extrema.

Através da realização do teste de Pearson, verificamos uma relação estatisticamente significativa entre a QVRSB e a ansiedade odontológica, visto que quanto maior o impacto da saúde bucal na qualidade de vida representado pelo índice OHIP14, maior foi a ansiedade representada pelo índice DAS. Os resultados do estudo realizado por Araújo *et al.*, 2023, também indicaram que a ansiedade odontológica estava associada à QVRSB em gestantes atendidas em centros de saúde pública. A ansiedade odontológica é uma barreira que favorece o afastamento das gestantes da assistência odontológica, esta situação ratifica a importância da oferta de um pré-natal multiprofissional e fortalecido por ações de educação em saúde.

A gravidez possui um elevado potencial causador de estresse, quando combinado a condições clínicas que caracterizam a gestação de alto risco esse fator pode ser potencializado, dentro deste contexto, avaliamos os níveis de estresse percebido nas participantes através da *Perceived Stress Scale* (PSS-14), através da qual verificamos um valor médio de 27,2 [± 12], resultado similar foi encontrado na pesquisa realizada por Alan *et al.*, 2020, onde o valor médio do PSS foi de 27,78 [$\pm 5,63$]. A PSS-14 não possui pontos de corte estabelecidos para alto/baixo estresse, porém, no estudo realizado por Mishra *et al.*, 2020, pontuações maiores ou iguais a 20 foram identificadas como alto estresse. A análise estatística realizada através do teste de Pearson detectou uma relação estatisticamente significativa entre o PSS-14 e o OHIP-14, ou seja, quando maior o estresse percebido maior foi o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes de alto de risco.

Apesar dos achados obtidos através desta pesquisa serem relevantes para o delineamento do perfil epidemiológico das condições clínicas, sociodemográficas e de saúde bucal das gestantes de alto risco assistidas no Sistema Único de Saúde, algumas limitações devem ser apontadas. Por se tratar de um estudo transversal, não foi possível realizar o acompanhamento das mulheres ao longo do tempo, não sendo possível avaliar a evolução dos aspectos que influenciaram a QVRSB, além de não permitir que fossem estabelecidas relações de causa-efeito. Outro fator a ser considerado é que algumas informações coletadas foram provenientes dos relatos das gestantes entrevistadas, sendo estes dados sujeitos a viés de memória e subjetividade.

Observamos também uma escassez de estudos relacionando a QVRSB com a ansiedade odontológica e o estresse percebido em gestantes de alto risco, o que merece ser mais investigado em pesquisas futuras. Apesar das limitações, os resultados apresentados na presente pesquisa são coerentes com os relatados em outros estudos e

podem servir de subsídio para a elaboração de novas estratégias, políticas públicas e organização da rede materno-infantil do município de Alagoinhas.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos concluiu-se que a condição de saúde bucal não ocasionou impacto significativo na qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB), entretanto, os níveis de estresse percebido e ansiedade odontológica impactaram na QVRSB das gestantes de alto risco.

REFERÊNCIAS

- ALAN, S. et al. The effects of COVID-19 pandemic on pregnant women: perceived stress, social support and sleep quality. **Yonago Acta Medica**, v. 63, n. 4, p. 360-367, 2020.
- ALRATROOT, S. et al. Dental Anxiety Amongst Pregnant Women: Relationship With Dental Attendance and Sociodemographic Factors. **International Dental Journal**, v. 72, n. 2, p. 179-185, 2022.
- ANTUNES, M. B.; ROSSI, R. M.; PELLOSO, S. M. Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.
- ARAÚJO, G. et al. Dental anxiety and oral health-related quality of life among pregnant women: a cross-sectional study, 2023.
- ALVES, T. S. F.; FRONZA, E.; STRAPASSON, M. R. Motivos associados a opção da mulher pela gestação tardia. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 10, p. 29-44, 2021.
- BAHRAMIAN, et al. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, p. 153, 2018.
- BÖNECKER, M.; ABANTO, J. Como as pesquisas de excelência em qualidade de vida relacionada à saúde bucal podem contribuir para a prática clínica? **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 68, n. 3, p. 220-222, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- CARDWELL, Michael S. Stress: pregnancy considerations. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 68, n. 2, p. 119-129, 2013.

CARVALHO, A. C. et al. Depressão em mulheres com perdas gestacionais recorrentes-um estudo investigativo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, p. 609-614, 2016.

CONCEIÇÃO, S. S. et al. **Comparação de diferentes critérios para o diagnóstico da periodontite em gestantes**. 2019. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2019.

CORNEJO, C. et al. Oral health status and oral health-related quality of life in pregnant women from socially deprived populations. **Acta Odontológica Latinoamericana**, v. 26, n. 2, p. 68-74, 2013.

COUTO, P. L. S. et al. Perfil, condições clínicas e ginecológicas de gestantes e mortalidade materna por eclâmpsia na região do Alto Sertão Produtivo Bahia. **Conjecturas**, v. 22, n. 15, p. 1180-1200, 2022.

FAISAL-CURY, A. et al. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. **Psychology, health & medicine**, v. 22, n. 1, p. 65-74, 2017.

FERREIRA, A. H.; MORENO, S. M.; DE SOUSA IBIAPINA, A. R. Relação de sintomas depressivos em mulheres com o aborto espontâneo. **Europub Journal of Health Research**, v. 3, n. 4, p. 191-197, 2022.

GADELHA, I. P. et al. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. **Rev Rene**, v. 21, p. 6, 2020.

GEEVARGHESE, A.; BASKARADOSS, J. K.; SARMA, P. S. Oral health-related quality of life and periodontal status of pregnant women. **Maternal and child health journal**, v. 21, p. 1634-1642, 2017.

GOMES-FILHO, I. S. et al. Clinical diagnosis criteria for periodontal disease: an update. **J of Dental Health, Oral Disorders & Therapy**. v.9, n.5, p.354-6, 2018Page e Eke, 2007/ Eke e Page, 2012.

GUEDES, H. M.; SOUSA, A. D.; BARBOSA, B. R. et al. Gestação de alto risco: perfil epidemiológico e fatores associados com o encaminhamento para serviço especializado. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 12, p. 4219, 2022

HU, L. W.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Depression and Anxiety**, v. 24, n. 7, p. 467-471, 2007.

JANTSCH, P. F. et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 9, n. 3, 2017.

KONZEN, D. J.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A. Não realização de consulta odontológica entre gestantes no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3889-3896, 2019.

- KRÜGER, M. S. M. et al. Periodontal health status and associated factors: Findings of a prenatal oral health program in South Brazil. **Int J Dent**. v. 35, p. 1-6, 2017.
- LIMA, M. O. P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, p. 39-46, 2017.
- LU, H. X.; XU, W.; WONG, M. C. M. et al. Impact of periodontal conditions on the quality of life of pregnant women: a cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes**, v. 13, n. 67, 2015.
- LUFT, C. D. B.; et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.
- MARTÍNEZ-BENEYTO, Y.; MONTERO-MARTIN, J.; GARCIA-NAVAS, F. et al. Influence of a preventive program on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of European pregnant women: a cohort study. **Odontology**, v. 107, p. 10–16, 2019.
- MISHRA, S. et al. Effect of maternal perceived stress during pregnancy on gestational diabetes mellitus risk: A prospective case-control study. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 14, n. 5, p. 1163–1169, 2020.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Aspects of general health and oral high-risk pregnant women: literature review. **J Health Sci Inst**, v. 35, n. 3, p. 223-230, 2017.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Condição de saúde bucal autorreferida, fatores relacionados às gestantes de alto risco: self-reported oral health condition, factors related to high-risk pregnant women. **Revista Contexto & Saúde**, v. 21, n. 43, p. 290-303, 2021.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. **Acta odontol latinoam**, v. 29, n. 2, p. 186-193, 2016.
- MUSSKOPF, M. L.; MILANESI, F. C.; ROCHA, J. M.; FIORINI, T.; MOREIRA, C. H. C.; SUSIN, C. et al. Oral health related quality of life among pregnant women: a randomized controlled trial. **Braz. Oral Res**. v. 32, 2018.
- OLIVEIRA, A. C. M. et al. Maternal factors and adverse perinatal outcomes in women with preeclampsia in Maceió, Alagoas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, p. 113-120, 2016.
- OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 33, p. 307-14, 2005.
- PACHECO, V. C.; SILVA, J. C.; MARIUSSI, A. P.; LIMA, M. R.; SILVA, T. R. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 125-137, 2018.
- PORTO, M. A.; PINTO, M. J. C. Gestantes de alto risco em alta hospitalar qualificada: personalidade, estilo de vida e vivências. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 22, n. 2, p. 25-47, 2019.

SADDKI, N.; YUSOFF, A.; HWANG, Y. L. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. **BMC Public Health**. v.10, n.75, 2010.

SILVA, C. C. et al. Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 827-835, 2020.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form Oral Health Ompact Profile. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 25, p.284-90, 1997.

SOARES, P. R. A. L. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 2075, 2021.

SVENSSON, L.; HAKEBERG, M.; WIDE, U. Dental pain and oral health-related quality of life in individuals with severedental anxiety. **Acta Odontologica Scandinavica**. v. 76, n. 6, p. 401–406, 2018.

TRINDADE, S. C., et al. Condição bucal de gestantes e puérperas no município de Feira de Santana. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 3, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva, 1998.

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA - UEFS

SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES DE ALTO RISCO



2023

SUMÁRIO

01 Apresentação	1
02 Pré-natal odontológico	2
03 Atenção em saúde bucal à gestante	3
04 Caderneta da gestante	4
05 Saúde bucal e gestação de alto risco	5
06 Saúde bucal da gestante e dimensões psicossociais	6
07 Conclusão	7
08 Referências	8



Apresentação

Esta cartilha informativa foi elaborada como produto técnico do trabalho intitulado: IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES DE ALTO RISCO.

Elaboração:

Catarine Boaventura Bastos Barreto - Cirurgiã-dentista da Saúde da Família, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana
Ângela Guimarães Martins - Professora doutora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Marcio Campos Oliveira - Professor doutor da Universidade Estadual de Feira de Santana



Pré-natal odontológico

O Ministério da Saúde recomenda que toda gestante deve passar no mínimo por uma consulta odontológica durante a gravidez, sendo que, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal em nenhuma hipótese a assistência será compulsória, respeitando-se sempre à vontade da gestante, e o pré-natal odontológico deverá ser composto minimamente pelos procedimentos abaixo:

Orientação sobre possibilidade de atendimento durante a gestação

Exame de tecidos moles e identificação de risco à saúde bucal

Diagnóstico de lesões de cárie e necessidade de tratamento curativo

Diagnóstico de gengivite ou doença periodontal crônica e necessidade de tratamento

Orientações sobre hábitos alimentares e higiene bucal

Atenção em saúde bucal à gestante

Todo serviço de saúde deve estabelecer a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal. A equipe de saúde bucal deve trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde responsáveis pelo atendimento pré-natal.

As gestantes podem ser atendidas em qualquer período gestacional; entretanto, o segundo trimestre é mais indicado por ser uma fase de maior estabilidade. As gestantes de alto risco com condições sistêmicas descontroladas devem ser referenciadas para o CEO.

Primeiro Trimestre

- Período no qual o feto é mais susceptível à influência teratogênica e ao aborto
- Sempre que possível, postergar a intervenção odontológica para o segundo trimestre.

Segundo Trimestre

- Melhor período para realizar intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.

Terceiro Trimestre

- Maior risco de síncope, hipertensão, anemia e eclâmpsia.
- Realizar profilaxia, fluoroterapia e procedimentos restauradores básicos.
- Programar as grandes reabilitações e cirurgias invasivas eletivas para depois do nascimento do bebê devido ao risco de estresse e bacteremia

Caderneta da gestante

A caderneta da gestante possui um campo específico destinado ao registro de dados referentes a situação de saúde bucal e ao atendimento odontológico à gestante, o cirurgião-dentista deve preencher o odontograma, descrever plano de tratamento, os procedimentos realizados, bem como, registrar encaminhamentos para atenção especializada, quando necessário. O registro na caderneta favorece o compartilhamento de informações entre os profissionais responsáveis pela oferta de uma assistência pré-natal multidisciplinar e integral a gestante.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

Legenda

* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cavitada ativa	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	CI - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório
Ae - Abrasão/erosão	H - Higido	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Presença de placa visível: NÃO SIM data / /

Presença de sangramento espontâneo: NÃO SIM data / /

Presença de sangramento à sondagem em pelo menos 10% dos sítios* presentes: NÃO SIM data / /

Presença de cálculo dentário: NÃO SIM data / /

Presença de mobilidade: NÃO SIM data / /

Presença de perda de inserção com diagnóstico de periodontite: NÃO SIM data / /

Plano de tratamento (por consulta):

Tratamento realizado (para o cirurgião-dentista):

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass.: CD
/ /			
/ /			
/ /			

Necessidade de encaminhamento para a referência (para o cirurgião-dentista):

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

Saúde bucal e gestação de alto risco

Doença Periodontal x Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Mulheres com DMG que tiveram doença periodontal apresentaram um risco cerca de dezoito vezes maior de desenvolver pré-eclâmpsia (KUMAR et al., 2018).

Doença Periodontal x Hipertensão Gestacional

Pesquisadores relataram a presença simultânea de patógenos periodontais na placenta e na placa subgengival de mulheres com hipertensão, observou-se uma tendência de aumento da gravidade da hipertensão gestacional à medida que a doença periodontal se agrava (PRALHAD et al., 2013).

Doença Periodontal x Parto Prematuro

Mulheres que apresentaram periodontite tiveram 6 vezes mais chances de dar à luz bebês prematuros em comparação com mulheres que não tiveram periodontite (UWAMBAYE et al., 2021; MANRIQUE-CORREDOR et al., 2019).

Doença Periodontal x HIV

A pesquisa desenvolvida por Jampani et al., 2019 constatou a presença de percentual ligeiramente maior de gengivite severa em gestantes soropositivas.

Saúde bucal da gestante e dimensões psicossociais

Qualidade de vida (QV)

As modificações vivenciadas na gestação podem influenciar na percepção da QV (GADELHA et al., 2020). Gestantes de risco habitual apresentaram melhor qualidade de vida quando comparadas com gestantes de alto risco (CASTRO et al., 2019).

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB)

Mulheres grávidas apresentaram pior QVRSB quando comparadas com mulheres não grávidas (GEEVARGHESE; BASKARADOSS; SARMA, 2017).

Ansiedade Odontológica

A ansiedade odontológica é um problema recorrente entre mulheres grávidas, as gestantes mais propensas a apresentarem este agravo foram as que estavam no primeiro trimestre, com mais de 30 anos, pouco conhecimento sobre saúde bucal e má experiência odontológica prévia (NAZIR; ALHAREKY, 2020). A análise bivariada e multivariada descobriram que a maior ansiedade foi significativamente associada com menor QVRSB (LUO et al., 2017).

Estresse Percebido

A gestação é um dos eventos fisiológicos com elevado potencial de estresse, pela intensidade e rapidez das transformações que são provocadas no organismo da mulher (CARDWELL, 2013), quando combinado a condições clínicas que caracterizam a gestação de alto risco esse fator pode ser potencializado.

Conclusão

Espera-se que esta cartilha possa:

- ✓ Reforçar a importância da incorporação à prática clínica da investigação do estresse, ansiedade e qualidade de vida em gestantes;
- ✓ Servir de subsídio para a elaboração de novas estratégias, políticas públicas e organização da rede materno-infantil do município de Alagoinhas.



Referências

- BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Geral de Saúde Bucal, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal - Caderno de atenção básica, nº 17. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2018.
- CARDWELL, Michael S. Stress: pregnancy considerations. *Obstetrical & gynecological survey*, v. 68, n. 2, p. 119-129, 2013.
- CASTRO, G. G. et al. Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional. *Aletheia*, v. 52, n. 1, 2019.
- GADELHA, I. P. et al. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. *Rev Rene*, v. 21, p. 6, 2020.
- GEEVARGHESE, A.; BASKARADOSS, J. K.; SARMA, P. S. Oral health-related quality of life and periodontal status of pregnant women. *Maternal and child health journal*, v. 21, p. 1634-1642, 2017.
- JAMPANI, N. D. et al. Periodontal health status among HIV-seropositive pregnant women. *Indian Journal of Dental Research*, v. 30, n. 4, p. 521; 2019.
- KUMAR. Association between periodontal disease and gestational diabetes mellitus (GDM) – a prospective cohort study. *Journal of clinical periodontology*. v. 45, n. 8, p. 920-931; 2018.
- LUO, X. Q. et al. Association of dental anxiety and oral health-related quality of life in pregnant women: a cross-sectional survey. *DEStech Transactions on Biology and Health*, n. mshh, 2017.
- MANRIQUE-CORREDOR, E. J. et al. Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. *Community dentistry and oral epidemiology*. v. 47, n. 3, p. 243-251; 2019.
- NAZIR, M.; ALHAREKY, M. Dental phobia among pregnant women: considerations for healthcare professionals. *International Journal of Dentistry*, v. 2020, 2020.
- PRALHAD, S.; THOMAS, B.; KUSHTAGI, P. Periodontal disease and pregnancy hypertension: a clinical correlation. *Journal of periodontology*, v. 84, n. 8, p. 1118-1125; 2013.
- UWAMBAYE, P. et al. Assessing the association between periodontitis and premature birth: a case-control study. *BMC pregnancy and childbirth*. v. 21, n. 1, p. 1-9; 2021.

Saúde Bucal do Bebê

Aleitamento Materno

- O leite materno é muito nutritivo e protege o bebê contra muitas doenças. Além disso, ele ajuda no desenvolvimento da dentição e na fala! Após o nascimento dos primeiros dentes, a amamentação noturna deve ser controlada para evitar o risco de aparecer cárie.



Higiene Bucal do Bebê

- Antes mesmo do aparecimento dos dentes, higienize a gengiva, bochecha e língua com fralda limpa ou gaze umedecida com água filtrada ou fervida.
- Quando os dentes de leite começarem a nascer, sua limpeza deve ser feita com escova de dentes pequena e macia. Crianças podem usar creme dental com flúor, mas em pequena quantidade (menos do que um grão de arroz é suficiente).
- Há muitas maneiras de demonstrar carinho, evite beijar seu filho na boca! Também evite assoprar ou provar a comida antes de dá-la ao bebê! Você pode passar bactérias causadoras da cárie e de outras doenças de sua boca para a dele! Esse é outro bom motivo para a futura mamãe estar com a saúde de sua boca em dia!
- Leve seu filho desde bebê ao dentista. Ensine bons hábitos de saúde bucal para ele desde cedo! Seu filho se espelha em você! Mantenha sua saúde bucal em dia e garanta um sorriso impecável para ele!



Universidade Estadual de Feira de Santana
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva



Saúde Bucal da Gestante

Catarine Boaventura Bastos Barreto –
Cirurgiã-dentista da Saúde da Família,
discente do Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva da Universidade Estadual de Feira de
Santana

Ângela Guimarães Martins - Professora
doutora da Universidade Estadual de Feira de
Santana

Marcio Campos Oliveira - Professor doutor da
Universidade Estadual de Feira de Santana



REFERÊNCIAS:
ROCHA, J. S., et al. Cartilha da gestante: cuidados com a saúde bucal. Ponta Grossa: UEPG, 2015.
RAMALHO, A. K. B. M. et al. Saúde Bucal da Gestante e do Bebê - cuidados com a sua saúde bucal para uma gestação saudável e para a proteção dos dentes do bebê. João Pessoa: Edição do Autor, 2016.
OLIVEIRA, A. E. F.; HADDAD, A. E. Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera. São Luis: EDUFMA, 2018.

Saúde Bucal e Gravidez

- As mudanças hormonais que ocorrem durante a gravidez tornam as gengivas mais sensíveis à placa bacteriana, aumentando o risco de desenvolver gengivite (inflamação da gengiva) e outros problemas de saúde bucal.
- A gengivite pode ocasionar partos prematuros ou bebês de menor peso ao nascer. Para não atrapalhar o desenvolvimento do seu bebê, o primeiro passo é cuidar da sua saúde bucal!

Cárie: A gravidez não causa cárie! O que pode ocasionar o aparecimento da doença cárie durante essa fase é o aumento do número de vezes em que se consome alimentos, principalmente doces, sem a escovação adequada.

Gengivite: Devido as variações hormonais a gengiva ficam mais sensíveis na gravidez e fáceis de serem irritadas pela placa bacteriana.

Boca Seca: As mudanças que ocorrem durante a gravidez pode tornar a respiração nasal mais difícil, então, há uma tendência de se respirar com a boca aberta, especialmente à noite. E isso pode causar a sensação de boca seca. - Dica: Beber bastante água e evitar o uso de enxaguantes bucais que contêm álcool.

Vômitos: Com os episódios de vômito a boca fica exposta ao ácido do estômago, podendo ocorrer desgastes no esmalte dentário, causando sensibilidade. - Dica: Lavar a boca com água após o vômito e não escovar os dentes imediatamente após o vômito, aguardar um pouco e usar uma escova de cerdas macias para reduzir o risco de desgaste.



Mitos e Verdades

- A gestação deixa os dentes fracos?

MITO! Todo o cálcio e nutrientes necessários para a formação dos dentes do bebê provêm da alimentação. Por isso é importante que a futura mãe tenha uma alimentação saudável!

- Gestante pode ir ao dentista?

VERDADE! Desde o início da gestação, a futura mãe deve procurar o dentista para orientação e prevenção. Durante a gravidez, se houver necessidade de algum tratamento, ele pode e deve ser realizado, pois cáries não tratadas e problemas nas gengivas podem prejudicar a saúde da mulher e de seu bebê.

- Toda gestante tem problemas gengivais?

MITO! O fator determinante para o surgimento de doenças periodontais, como gengivite, é a presença de placa bacteriana. Uma vez instalado o problema, os hormônios da gravidez podem contribuir para o agravamento do quadro.

- Gestantes não podem receber anestésias e fazer tratamento?

MITO! É importante manter a saúde e o bem estar da mulher durante a gestação. Existem protocolos adequados para garantir segurança para a mãe e o bebê.



Prevenção é a melhor remédio!

- Escove os dentes todos os dias utilizando creme dental com flúor.
- Posicione a escova inclinada na direção da gengiva e faça movimentos de cima para baixo, nos dentes de cima, e de baixo para cima, nos dentes de baixo como se estivesse varrendo os dentes.
- Depois escove a parte interna de cada dente da mesma forma.
- Escove a superfície do dente que usamos para mastigar. O movimento é suave, de vaivém. A escova deve ir até os últimos dentes do fundo da boca.
- Enrole cerca de 40 cm de fio ou fita dental entre os dedos
- Leve-o até o espaço existente entre a gengiva e o dente e puxe a sujeira até a ponta do dente.
- Passe o fio dental pelo menos duas vezes em cada um dos espaços entre os dentes, primeiro pressionando para um lado, depois para o outro.
- Escovar a língua é muito importante. Faça movimentos cuidadosos com a escova "varrendo" a língua da parte interna até a ponta.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil encontrado nas gestantes atendidas no pré-natal de alto risco foi predominantemente de mulheres pretas/pardas, entre 20 e 35 anos de idade, donas de casa, com baixa renda familiar e as principais condições clínicas sistêmicas que caracterizaram a gravidez de alto risco foram a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

Em relação à experiência odontológica e condição de saúde bucal, a maioria das gestantes relatou ter ido a consulta odontológica há 1 ano ou menos e apresentaram experiência de cárie, com o CPO-D médio de 9,54, $[\pm 6,65]$, sendo que, 29,2% foram diagnosticadas com gengivite e em relação à condição periodontal, ocorreu uma discrepância significativa de resultados entre os dois critérios de diagnóstico utilizados, de acordo com o critério de Page e Eke, 2007/ 2012, a ocorrência da periodontite entre as gestantes foi de 65,8% e segundo o critério Gomes-filho et al. modificado, 2018, a ocorrência foi de 13,3%.

No que concerne às dimensões psicossociais estudadas, 60,8% das gestantes apresentaram um baixo estado de ansiedade frente ao tratamento odontológico segundo os critérios do índice DAS, o estresse percebido apresentou um valor médio de 27,2 $[\pm 12]$ de acordo com a PSS-14 e o OHIP-14 uma média de 13,3 $[\pm 11]$.

As correlações entre o escore total do OHIP14 e a condição periodontal e entre o OHIP14 e as variáveis referentes à condição de saúde bucal das gestantes não apresentaram significância estatística. Os resultados demonstraram uma associação entre o escore total do OHIP14 e a ansiedade odontológica, observou-se também uma correlação estatisticamente significativa entre o OHIP14 e os níveis de estresse percebido. Sendo assim, quanto mais altos os níveis de estresse percebido e ansiedade odontológica, maior o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das gestantes de alto de risco.

Desta forma, observou-se a importância de se delinear e avaliar continuamente o perfil sociodemográfico, psicossocial e de saúde bucal das gestantes de alto risco para o planejamento de ações assistenciais e elaboração de estratégias visando a oferta de um atendimento integral a esta população.

REFERÊNCIAS

AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **International dental journal**, v. 25, n. 4, p. 229-235, 1975.

ALAN, S. et al. The effects of COVID-19 pandemic on pregnant women: perceived stress, social support and sleep quality. **Yonago Acta Medica**, v. 63, n. 4, p. 360-367, 2020.

ALRATROOT, S. et al. Dental Anxiety Amongst Pregnant Women: Relationship With Dental Attendance and Sociodemographic Factors. **International Dental Journal**, v. 72, n. 2, p. 179-185, 2022.

ALVES, T. S. F.; FRONZA, E.; STRAPASSON, M. R. Motivos associados a opção da mulher pela gestação tardia. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 10, p. 29-44, 2021.

ANDERSSON, L.; et al. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: A follow-up study. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v. 85, n. 8, p. 937-44, 2006.

ANTUNES, M. B.; ROSSI, R. M.; PELLOSO, S. M. Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

AQUINO, P. T.; SOUTO, B. G. A. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. **Rev Med Minas Gerais**. v. 25, n. 4, p. 568-76, 2015.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, v.3, n. 5, p. 59-62, 2011.

ARAÚJO, G. et al. Dental anxiety and oral health-related quality of life among pregnant women: a cross-sectional study, 2023.

BAHRAMIAN, et al. Qualitative exploration of barriers and facilitators of dental service utilization of pregnant women: A triangulation approach. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, p. 153, 2018.

BARAUSKAS, I.; BARAUSKIENĖ, K.; JANUŽIS, G. Dental anxiety and self-perceived stress in Lithuanian University of Health sciences hospital patients. A cross-sectional study. **Stomatologija**, v. 21, n. 2, p. 42-46, 2019.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BENNADI, D.; REDDY, C. V. Oral health related quality of life. **J Int Soc Prev Community Dent**. v. 3, n. 1, p. 1-6, 2013.

BÖNECKER, M.; ABANTO, J. Como as pesquisas de excelência em qualidade de vida relacionada à saúde bucal podem contribuir para a prática clínica? **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 68, n. 3, p. 220-222, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico: Gestão de alto risco**. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Brasília, 2019.

BRASIL. **Resolução/ CONEP nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília, DF: MS; 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV – Aids**. Brasília, DF: MS; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: MS. v. 52, n. 29; 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres**. Brasília, DF: MS; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestão de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CARDWELL, Michael S. Stress: pregnancy considerations. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 68, n. 2, p. 119-129, 2013.

CARLSSON, S.G. et al. Dental anxiety - A joint interest for dentists and psychologists. **Eur. J. Oral Sci.** v. 121, p. 221–224, 2013.

CARVALHO, A. C. et al. Depressão em mulheres com perdas gestacionais recorrentes- um estudo investigativo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, p. 609-614, 2016.

CASTRO, G. G. et al. Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional. **Aletheia**, v. 52, n. 1, 2019.

CATON, J. G. et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—Introduction and key changes from the 1999 classification. **Journal of periodontology**, v. 89, p. S1-S8, 2018.

COBB, C. M. et. al. The oral microbiome and adverse pregnancy outcomes. **International journal of women's health**. v. 9, p. 551; 2017.

COHEN, S.; KARMACK ,T.; MERMELSTEINM, R. A global measure of perceived stress. **J Health Soc Behav**. v. 24, n. 4, p. 385-96, 1983.

CONCEIÇÃO, Sarah dos Santos et al. Comparação de diferentes critérios para o diagnóstico da periodontite em gestantes. 2019.

COOKSON, H. et al. Mother's anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. **J Allergy Clin Immunol**, v. 123, n. 4, p. 847-53, 2009.

CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **J Dent Res**. v. 48, p. 596, 1968.

CORAH, N. L.; GALE, E. N.; ILLIG, S. J. 1978. Assessment of a dental anxiety scale. **J Am Dent Assoc**. v. 97, p. 816–819.

CORNEJO, C. et al. Oral health status and oral health-related quality of life in pregnant women from socially deprived populations. **Acta Odontológica Latinoamericana**, v. 26, n. 2, p. 68-74, 2013.

COUTO, P. L. S. et al. Perfil, condições clínicas e ginecológicas de gestantes e mortalidade materna por eclâmpsia na região do Alto Sertão Produtivo Bahia. **Conjecturas**, v. 22, n. 15, p. 1180-1200, 2022.

DRAGAN, I. F. et al. Dental care as a safe and essential part of a healthy pregnancy. **Compendium**. v. 39, n. 2, p. 86-92; 2018.

DUNKEL, S. C.; TANNER, L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. **Curr Opin Psychiatry**. v. 25, n. 2, p. 141-48, 2012.

EKE, P. I.; PAGE, R. C.; WEI, L. THORNTON-EVANS, G.; GENCO, R.J. Update of the Case Definitions for Population-Based Surveillance of Periodontitis. **J Periodontol**. v. 83, n. 12, p. 1449-1454, 2012.

FAISAL-CURY, A. et al. Unplanned pregnancy and risk of maternal depression: secondary data analysis from a prospective pregnancy cohort. **Psychology, health & medicine**, v. 22, n. 1, p. 65-74, 2017.

FERREIRA, A. H.; MORENO, S. M.; DE SOUSA IBIAPINA, A. R. Relação de sintomas depressivos em mulheres com o aborto espontâneo. **Europub Journal of Health Research**, v. 3, n. 4, p. 191-197, 2022.

FINK. Chapter 1 - Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined: Lessons from Anxiety, Editor(s): George Fink, Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior,

Academic Press, 2016, Pages 3-11

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**. v. 33, n. 6, p. 439-45, 2013.

GADELHA, I. P. et al. Determinantes sociais da saúde de gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco. **Rev Rene**, v. 21, p. 6, 2020.

GADELHA, I. P. et al. Qualidade de vida de mulheres com gravidez de alto risco durante o cuidado pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

GEEVARGHESE, A.; BASKARADOSS, J. K.; SARMA, P. S. Oral health-related quality of life and periodontal status of pregnant women. **Maternal and child health journal**, v. 21, p. 1634-1642, 2017.

GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. **Community Dent Health**, v. 21, p. 161-9, 2004.

GIL-MONTOYA, J. A. et al. Factors associated with oral health-related quality of life during pregnancy: a prospective observational study. **Quality of Life Research**, v. 30, n. 12, p. 3475-3484, 2021.

GOMES-FILHO, I. S. et al. Clinical diagnosis criteria for periodontal disease: an update. **J of Dental Health, Oral Disorders & Therapy**. v.9, n.5, p.354-6, 2018.

GRAVES, D. T.; DING, Z.; YANG, Y. The impact of diabetes on periodontal diseases. **Periodontology 2000**. v. 82, n. 1, p. 214–224; 2019.

GUEDES, H. M.; SOUSA, A. D.; BARBOSA, B. R. et al. Gestação de alto risco: perfil epidemiológico e fatores associados com o encaminhamento para serviço especializado. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 12, p. 4219, 2022.

HASANJANZADEH, P.; FARAMARZI, M. Relationship between Maternal General and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome. **J Clin Diagn Res**. v. 11, n. 4, p. VC04-VC07, 2017.

HURJUI, L. et al. Updates in relation between oral health and physiological changes in pregnancy. **Romanian Journal of Oral Rehabilitation**. v. 9, n. 4, p. 18-24; 2017.

HU, L. W.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Depression and Anxiety**, v. 24, n. 7, p. 467-471, 2007.

JAMPANI, N. D. et al. Periodontal health status among HIV-seropositive pregnant women. **Indian Journal of Dental Research**, v. 30, n. 4, p. 521; 2019.

JANTSCH, P. F. et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 9, n. 3, 2017.

JOHN, M. T. et al. Integration of oral health-related quality of life instruments. **Journal of Dentistry**, v. 53, p. 38-43, 2016.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida-aspectos conceituais. **Revista Salus**. v. 1, n. 1; 2007.

KONZEN, D. J.; MARMITT, L. P.; CESAR, J. A. Não realização de consulta odontológica entre gestantes no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3889-3896, 2019.

KRÜGER, M. S. M. et al. Periodontal health status and associated factors: Findings of a prenatal oral health program in South Brazil. **Int J Dent**. v. 35, p. 1-6, 2017.

KUMAR. Association between periodontal disease and gestational diabetes mellitus (GDM) – a prospective cohort study. **Journal of clinical periodontology**. v. 45, n. 8, p. 920-931; 2018.

LICCARDO, D. et al. Periodontal Disease: A Risk Factor for Diabetes and Cardiovascular Disease. **International journal of molecular sciences**, v. 20, n. 6, p. 1414; 2019.

LIMA, M. O. P. et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, p. 39-46, 2017.

LUFT, C. D. B.; et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

LU, H. X.; XU, W.; WONG, M. C. M. et al. Impact of periodontal conditions on the quality of life of pregnant women: a cross-sectional study. **Health Qual Life Outcomes**, v. 13, n. 67, 2015.

LUO, X. Q. et al. Association of dental anxiety and oral health-related quality of life in pregnant women: a cross-sectional survey. **DEStech Transactions on Biology and Health**, n. mshh, 2017.

MANRIQUE-CORREDOR, E. J. et al. Maternal periodontitis and preterm birth: Systematic review and meta-analysis. **Community dentistry and oral epidemiology**. v. 47, n. 3, p. 243-251; 2019.

MARTÍNEZ-BENEYTO, Y.; MONTERO-MARTIN, J.; GARCIA-NAVAS, F. et al. Influence of a preventive program on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of European pregnant women: a cohort study. **Odontology**, v. 107, p. 10–16, 2019.

MCINTYRE, H. D. et al. Gestational diabetes mellitus. **Nature reviews Disease primers**. v. 5, n. 1, p. 1-19; 2019.

MELO, W. A.; ALVES, J. I.; FERREIRA, A. A. S.; MARAN, E. Gestação de alto risco: fatores associados em município do noroeste paranaense. **Revista de Saúde Pública do Paraná**. v. 17, n. 1, p. 82-91, 2016.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

MISHRA, S. et al. Effect of maternal perceived stress during pregnancy on gestational diabetes mellitus risk: A prospective case-control study. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 14, n. 5, p. 1163–1169, 2020.

MISSIO, A. L. T. et al. Periodontal disease during pregnancy: assessment of determinants of health and quality of life in pregnant women with periodontitis. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021.

MOIMAZ, S. A. S.; RÓS, D. T.; SALIBA, T. A.; GARBIN, C. A. S. Aspectos da saúde geral e bucal de gestantes de alto risco: revisão da literatura. **J Health Sci Inst**. v. 35, n. 3, p. 223-30, 2017.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Aspects of general health and oral high-risk pregnant women: literature review. **J Health Sci Inst**, v. 35, n. 3, p. 223-230, 2017.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. **Acta odontol latinoam**, v. 29, n. 2, p. 186-193, 2016.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Condição de saúde bucal autorreferida, fatores relacionados às gestantes de alto risco: self-reported oral health condition, factors related to high-risk pregnant women. **Revista Contexto & Saúde**, v. 21, n. 43, p. 290-303, 2021.

MUSSKOPF, M. L.; MILANESI, F. C.; ROCHA, J. M.; FIORINI, T.; MOREIRA, C. H. C.; SUSIN, C. et al. Oral health related quality of life among pregnant women: a randomized controlled trial. **Braz. Oral Res**. v. 32, 2018.

NAZIR, M.; ALHAREKY, M. Dental phobia among pregnant women: considerations for healthcare professionals. **International Journal of Dentistry**, v. 2020, 2020.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 33, p. 307-14, 2005.

OLIVEIRA, A. C. M. et al. Maternal factors and adverse perinatal outcomes in women with preeclampsia in Maceió, Alagoas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, p. 113-120, 2016.

OLIVEIRA, L. J. C. et al. Periodontal disease and preterm birth: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. **Oral Diseases**. v. 27, n. 6, p. 1519-1527; 2021.

OPAS. Folha informativa sobre mortalidade materna. Brasília, DF: OPAS; 2018. [acesso em 2021, out]. Disponível em: https://www3.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820

PACHECO, K. T. S. et al. Oral health and quality of life of pregnant women: the influence of sociodemographic factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2315-2324, 2020.

PACHECO, V. C.; SILVA, J. C.; MARIUSSI, A. P.; LIMA, M. R.; SILVA, T. R. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 125-137, 2018.

PAGE, R. C.; EKE, P. I. Case Definitions for Use Population-Based Surveillance of Periodontitis. **J Periodontol**. v. 78, n.7, p. 1387-1399, 2007.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Santos; 2019.

PORTO, E. C. L. et al. Periodontite materna e baixo peso ao nascer: revisão sistemática e metanálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5383-5392, 2021.

PORTO, M. A.; PINTO, M. J. C. Gestantes de alto risco em alta hospitalar qualificada: personalidade, estilo de vida e vivências. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 22, n. 2, p. 25-47, 2019.

PRALHAD, S.; THOMAS, B.; KUSHTAGI, P. Periodontal disease and pregnancy hypertension: a clinical correlation. **Journal of periodontology**, v. 84, n. 8, p. 1118-1125; 2013.

QUEIROZ, F. A.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Adaptação cultural e validação do instrumento Diabetes-39 (D-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2-fase1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 17, n. 5; 2009.

REISSMANN, D. R. Methodological considerations when measuring oral health-related quality of life. **Journal of oral rehabilitation**, v. 48, n. 3, p. 233-245, 2021.

REZAEI, R.; FRAMARZI, M. Predictors of mental health during pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;19 (7Suppl):S45-50.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

SAY, L. et. al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **Lancet Glob Health**. v. 2, n. 6, p. 323-33; 2014.

SHAH, A. F.; 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**, v. 11, n. 5, p. ZC01-ZC04, 2017.

SILVA, C. M. et. al. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 71, p. 568-576; 2018.

SILVA, C. C. et al. Acesso e utilização de serviços odontológicos por gestantes: revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 827-835, 2020.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent. Health.**, v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form Oral Health Impact Profile. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 25, p.284-90, 1997.

SADDKI, N.; YUSOFF, A.; HWANG, Y. L. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. **BMC Public Health**. v.10, n.75, 2010.

SOARES, P. R. A. L. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 2075, 2021.

SOUSA, M. G. et. al. Epidemiologia da hipertensão arterial em gestantes. **Einstein (São Paulo)**, v. 18; 2020.

SOUZA, M.F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1737-1750; 2018.

SVENSSON, L.; HAKEBERG, M.; WIDE, U. Dental pain and oral health-related quality of life in individuals with severe dental anxiety. **Acta Odontologica Scandinavica**. v. 76, n. 6, p. 401–406, 2018.

TONETTI, M S.; GREENWELL, H.; KORNMANN, K. S. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. **Journal of periodontology**, v. 89, p. S159-S172, 2018.

TRINDADE, S. C., et al. Condição bucal de gestantes e puérperas no município de Feira de Santana. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 3, 2018.

UWAMBAYE, P. et. al. Assessing the association between periodontitis and premature birth: a case-control study. **BMC pregnancy and childbirth**. v. 21, n. 1, p. 1-9; 2021.

WHO. Maternal Mortality. 2019.

WIDE, U.; HAKEBERG, M. Treatment of Dental Anxiety and Phobia-Diagnostic Criteria and Conceptual Model of Behavioural Treatment. **Dent J (Basel)**. v. 9, n. 12, p.153, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva, 1998.

Apêndice A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
“IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA EM
GESTANTES DE ALTO RISCO”

Prezada,

A Sra. está sendo convidada para participar do projeto de pesquisa intitulado: “**Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida em gestantes de alto risco**”, realizado por Catarine Boaventura Bastos Barreto, discente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS. Esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida das gestantes atendidas no Programa de Pré-natal de alto risco do município de Alagoinhas - BA. Serão incluídas todas as gestantes que estejam em acompanhamento no Programa de Pré-natal de alto risco e aceitem participar da pesquisa. Não serão incluídas as mulheres que não estiverem classificadas como de alto risco, as portadoras de deficiências que as impeça de responder ao questionário ou com habilidade cognitiva afetada para a compreensão dos instrumentos. Espera-se que esta pesquisa contribua com entendimento de como a condição de saúde bucal pode interferir na qualidade de vida das gestantes de alto risco e desta forma auxiliar os gestores na elaboração de políticas públicas direcionadas a estas mulheres.

A Sra. tem plena liberdade de recusar-se a participar e pode desistir em qualquer momento da pesquisa, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Se julgar necessário, a Sra. dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando seus familiares que possam ajudá-lo na tomada de decisão livre e esclarecida. A pesquisa será realizada no mesmo dia e local onde é realizado o pré-natal de alto risco, antes ou após as consultas, sem custo para as participantes e sem implicação para o atendimento de pré-natal.

Caso aceite participar, sua participação consistirá em aceitar ser examinada pela pesquisadora responsável por meio de exame da cavidade bucal e em responder quatro questionários, em consultório reservado. O primeiro questionário aborda questões referentes à características socioeducacionais, o segundo verifica o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida, o terceiro é uma escala que avalia o nível de ansiedade odontológica e o quarto é a escala de estresse percebido, que dimensiona o quanto a gestante percebe as situações como estressantes, a aplicação destes quatro questionários terá duração média de 15 minutos. O exame clínico odontológico será realizado com toda técnica, segurança e higiene pela pesquisadora responsável, que é cirurgiã-dentista previamente treinada. Neste exame sua condição de saúde bucal será avaliada, através da verificação da presença de dentes cariados, perdidos e obturados, avaliação da saúde periodontal (saúde da gengiva) e verificação da presença de outras alterações. A duração média do exame será de 20 minutos.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e os nomes não serão identificados em nenhum momento. Os dados serão armazenados em um banco de dados seguro na Universidade Estadual de Feira de Santana por cinco anos conforme preceitua a resolução CNS 466/2012 XI.2.f, e após este prazo os dados serão descartados. É direito do participante ter acesso aos dados da pesquisa a qualquer momento que desejar.

Os riscos relativos à participação nesta pesquisa serão restritos a possíveis e pequenos desconfortos durante o exame clínico odontológico ou na resposta a alguma pergunta e como benefícios as gestantes receberão orientações de higiene bucal, serão ofertados materiais educativos e kits com escova, pasta e fio dental, além disso, as mulheres serão encaminhadas para atendimento clínico odontológico para realização dos procedimentos necessários para manutenção ou reestabelecimento da sua saúde bucal.

Caso haja algum dano proveniente da pesquisa, a participante será devidamente indenizada e receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário.

Os resultados deste estudo serão publicados em revistas científicas especializadas e congressos da área e as participantes da pesquisa serão convidadas a conhecer tais resultados por meio de uma apresentação previamente agendada.

As participantes podem entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/ UEFS) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UEFS fica localizado na Universidade Estadual de Feira de Santana – Av. Transnordestina, S/N – Bairro Novo Horizonte, Módulo 1 – MA 17, Feira de Santana- BA, telefone (75)3161-8124, e-mail: cep@uefs.br, seu horário de funcionamento é de 14:00 as 18:00. O CEP/UEFS é um colegiado interdisciplinar, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A participante da pesquisa ficará com uma cópia deste Termo, e as dúvidas a respeito desta pesquisa poderão ser esclarecidas diretamente por Catarine Boaventura Bastos Barreto, no endereço: Universidade Estadual de Feira de Santana, Módulo VI - Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte - Feira de Santana/BA ou pelo telefone: (75)99189-

648

Assinatura da Participante ou Responsável

Catarine Boaventura Bastos Barreto
Pesquisadora Responsável

Apêndice B**QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO**

Identificação
Nº da entrevista: ____ Data: ____/____/____ Prontuário: _____
Nome: _____
Telefone: _____ Idade: ____ anos Naturalidade: _____
Endereço: _____ N: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Local de Residência: () Urbano () Rural
Raça: () Preta () Parda () Branca () Amarela () Indígena

Características Sócio-educacionais
Estado civil: () Solteira () Casada () Separada () Viúva () União Estável () Outros: _____
Escolaridade: () Analfabeta () Ens. Fund. Incompleto () Ens. Fund. Completo () Ens. Méd. Incompleto () Ens. Méd. Completo () Ens. Sup. Incompleto () Ens. Sup. Completo
Renda familiar: _____ Quantas pessoas dependem dessa renda? _____
Ocupação: () Formal () Informal () Desempregada () Estudante () Aposentada () Dona de casa () Outros _____ Carga horária: ____ h
Moradia: () Própria () Alugada () Financiada () Cedida () Outros _____ Com quem reside: () Sozinha () Com os filhos () Com o/a companheiro(a) () Com o/a companheiro(a) e os filhos () Com familiares () Outros _____ Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo a Sra.? _____
Costuma ir às reuniões religiosas? () Sim () Não Religião: _____

Hábitos/ Situação de Saúde Bucal Autorreferida
Como você considera que está a saúde dos seus dentes e gengiva? () Muito Boa () Boa () Regular () Ruim () Muito Ruim
Quantas vezes ao dia você escova os dentes? () Não escovo () 1x a 2x ao dia () 3x a 4x ao dia () mais que 5x
Usa o fio dental diariamente? () Sim () Não
Você já sentiu dor de dente? () Sim () Não
Você sentiu dor de dente nos últimos 6 meses? () Sim () Não
Você acha que precisa ir ao dentista? () Sim () Não

Uso de serviços odontológicos
Quando foi sua última consulta ao dentista? <input type="checkbox"/> há menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1 ano atrás <input type="checkbox"/> 2 – 3 anos atrás <input type="checkbox"/> 4-5 anos atrás <input type="checkbox"/> mais que 5 anos <input type="checkbox"/> nunca fui ao dentista Onde foi a sua última consulta <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Faculdade <input type="checkbox"/> Outros _____
Qual foi o motivo da consulta? <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Revisão <input type="checkbox"/> Tratamento Ortodôntico <input type="checkbox"/> Tratamento clinico geral <input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Outros _____
Como foi o atendimento na sua última consulta odontológica? <input type="checkbox"/> Muito Bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito Ruim

Características da Gestaçã
Motivo do pré-natal de alto risco: _____
Idade Gestacional: _____ semanas Trimestre: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°
Data Provável do Parto: ____/____/____
Você tem algum problema de saúde que já existia antes da gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____
Você faz uso de alguma medicação atualmente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual? _____
Você consome bebidas alcoólicas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quanto dias na semana? <input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> 2 dias <input type="checkbox"/> 3 dias <input type="checkbox"/> 4 a 6 dias <input type="checkbox"/> Todos os dias
Você fuma? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quanto cigarros por dia? <input type="checkbox"/> 1 a 20 <input type="checkbox"/> 21 a 39 <input type="checkbox"/> 40 a 59 <input type="checkbox"/> 60 a 79 <input type="checkbox"/> Mais que 80
Você utiliza alguma droga ilícita? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quanto dias na semana? <input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> 2 dias <input type="checkbox"/> 3 dias <input type="checkbox"/> 4 a 6 dias <input type="checkbox"/> Todos os dias
Essa gravidez foi planejada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Essa gravidez é desejada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Teve parto prematuro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Teve algum nascido morto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Teve algum óbito neonatal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem quantos filhos vivos? _____ filhos

Anexo A**Oral Health Impact Profile (OHIP-14)**

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	Nunca (0)	Raramente (1)	Às Vezes (2)	Repetidamente (3)	Sempre (4)
1 – Você teve problemas para falar alguma palavra?					
2 – Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?					
3 – Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4 – Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento?					
5 – Você ficou preocupada?					
6 – Você se sentiu estressada?					
7 – Sua alimentação ficou prejudicada?					
8 – Você teve que parar suas refeições?					
9 – Você encontrou dificuldade para relaxar?					
10 – Você se sentiu envergonhada?					
11 – Você ficou irritada com outras pessoas?					
12 – Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?					
13 – Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?					
14 – Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?					

Anexo B**Dental Anxiety Scale (DAS)**

- 1) Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?
 - a. Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável
 - b. Eu não me importaria
 - c. Eu me sinto ligeiramente desconfortável
 - d. Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor
 - e. Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria.
- 2) Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?
 - a. Relaxada
 - b. Meio desconfortável
 - c. Tensa
 - d. Ansiosa
 - e. Tão ansiosa que começo a suar ou começo a me sentir mal
- 3) Quando você está na cadeira odontológica esperando que o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sentiria?
 - a. Relaxada
 - b. Meio desconfortável
 - c. Tensa
 - d. Ansiosa
 - e. Tão ansiosa que começo a suar ou começo a me sentir mal
- 4) Você está na cadeira odontológica. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar os seus dentes (perto da gengiva), como você se sente?
 - a. Relaxada
 - b. Meio desconfortável
 - c. Tensa
 - d. Ansiosa
 - e. Tão ansiosa que começo a suar ou começo a me sentir mal

Anexo C

Escala de Estresse Percebido

Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas: 0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre.

Neste último mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

Anexo D**Ficha de Condição de Saúde Bucal****Condição da Dentição**

Unidade	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Condição																
Condição																
Unidade	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Condição dos Dentes Permanentes	
Hígido	0
Cariado	1
Restaurado, com cárie	2
Restaurado, sem cárie	3
Perdido devido à carie	4
Perdido por outras razões	5
Selante de fissuras	6
Apoio de ponte/ coroa/ implante	7
Dente não erupcionado (coroa)/ raiz não exposta	8
Não registrado	9

Urgência com necessidade de intervenção ou encaminhamento

0	Sem necessidade de tratamento
1	Necessidade de tratamento preventivo ou de rotina
2	Tratamento imediato incluindo remoção de tecido
3	Tratamento imediato (de urgência) necessário devido à dor ou infecção dentária ou de origem bucal
4	Referenciado para avaliação minuciosa ou tratamento médico/odontológico (condição sistêmica)

