

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL COLETIVA

KATIÉLI FAGUNDES GONÇALVES

**CUIDADO ODONTOLÓGICO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: DADOS DO PMAQ-AB**

PORTO ALEGRE

2016

KATIÉLI FAGUNDES GONÇALVES

**CUIDADO ODONTOLÓGICO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: DADOS DO PMAQ-AB**

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Juliana Balbinot Hilgert

PORTO ALEGRE

2016

Gonçalves, Katiéli Fagundes
CUIDADO ODONTOLÓGICO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: DADOS DO PMAQ-AB / Katiéli Fagundes
Gonçalves. -- 2016.
73 f.

Orientador: Juliana Balbinot Hilgert.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia,
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2016.

1. Pré-natal. 2. Atenção Básica. 3. Odontologia.
4. Sistema Único de Saúde. I. Balbinot Hilgert,
Juliana , orient. II. Título.

KATIÉLI FAGUNDES GONÇALVES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ACADEMICO
CUIDADO ODONTOLÓGICO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: DADOS DO PMAQ-AB

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Bucal Coletiva, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Programa de Pós-graduação em Odontologia.

Aprovada em:

Porto Alegre, 23 de novembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Nome: Prof^a Dra. Aline Blaya Martins

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Nome: Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição

Nome: Prof^a Dra. Eliana Márcia da Ros Wendland

Instituição: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Dedico este trabalho aos usuários do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a todas as pessoas que lutam para que ele seja cada vez melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter iluminado e guiado meu caminho até aqui.

À minha família, pois sempre me apoiou incondicionalmente.

Aos meus colegas e amigos, pelo apoio e entusiasmo com as conquistas angariadas.

Ao Augusto, Gabriela, Fernando, Jessye e Rafaela, pela paciência e pela generosidade em dividir seus conhecimentos.

A todos os colegas que encontrei nessa caminhada e que me mostraram mais uma vez porque militar por um SUS cada vez melhor é apaixonante.

Sobretudo, meu muito obrigada a minha querida orientadora Juliana, que aos poucos tive o prazer de ir conhecendo cada vez mais e que me apoiou em diversos momentos desta jornada. Tu és um exemplo para mim e para todos que tem o prazer de conviver ao teu lado.

Eu sou aquela mulher a quem o tempo muito ensinou.
Ensinou a amar a vida e não desistir da luta, recomeçar na
derrota, renunciar a palavras e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos e ser otimista.

Cora Coralina

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar os fatores associados ao atendimento odontológico às gestantes, a partir dos dados do ciclo I (2011-12) e II (2013-14) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nas diferentes macrorregiões brasileiras. Trata-se de um estudo transversal, multinível, que utilizou dados secundários de 4.340 mulheres do ciclo I e de 6.209 mulheres do ciclo II. As variáveis contextuais foram divididas em duas dimensões: socioeconômicas e demográficas. Já as variáveis individuais foram divididas em três dimensões: serviços de saúde, socioeconômicas e demográficas. O desfecho foi acesso à saúde bucal no pré-natal. Regressão de Poisson Multinível foi utilizada para obtenção das razões de prevalência (RP) por meio do software Stata 11. No ciclo I, a prevalência de acesso à saúde bucal no pré-natal foi de 45,9% e de 51,9%, no ciclo II. Em ambos os ciclos, a maioria das mulheres tinha de 21 a 30 anos e vivia na macrorregião Nordeste. Após o ajuste do modelo do ciclo I, municípios com porte populacional acima de 500 mil habitantes (RP=1,35 (IC95%: 1,05-1,81)), renda entre 1 e 2 salários mínimos (RP=1,13 (IC95%: 1,03-1,25)), idade de 31 a 40 anos (RP=1,33 (IC95%: 1,15-1,54)) e que possuem registro de consulta odontológica da gestante (RP= 1,17 (IC95%: 1,06-1,29)), estiveram associadas ao desfecho. Já na análise ajustada do ciclo II, macrorregião Sudeste (RP=1,18 (IC95%: 1,03-1,36)), cobertura de saúde bucal acima de 92,9% (RP=1,11 (IC95%: 1,01-1,22)), de 31 a 40 anos (RP= 1,22 (IC95%: 1,09-1,36)), equipe participar de ações de educação permanente (RP=1,14 (IC95%: 1,01-1,30)) e possuir horário de funcionamento que atenda às necessidades da usuária (RP=1,40 (IC95%: 1,25-1,57)), estiveram associadas ao desfecho. A pesquisa traz elementos que podem auxiliar gestores, profissionais e gestantes quanto ao cuidado odontológico durante a gestação.

Palavras-chave: Saúde bucal. Cuidado pré-natal; Saúde da família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate factors associated with dental care for pregnant women, through data from Cycle I (2011-12) and II (2013-14) of the Program for Improvement of Access and Quality of Primary Care Services, which was collected in all regions of Brazil. This cross-sectional, multilevel study used secondary data from 4,340 women interviewed in Cycle I and 6209 women in Cycle II. Contextual variables were divided into two dimensions: socioeconomic and demographic, while individual variables were divided in three dimensions: health services, socioeconomic and demographic. The outcome was access to oral health in prenatal care. Poisson Multilevel regression was used for obtaining prevalence ratios (PR). Prevalence of access to oral health in prenatal care was 45.9% in Cycle I and 51.9% in Cycle II. In both cycles, most were 21-30 years old and they lived in the Northeast region. The adjusted model of Cycle I data showed association between the outcome and municipalities with over 500,000 inhabitants (PR=1.35(95%CI: 1.05-1.81)), personal income ranging from 1 and 2 minimum wages (PR=1, 13(95%CI:1.03- 1.25)), age ranging from 31 to 40 years (PR=1.33(95%CI:1.15-1.54)) and a registry of pregnant women's dental appointments (PR =1.17(95%CI:1.06-1.29). In the adjusted analysis of cycle II data, Southeast region (PR =1.18(95%CI:1.03-1.36)), over 92.9% of oral healthcare coverage (PR=1.11(95%CI:1.01-1.22)), age ranging from 31 to 40 years (PR=1.22(95%CI:1.09-1.36)), taking part in permanent education initiatives (PR=1.14(95%CI:1.01-1.30)) and operation times that are suitable to the needs of the users(PR=1.40(95%CI:1.25-1.57)), were associated with the outcome. This research brings that can help managers, professionals and pregnant women about dental care during pregnancy.

Key words: Oral Health. Prenatal Care. Family Health. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADA - American Dental Association

AINES - Anti-inflamatórios não esteróides

AAS – Ácido Acetilsalicílico

CD – Cirurgiões-dentistas

DAB - Departamento da Atenção Básica

DEMAS - Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

eSB – Equipe de Saúde Bucal

FDA - Food and Drug Administration

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

IBGE - Índice de Desenvolvimento Humano

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAB Variável - Piso da Atenção Básica Variável

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PNUD – Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento

RP – Razão de Prevalência

SUS – Sistema Único de Saúde

Siab – Sistema de Informação da atenção Básica

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 CONTEXTUALIZANDO A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL	17
3.1.1 DIREITO DAS MULHERES	18
3.1.2 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA	19
3.1.3 ALTERAÇÕES SISTÊMICAS NO PRÉ-NATAL	24
3.2 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA E AGRAVOS DURANTE A GRAVIDEZ ...	25
3.2.1 UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DE EXAMES RADIOGRÁFICOS NA GESTAÇÃO	29
3.2.2 MITOS E MEDOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DURANTE A GRAVIDEZ	32
3.2.3 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E DAS GESTANTES REFERENTE A ODONTOLOGIA E O PRÉ-NATAL	33
3.3 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	35
3.4 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	37
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
5 ARTIGO	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
7 ANEXOS	72
ANEXO 1. Carta de aprovação do projeto guarda-chuva pelo comitê da ética e pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	72
ANEXO 2. COMPESQ – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	73

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Pré-natal e atenção odontológica na atenção primária a saúde: dados do PMAQ-AB”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 21 de novembro de 2016. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Objetivo e Revisão da Literatura
2. Artigo
3. Considerações finais

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

1 INTRODUÇÃO

Desde o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, o Brasil vem acompanhando mudanças no sistema de saúde. Isso corrobora para que possamos dizer que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi concebida por intermédio da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, vem conseguindo agregar mudanças no rumo do modelo de atenção à saúde, possuindo na atenção primária seus alicerces (SOUZA, 2014).

A composição mínima da equipe de saúde da família (eSF) se dá pela presença do médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 1997), porém pode ser adicionada a essa equipe o cirurgião-dentista. Incluir o serviço de saúde bucal nessas equipes foi possível a partir da instituição da Política Nacional de Saúde Bucal, que ocorreu em 2004 (BRASIL, 2004a). Esse fato fez com que surgissem novas questões a serem pensadas, trabalhadas e desenvolvidas; uma dessas indagações refere-se a assistência prestada em relação à saúde bucal durante o pré-natal.

Ademais, o acesso à consulta odontológica durante o pré-natal apresenta-se como um espaço privilegiado para a promoção da saúde bucal, pois por meio da educação se almeja induzir o desenvolvimento da consciência de responsabilização da gestante pela sua saúde e a do seu bebê, agindo de modo positivo na prevenção primária. Lembrando que é dever do Estado e um direito da gestante o recebimento de atenção odontológica na gravidez, constituindo-se como parte da saúde integral da mulher conforme determinação das políticas públicas de saúde (SILVA; MARTELLI, 2009). Assim, as ações direcionadas à saúde da mulher são fundamentais para instigar o cuidado com a higiene do recém-nascido, com vistas a minimizar a ocorrência de fatores complicadores da saúde, focando na melhora da saúde durante a 1ª infância e na continuidade do cuidado (LUA et al. 2013).

Considerando o exposto, há um reforço em dizer que o cuidado odontológico na gravidez mostra-se como uma oportunidade para fortalecer condutas e hábitos de promoção da saúde auxiliando na prevenção de enfermidades, pois a identificação precoce de patologias orais associadas a comprometimento sistêmico, pode colaborar para a diminuição das complicações que estão relacionadas com o parto prematuro e as consequências oriundas do baixo peso ao nascer (LOPEZ; SMITH; GUTIERREZ, 2002; BOGGESS et al.2005) que poderiam culminar com a morbimortalidade infantil.

Além disso, os países em desenvolvimento apresentam um grande número de mulheres que se depara com complicações relacionadas à gravidez e que poderiam culminar com a mortalidade materna, enquanto os países desenvolvidos englobam somente 1% do total global de mortes maternas. Antigamente isso era considerado uma fatalidade, hoje sabe-se que esse é um marcador do nível de desenvolvimento social, pois em sua grande maioria são compostos por mortes consideradas precoces, as quais por meio de acesso e serviços de saúde adequados e qualificados poderiam ser evitadas. Denomina-se de mortalidade materna aquela proveniente de complicações na gestação, no parto ou no puerpério. O Brasil apresentou 200.619 óbitos de mulheres em idade fértil no período de 2009-2011, desses 3.415 foram relacionados a óbitos maternos, porém esse número pode ser ainda maior se consideramos as limitações dos registros existentes o que prejudica o momento da realização do monitoramento e avaliação (SZWARCOWALD et al. 2014). Desse modo, é necessário uma atuação conjunta dos profissionais envolvidos no cuidado durante o pré-natal, parto e puerpério para que esses números possam diminuir cada vez mais.

Evidencia-se assim a atuação do cirurgiã-dentista que pode interferir nesses indicadores, pois questões bucais interferem na condição geral da gestante (ENABULELE; IBHAWOH, 2014). Desse modo, justifica-se que existam ações através de políticas públicas direcionadas para melhoria da qualidade da saúde bucal das gestantes (CORCHUELO-OJEDA; GONZÁLES, 2014). Além disso, nos primeiros meses da gestação as mulheres podem sofrer com náuseas e vômitos, esses fatores podem levar a interferências nas práticas de higiene relacionadas a saúde bucal, como escovar os dentes e utilizar o fio dental. Isto pode induzir o aparecimento de gengivite, doença caracterizada como a mais comum durante a gravidez, apresentando uma taxa de prevalência de 60-75% (ENABULELE; IBHAWOH, 2014).

Pensando nessas questões, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal, inferindo que a equipe de saúde é responsável por encaminhar a gestante que dá início ao pré-natal na Atenção Básica (AB) para que receba atendimento odontológico, assim como, o cirurgião-dentista deve realizar busca ativa para captar as gestantes que não tenham recebido atendimento, com vistas a garantir orientações sobre cuidados, diagnósticos e tratamentos mais adequados as necessidades bucais apresentadas pela gestante, através de ações coletivas e individuais (BRASIL, 2004a).

Contudo, são raras as estratégias cientificamente válidas, factíveis e viáveis que buscam a avaliação da integralidade na assistência ao pré-natal, e estas quando existentes

são pouco utilizadas nos serviços de saúde pública (NETO et al. 2012). Por isso, mais um passo importante foi dado na área da saúde ao ser instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por intermédio da Portaria n° 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, com o foco na indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, além de expressar a ideia de institucionalizar uma cultura avaliativa na Atenção Básica (AB) e de gestão focada na indução e acompanhamento de processos e resultados (BRASIL, 2012a).

Este programa faz parte das estratégias do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), o qual aponta como fundamental a realização de estudos e pesquisas com vistas a produzir conhecimento no campo do monitoramento e da avaliação, assim como, a sistematização e disseminação de informações estratégicas advindas dos programas, dos indicadores e das pesquisas e que almejem auxiliar na tomada de decisões por parte da gestão federal do SUS por meio do encontro da qualidade do que se está produzindo e da indução de melhorias (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). Porém, após verificar os estudos que abordassem a temática de atendimento odontológico a gestante, evidencia-se que os dados de abrangência nacional referentes à assistência ao pré-natal odontológico no Brasil são escassos.

2 OBJETIVO

O objetivo do estudo foi avaliar os fatores associados ao atendimento odontológico às gestantes, a partir dos dados do ciclo I (2011-12) e II (2013-14) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nas diferentes macrorregiões brasileiras.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 CONTEXTUALIZANDO A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

O Ministério da Saúde elaborou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o que marcou a ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres até esse momento e também dos critérios de eleição de prioridades neste campo, pois até então, o foco era especificamente em programas e ações materno-infantis tendo como estratégia a proteção aos grupos de risco e de maior vulnerabilidade. Outra característica era a verticalidade dos programas, pois as metas eram definidas no nível central, sem levar em consideração as necessidades de saúde das populações locais, resultando na fragmentação da assistência e traduzindo-se em um baixo impacto evidenciado por meio dos indicadores epidemiológicos (BRASIL, 2004b; NETO et al. 2008).

Assim, o PAISM trouxe a incorporação de princípios e diretrizes baseado na descentralização, na hierarquização e na regionalização dos serviços aliados a integralidade e a equidade da atenção, em um momento que paralelamente no território brasileiro se concebia o arcabouço conceitual para embasar a criação e fundamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), oriundo das lutas engajadas pelo Movimento Sanitário (BRASIL, 2004b). Sendo assim, um dos princípios elencados na Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que fundamenta e afirma o Sistema Único de Saúde (SUS) é a equidade, porém promovê-la é um dos maiores desafios pelos quais a gestão desse sistema tão amplo passa. Afinal, sua implementação requer ações que respondam às necessidades da população de um modo mais específico, fundamentalmente quando o acesso aos serviços pode ser afetado pelas desigualdades sociais (KALCKMANN et al. 2010). Por isso, ao longo dos últimos anos o SUS vem construindo uma sólida base jurídica aliada a um conjunto de políticas públicas que busquem garantir os direitos da gestante e do bebê, melhorar o acesso e também a qualidade dos serviços de saúde almejando assim diminuir as iniquidades e a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Nessa busca por uma saúde de melhor qualidade para a população, com a intenção de diminuir indicadores de morbimortalidade materna e infantil e também pela reorientação do cuidado inicia-se em 1994 o Programa Saúde da Família, elegendo como pontos centrais o compromisso e a co-responsabilização entre profissionais e usuários para estabelecer vínculos, facilitar a aproximação e o cuidado, almejando uma saúde

melhor. Mais tarde, esse programa passa a chamar-se Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2004a).

Enfatiza-se que, por meio de muitos esforços, nas últimas décadas vem acontecendo uma redução da mortalidade infantil em nosso país, porém os indicadores de óbitos neonatais apresentam uma queda aquém da desejada, apontando para um número expressivo de mortes. Fato este, que faz parte da realidade sanitária e social brasileira e poderia ser evitável com ações realizadas pelos serviços de saúde voltados ao pré-natal, parto e ao recém-nascido. Considerando esse contexto, o Ministério da Saúde voltou seus olhares para tal questão e preocupado em diminuir a taxa de morbimortalidade materno-infantil e em qualificar as Redes de Atenção voltadas a essa população, instituiu a Rede Cegonha, por intermédio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Um dos pontos que caracteriza a relevância da realização do pré-natal é o fato de que este busca assegurar o desenvolvimento da gestação, manter a saúde materna e do bebê, além de abordar aspectos psicossociais, desempenhar atividades educativas e preventivas, considerando os aspectos de promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2012b).

O estudo de Cruz e colaboradores (2014) aponta para uma cronologia no cuidado a saúde da mulher abarcando diversos períodos que caracterizam-se pela proteção da gestante abandonada, pelo reconhecimento da importância da patologia obstétrica e culminando com a prioridade pela prevenção da morbimortalidade materno-infantil. Sendo assim, a questão preventiva e curativa focada na assistência ao pré-natal, apontando para a realização do cuidado regular e individual mesmo que a gestante esteja saudável, pode ser o diferencial entre a vida e a morte da mãe e/ou do bebê.

3.1.1 DIREITO DAS MULHERES

Depois de muitas lutas os direitos das mulheres foram assegurados em 1993 pela Organização das Nações Unidas, através da Declaração e do Programa de ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos em Viena, reconhecendo que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres precisavam ser questões prioritárias abarcadas pela comunidade internacional. Ocorrendo desse modo a consolidação de questões que vinham sendo tratadas e defendidas desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (BARSTED, 2001).

A Declaração e do Programa de ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, que desencadeou o desenvolvimento de debates e consequentemente a

conquista de direitos através da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, que ocorreu em Cairo e da IV Conferência Mundial da Mulher, de 1995, que ocorreu em Pequim (BRASIL, 2011; BRARSTED, 2001), contribuindo para firmar conceitos tidos como fundamentais ao que tange o direito das mulheres como universal.

Desse modo, a luta pelos direitos da mulher segue até hoje, para tanto, é imprescindível que a população também conheça a legislação vigente, nesse caso mais especificamente referente aos direitos do atendimento do pré-natal de qualidade, da assistência ao parto humanizado e ao puerpério, da assistência ao recém-nascido, do controle e prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama e do controle de doenças sexualmente transmissíveis, pois somente através da propagação da informação existe a possibilidade de esses direitos serem respeitados e cumpridos (BRASIL, 2011; CFEMEA, 2006). Desse modo, a questão dos direitos reprodutivos é um símbolo do fortalecimento da emancipação da mulher, onde estes extrapolaram a academia e os movimentos feministas passando a fazer parte da agenda política (NETO et al. 2008).

3.1.2 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA

A assistência ao pré-natal é caracterizada como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que possuem o objetivo de vigiar a evolução da gestação e a promoção da saúde da gestante e do bebê (BRASIL, 1998) Assim, a realização de um pré-natal de qualidade faz parte dos programas e ações do governo. Distinguimos a assistência ao pré-natal como um conjunto de ações voltadas para a identificação de riscos e implementação de medidas que visam trazer maior nível de saúde para a mulher e também ao conceito (CORCHUELO-OJEDA; GONZÁLEZ, 2014). Desse modo, vale ressaltar a importância da condição feminina durante a gestação e a importância da sensibilização dos profissionais para atuarem nessa fase, levando em consideração as políticas públicas voltadas a esse período, como por exemplo: a Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011, que engloba os direitos de saúde voltados a gestantes; considerando Leis como a 8080/90, 11.634/07, as portarias N° 569/GM/MS/00, 399/GM/MS/06, 2.669/GM/MS/09, 4.279/GM/MS/10, as quais apontam para um cuidado de modo integral (BRASIL, 2011).

Para tanto, primeiramente é necessária a realização de teste rápido ou exame sorológico para confirmação ou não da gravidez, podendo assim ocorrer a realização de

um correto diagnóstico e aí sim se iniciar todo o acompanhamento e cuidado relacionados ao pré-natal para com a mulher, registrando o trimestre que esta se encontra ao iniciar o pré-natal. Se o diagnóstico for realizado até as 13ª semana compreenderá o 1 trimestre, entre 14ª e 27ª semana se enquadra no 2º trimestre e acima de 28 semana já será no 3º trimestre. Desse modo, o calendário de atendimento do pré-natal será programado em função da idade gestacional identificada na primeira consulta, dos melhores períodos para a coleta de dados pertinentes ao seguimento da gestação, dos períodos que é necessária a intensificação da vigilância devido a probabilidade da incidência de complicações e considerando os recursos disponíveis nos serviços de saúde, além da possibilidade de acesso das gestantes aos mesmos (BRASIL, 2000).

Após a realização da primeira consulta da gestante pelo médico (a) ou enfermeiro (a), este solicitará exames de rotina como grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), hemoglobina, glicemia de jejum, colpocitologia oncótica e bacterioscopia do conteúdo vaginal, os dois últimos somente se necessários, além do mais, o mesmo referencia a mulher para as ações complementares como o atendimento odontológico, a vacinação se necessária, atendimento de maior complexidade se o caso exigir e para o agendamento de consulta subsequente (BRASIL, 2000).

Na busca pela diminuição das taxas de transmissão vertical do HIV e da infecção por sífilis, destaca-se a importância do trabalho em equipe e a atuação do cirurgião-dentista como um dos responsáveis por atuar na identificação precoce dessas doenças (BRASIL, 2012b). Além do mais, segundo o Ministério da Saúde e as orientações da Organização Mundial da Saúde, o início precoce da assistência ao pré-natal tido como modelo, dá-se no primeiro trimestre gestacional. Sendo de suma importância para que intervenções essenciais possam vir a ser desenvolvidas, como por exemplo, prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, controle da anemia, assim como, manejo da diabetes (DOMINGUES et al. 2005).

Ainda após a confirmação da gravidez deve-se realizar a avaliação para a diferenciar se a gestação se enquadra no pré-natal de baixo ou alto risco. A avaliação do risco precisa acontecer permanentemente em toda consulta que for realizada, pois quando são identificados fatores relacionados a um pior prognóstico gera-se uma exigência de avaliações/consultas mais frequentes, mas que muitas vezes não aponta para a necessidade de procedimentos com maior densidade tecnológica (BRASIL, 2012b).

Os fatores que podem indicar o encaminhamento ao pré-natal de alto risco encontram-se relacionados às condições prévias, como cardiopatias, pneumopatias

graves, nefropatias graves, endocrinopatias, doenças hematológicas, doenças autoimunes, antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar entre outros (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012b). Esses fatores apontam para um aumento de 10% na probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou até mesmo fetal. Desse modo, essas mulheres precisam de uma atenção especial, com a finalidade de reduzir a morbimortalidade materna e também perinatal. Já nas situações em que não se evidencia a necessidade da utilização de alta densidade tecnológica em saúde, poderemos considerar a gestação como sendo de baixo risco. Lembrando, que mesmo com a definição da gravidez de baixo risco, isso somente poderá ser confirmado ao final do processo gestacional, pois trata-se de um processo dinâmico e que apresenta complexas mudanças anatômicas e funcionais que se desencadeiam durante esse ciclo, exigindo avaliações contínuas e específicas em cada período (BRASIL, 2012b).

Ainda não há um consenso sedimentado sobre o número ideal de consultas de pré-natal pelo qual a gestante deve passar (DOMINGUES et al. 2005). Considerando o preconizado pela OMS, esta aponta que países menos desenvolvidos deveriam realizar no mínimo quatro consultas de pré-natal, enquanto os mais desenvolvidos deveriam realizar um número maior que esse (VILLAR et al. 2001). Outra iniciativa que buscou demonstrar um indicador de qualidade da realização do pré-natal, foi a Rede Cegonha, que instituiu a realização de mais de sete consultas como indicador de qualidade (BRASIL, 2011). Levando em consideração o exposto e a importância do acompanhamento durante o pré-natal, o MS aponta que a mulher deve realizar no mínimo seis consultas, intercalando o acompanhamento entre médico e enfermeiro. Se for possível as consultas devem ser realizadas mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana e semanalmente de 36ª até 41ª semanas (BRASIL, 2012b).

Evidenciando a importância do vínculo para que a mulher sinta-se segura e confie nos profissionais, para que esses possam acompanhar a gestação até o final. O mesmo se constrói pela realização da escuta e do acolhimento da gestante, do seu parceiro e dos seus familiares, o que torna esse um momento único e privilegiado que possibilita discutir e esclarecer questões e dúvidas que possam existir (KALCKMANN et al. 2010; BRASIL, 2000; BRASIL, 2012b). Para tanto, esse diálogo precisa ser franco e o profissional necessita fazer uso de sensibilidade para que consiga colocar o saber em saúde a disposição da mulher e da sua família, que são os principais atores envolvidos na gestação e no parto, pois assim tabus que talvez ainda existam possam ser desconstruídos (BRASIL, 2000; BRASIL 1998) e o acompanhamento pode ser continuado.

Ademais, a realização de um pré-natal de qualidade se constrói pela valorização de aspectos particulares de cada gestante, como alterações físicas e emocionais que cada mulher vivencia ao seu modo (CODATO et al. 2011). Tais transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou até mesmo a curiosidade em saber o que acontece e acontecerá no interior de seu corpo. Considerando o cuidado com a gestante e pensando em todos os aspectos abordados anteriormente é preciso trabalhar a assistência à saúde no pré-natal de modo integral, buscando uma organização que objetive atender as reais necessidades da gestante, por intermédio da utilização de conhecimentos técnico-científicos que existam (BRASIL, 2000). Assim, a gestação é um período que impõe aos profissionais de saúde a necessidade de conhecimento acerca das alterações que ocorrem com a gestante, para que possam fazer uma abordagem diferenciada como esse momento exige (CODATO et al.2011; BRASIL 2008).

Muitos profissionais estão envolvidos no cuidado da mulher durante o pré-natal, mais especificamente na Estratégia de saúde da Família os trabalhadores incumbidos dessa função são representados por meio do agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro (a), médico (a), cirurgião-dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal, os quais possuem papéis diferentes, porém complementares durante a realização do pré-natal (BRASIL, 2012b).

Assim, o cuidado desenvolvido pela Atenção Básica engloba as ações de saúde que precisam estar voltadas para a cobertura da população-alvo da área de abrangência da unidade básica de saúde, garantindo a continuidade do cuidado por meio do atendimento, acompanhamento e da avaliação do impacto dessas ações sobre a saúde materna. Para que esse controle possa transcorrer da melhor forma possível faz-se necessário a existência de instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, os quais auxiliem no acompanhamento da evolução da gestação por meio da coleta de dados realizada em cada encontro/consulta, além de facilitar a troca de informações entre os serviços de referência e contra referência (BRASIL, 2000).

Desse modo, para o registro deve ser utilizado o cartão da gestante; para a coleta de dados deve-se usar a ficha perinatal e a avaliação das ações de assistência pré-natal precisa ser documentada por meio do mapa de registro diário. O primeiro e o segundo instrumentos precisam conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério, já o terceiro deve conter as informações mínimas de cada consulta realizada. No cartão da gestante aparecem os dados referentes ao acompanhamento da gestação realizado pelo serviço de saúde, apontando par questões

como realização os exames do 1º trimestre, do 2º trimestre e do 3º trimestre. Além disso, existe um espaço reservado para evidenciar o acompanhamento odontológico, por ele os profissionais podem verificar se a gestante já realizou minimamente uma consulta odontológica, como é preconizado pelo MS (BRASIL, 2000).

Dentre as funções do cirurgião-dentista está a tarefa de orientar as mulheres sobre a importância da realização do pré-natal, dos testes rápidos (sífilis, HIV e hepatite), da vacinação (tétano e hepatite B), dos hábitos alimentares saudáveis e da higiene bucal, verificar se foi fornecido o cartão da gestante e se está devidamente preenchido, avaliar a saúde bucal da gestantes, se existe necessidade/possibilidade de tratamento levando em consideração os cuidados indicados em cada período da gravidez, adequar o meio bucal, realizar atendimento de intercorrências/urgências odontológicas e encaminhamento para níveis de maior complexidade quando necessário. Desse modo, caminhando ao encontro dos estudos que reportam que o cuidado ofertado a gestante precisa se dar cada vez mais de modo integral e integrado entre os profissionais, para que tenhamos mais qualidade no pré-natal e assim melhorarmos os indicadores de saúde (BRASIL, 2012b).

Vale ainda ressaltar que faz parte da rotina da atenção básica durante o período gestacional desempenhar ações de promoção da saúde, de prevenção e o tratamento das complicações que podem ocorrer durante essa fase e após o parto. Mas para que tudo transcorra com segurança é preciso cuidar da gestante, do seu parceiro e da sua família. Afinal, compreender o contexto em que cada gestação se dá é fundamental para o seu desenvolvimento e para a relação que a mãe e toda a família terão com o bebê após o seu nascimento, pois quanto mais forte é o vínculo nessa situação melhor será o processo de recuperação da mulher, mais fácil será para realizar a amamentação no peito se não existir nenhum fator fisiológico que possa trazer alguma interferência acarretando assim um desenvolvimento mais saudável (BRASIL, 2000).

Aponta-se para os diferentes tipos de atividades de promoção e educação em saúde, como realização de grupos, dramatizações, oficinas, palestras, assim como, a importância da divulgação das mesmas na comunidade. Atividades que servem como meio de ampliação do cuidado em que diversos profissionais podem interagir conjuntamente e com as gestantes, mas o essencial é que as informações transmitidas nessas atividades transformem-se em conhecimento compreendido (LUA et al. 2013).

Além disso, o cuidado odontológico com relação ao binômio mãe/bebê se estende para além do pré-natal. Após o parto, a mulher e o conceito passam a ser acompanhados na Estratégias de Saúde da Família pela puericultura, envolvendo o eixo de atenção à

saúde da criança. Cabendo ao profissional realizar as orientações que a puérpera necessita para dar seguimento aos cuidados exigidos nessa fase (BRASIL, 2004b).

3.1.3 ALTERAÇÕES SISTÊMICAS NO PRÉ-NATAL

Durante a gravidez ocorre a elevação da frequência cardíaca aliada ao aumento do consumo de oxigênio, do débito cardíaco, assim como, do volume sistólico, garantindo o ajuste contínuo do volume sanguíneo ao leito vascular. Trazendo como característica a diminuição da pressão arterial até a metade do período gestacional com posterior aumento até o final. Sendo essencial a verificação da pressão, pois a hipertensão arterial é um grave problema e sua manifestação pode surgir em qualquer momento da gestação. O aumento da pressão arterial aliado a uma quantidade considerável de proteína na urina da gestante caracterizam uma desordem hipertensiva chamada de pré-eclâmpsia, a qual apresenta uma grande contribuição nos casos de morbimortalidade materno-infantil. Constituindo desse modo uma das mais graves complicações e que podem afetar tanto a mãe quanto o feto (BOUTIGNY et al. 2016). Também existe alteração na respiração da mulher, pois o aumento do índice metabólico basal causa uma maior demanda por oxigênio elevando a frequência respiratória (BECKER et al. 2008).

Temos ainda a possibilidade de nos depararmos com quadro de anemia materna, pois a hematopoiese fetal faz com que a mulher necessite de aproximadamente 55% a mais de ferro na sua alimentação (BECKER et al. 2008). Assim, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o limite normal de hemoglobina na gestação é de 11 g/dl, abaixo disso é considerado quadro de anemia independentemente da idade gestacional apresentada, desse modo, recomenda-se o uso suplementar de ferro como forma de prevenção a partir da segunda metade da gestação (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002).

Ocorrem também alterações endócrinas que envolvem a adeno-hipófise que aumenta durante essa fase, neuro-hipófise que apresenta diminuição de seu volume, paratireoides que mantem a concentração do hormônio da paratireóide intacto e aumenta proteína relacionada hormônio da paratireoide, tireóide que apresenta um aumento de aproximadamente o dobro de globulina de ligação de tiroxina atingindo seu máximo entre a 20^a e a 24^a semana além disso, existe uma depuração renal aumentada de iodo e uma necessidade de T4 o que leva a uma elevação da captação de iodo pela tireóide e as supra-renais que demonstram alterações nos níveis de cortisol, adrenocorticotrófico, renina plasmática, angiotensina, aldosterona. Existe também o processo da imuno-modulação,

pois na gestação temos a estimulação do sistema imunológico inato em consonância com a supressão do sistema imunológico adaptativo (NEVES; MEDINA; DELGADO, 2007).

Ademais, algumas alterações hematológicas podem acometer a mulher durante a gestação como redução dos parâmetros eritrocitários, hemoglobina e hematócrito e o aumento da produção de eritropoietina. Ainda podem apresentar alterações leucocitárias e humorais. Existe também modificações uterinas como hipertrofia e dilatação, as quais requisitam uma ampliação da vascularização e o aumento progressivo que acontece com a placenta igualmente corrobora para a elevação do número de vasos sanguíneos. Desse modo, conhecer as mudanças que permeiam essa fase auxilia na realização de uma adequada avaliação de todo o processo que envolve a gestação (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002).

Todas essas alterações geraram preocupações, levando a realização de pesquisas, que se expandiram rapidamente em poucos anos e trabalharam a respeito da associação entre doença periodontal e diversas doenças crônicas, indicando interferir na diabetes, em doenças cardiovasculares, na síndrome metabólica e em desfechos adversos na gestação (BOUTIGNY et al. 2016). Ademais, queixas maternas como: náusea, vômito, pirose, sialorréia, fraquezas, desmaios, dor abdominal, cólicas, constipação, vertigem, palpitações, dor pré-cordial, sonolência, insônia, câibras, astenia, depressão, prurido, leucorréia, polaciúria, varizes e a lombalgia são consideradas usuais na gravidez (BRASIL, 2000; BECKER et al. 2008). Assim, é de suma importância conhecer as modificações sistêmicas pelas quais a mulher venha a passar durante a gestação, pois essas podem desencadear alterações indesejáveis e/ou desconfortáveis durante esse período, o que pode colocar em risco a saúde do binômio mãe-bebê (BECKER et al. 2008).

3.2 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA E AGRAVOS DURANTE A GRAVIDEZ

Ao realizar o atendimento à gestante, o cirurgião-dentista precisa estar atento as condições de saúde geral da mesma, ao trimestre que esta encontra-se e se o procedimento a ser realizado, encaixa-se como eletivo ou não, avaliando os contras e os prós em relação ao procedimento a ser realizado (BRASIL, 2008). De acordo com American Dental Association (ADA) – 1995, o atendimento odontológico pode ser realizado em qualquer período da gestação, evidenciando que é mais prejudicial para a saúde do bebê a manutenção de infecções que possam existir na cavidade bucal da gestante do que o

próprio tratamento instituído (ADA, 1995). Porém, alguns cuidados devem ser tomados, lembrado que no primeiro trimestre ocorrem as principais transformações embriológicas, assim, recomenda-se evitar, mas não é proibido utilizar tomadas radiográficas desde que se faça uso das barreiras de proteção (BRASIL, 2008), além disso, nesse período a mulher pode sofrer com episódios recorrentes de náuseas e vômitos, fato este que pode dificultar o atendimento odontológico, mas não impedir (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

Já no segundo trimestre temos o período mais estável e indicado para a realização de intervenções odontológicas, pois no terceiro trimestre a gestante sente muito desconforto, além de possuir risco maior de ter síncope, hipertensão e anemia (BRASIL, 2008), apresentar uma frequência urinária aumentada, edema nas pernas e sentir-se desconfortável quando em posição de decúbito dorsal, pontos estes que não caracterizam esse como o período mais favorável para atendimento (MILLS; MOSES, 2004).

O atendimento em qualquer trimestre da gestação é aceitável, quando se trata de urgências odontológicas, visto que nenhuma necessidade deve ser negligenciada por medo de colocar em risco a saúde do binômio mãe-bebê, o que aponta para a importância do conhecimento advindo do profissional que irá prestar o atendimento (VASCONCELOS et al. 2012). Além disso, a realização de atendimento e tratamento odontológico durante a gestação, acarreta benefícios relacionados a melhora na condição de saúde bucal e também na qualidade de vida, além do mais, são tidos como métodos seguros e eficazes desde que sejam consideradas as assertivas a respeito das peculiaridades do atendimento a gestante, considerando também o uso correto de analgésicos, anestésicos e antimicrobianos seguros a esse período. É de suma importância ponderar que a realização do atendimento entre 13^a e 21^a semanas não implica em aumento de taxas de abortos espontâneos (perda do feto antes de 20 semanas gestacionais), natimortos, presença de malformações congênitas, pré-eclâmpsia ou parto prematuro (OPPERMANN et al. 2013).

Outra questão a ser considerada, refere-se as modificações nos níveis de estrogênio e progesterona, causando mudanças fisiológicas e físicas na gestante, como alterações no trato respiratório, circulatório, hematológico, renal, gastrointestinal, endócrino, geniturinário e sistemas músculo-esqueléticos. Há ocorrência de modificações na cavidade oral também, com isso, as grávidas podem possuir maior susceptibilidade para desenvolver infecções, devido à elevação do volume sanguíneo e da vasodilatação, pois esse fato facilita a disseminação de bactérias (BOUTIGNY et al. 2016).

Além do mais, nessa fase, o periodonto é afetado, pois a progesterona que está com seu nível aumentado, auxilia no aumento da permeabilidade vascular, na alteração da resposta imune; podendo esta ficar mais atrasada o que facilita para que o processo de infecção se dissipe, na alteração da taxa e também do tipo de colágeno produzido na gengiva, repercutindo na redução do potencial reparador e também na manutenção tecidual (BOUTIGNY et al. 2016; OPPERMANN et al. 2013). Além disso, o nível de estrogênio também encontra-se aumentado, provocando diminuição na queratinização e da efetividade da barreira epitelial. Clinicamente é possível perceber aumento na inflamação gengival durante a gestação, apresentando estimativas entre 30 e 100%, fator que aponta para a importância do acompanhamento odontológico nesse período e também de ações de educação em saúde (OPPERMANN et al. 2013).

Desse modo, as doenças periodontais, classificadas como gengivite e periodontite são caracterizadas como desordens inflamatórias comuns que afetam os tecidos circundantes e de suporte dos dentes. Os agentes tidos como mais patogênicos nessa situação são *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis*, *Treponema denticola* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (BOUTIGNY et al. 2016). Sendo assim, as alterações inflamatórias que podem ocorrer nessa fase são: aumento da profundidade de sondagem, aumento do aparecimento da inflamação gengival, aumento no volume de fluido crevicular gengival e podendo ocorrer também aumento de mobilidade dentária (OPPERMANN et al. 2013).

Vale ressaltar que as mudanças fisiológicas na gravidez ajudam a exacerbar a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam controle de placa deficiente, desse modo, uma das práticas indicadas nessa fase é a técnica de adequação do meio bucal e o controle efetivo de placa, caracterizando-se como boas condutas odontológicas preventivas e que podem auxiliar a diminuir os quadros de gengivite e de doença periodontal, ajudando na eliminação de focos infecciosos. Além do controle deficitário da placa pela gestante, como foi explanado, outros fatores podem interferir no processo saúde doença do periodonto, como por exemplo as alterações na composição da placa subgengival, a resposta imune e concentração de hormônios sexuais (BRASIL, 2008)

Por isso, deve-se prestar muita atenção na questão da doença periodontal, pois a mesma possui a capacidade de auxiliar no aumento dos níveis plasmáticos da prostaglandina, que é caracterizada como um mediador da inflamação e também como responsável pela indução do parto, fato este que torna tão importante o controle da

gingivite e periodontite durante o período gestacional (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006). Destaca-se, que as pesquisas apontam não haver um consenso entre doença periodontal e sua relação causal com parto prematuro/baixo peso ao nascer, elas mostram-se heterogêneas quando se trata desse assunto dificultando a interpretação dos resultados e sua transposição para a prática clínica. Entretanto, pode-se concluir não existir diferenças nas taxas de eventos gestacionais classificados como adversos (parto prematuro), quando comparado gestantes que receberam ou não tratamento periodontal durante a gravidez (OPERMANN et al. 2013).

Mas, não somente as estruturas dos tecidos de sustentação podem ser afetadas, a própria estrutura dentária pode ser atingida, afinal nesse momento existe diminuição da capacidade fisiológica do estômago fazendo com que a gestante passe a realizar a ingestão de alimentos em quantidade menor, porém com uma frequência maior (BRASIL, 2008). Além disso, as alterações que podem ocorrer na cavidade bucal, podem provocar modificações na composição salivar, com variações no pH, na capacidade tampão e também nos níveis de peroxidase (OPERMANN et al. 2013). Desse modo, as gestantes apresentaram aproximadamente 3 vezes mais chances de sofrerem com a cárie dentária do que as outras mulheres, devido ao fato da necessidade que sentem por sacarose e por muitas vezes apresentarem pobre controle de biofilme aliado a quadros frequentes de vômitos (SHARIF; SADDAKI; YUSOFF, 2016).

Estes fatores podem auxiliar no aumento do risco à cárie dentária, assim, evidenciando a importância da realização de uma boa higiene bucal e do acompanhamento com o cirurgião-dentista (BRASIL, 2008). Ainda, os quadros recorrentes de vômitos, podem interferir nas atividades diárias, assim como, aumentar o risco de desidratação, o baixo ganho de peso e até mesmo a perda de peso das gestantes (SHARIF; SADDAKI; YUSOFF, 2016). Além disso, a gestante pode sofrer com erosões dentárias decorrentes de frequentes casos de náuseas e vômitos, ou até mesmo se deparar com um granuloma gravídico (prevalência estimada de 0,5-9,6%) (OPERMANN et al. 2013).

O mesmo, pode ser conhecido como granuloma piogênico, ocorre nas mulheres grávidas e não representa um perigo. Ele normalmente é encontrado na maxila, em regiões inflamadas, podendo ser plano ou pediculado, variando de um vermelho-púrpura profundo até a cor rosa e apresentando uma maior incidência no segundo trimestre. Seu crescimento é rápido e tende a regredir pós-parto, mas em alguns casos para que se tenha a resolução completa do problema é preciso realizar excisão cirúrgica. Porém, se a mulher

apresentar sangramento ao mastigar ou falar, sentir algum desconforto ou sofrer algum prejuízo no alinhamento dentário deve-se considerar a possibilidade da realização da excisão mesmo durante a gestação (KLOETZEL; HUEBNER; MILGROM, 2011).

Desse modo, indo ao encontro do que foi abordado anteriormente e em consonância com o disposto nas condutas gerais do Caderno de Atenção Básica nº 32, destaca-se a importância de se referenciar a gestante para o atendimento odontológico. Ressaltando a importância de toda mulher grávida consultar com o cirurgião-dentista para ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso a água fluoretada e a todas as doenças que podem acometer a cavidade bucal (SILK et al. 2008)

3.2.1 UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DE EXAMES RADIOGRÁFICOS NA GESTAÇÃO

Nos dias atuais, com o crescente aumento do hábito da automedicação (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014; CARMO; NITRINI, 2004) torna-se fundamental a orientação quanto aos efeitos nocivos das drogas, lícitas ou ilícitas, sobre o binômio maternofetal, principalmente no início da gestação (PEDRAZA; ROCHA; CARDOSO, 2013). Portanto, com relação a prescrição de medicamentos para gestantes a preocupação primordial está relacionada a evitar os efeitos teratogênicos, afinal devemos considerar que muitos fármacos possuem a capacidade de atravessar a membrana placentária por meio da difusão. Evidenciando o período que abarca da quarta à oitava semana de vida intrauterina como o de risco mais elevado para os agentes teratogênicos, pois trata-se do período da organogênese, ou seja estão sendo formados os principais órgãos e sistemas do bebê (VASCONCELOS et al. 2012).

Pensando nessas questões e buscando associar o risco de uso de drogas medicamentosas na fase gestacional, assim como orientar o cirurgião-dentista com relação a terapêutica mais indicada durante a gravidez, a FDA (Food and Drug Administration) realizou a classificação dos fármacos em cinco categorias A, B, C, D e X considerando o risco e seus efeitos na gestação (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006; VASCONCELOS et al. 2012):

A) foram realizados estudos controlados em humanos e estes não indicam riscos aparentes para o feto;

B) foram realizados estudos em animais e estes não indicam risco para o feto, mas ainda não apresentam estudos confiáveis com mulheres grávidas;

C) foram realizados estudos em animais que mostraram efeitos adversos para o feto, porém não existem estudos em humanos;

D) foram realizados estudos que apontam para evidências positivas com relação a risco fetal humano, cujos benefícios podem justificar o uso;

X) Há evidências positivas com relação a anormalidades fetais, apontando contra-indicações tanto em mulheres grávidas quanto nas que pretendem engravidar, pois os riscos superam os benefícios

Ao que se refere a anestésicos locais a sua grande maioria é classificada na categoria B, de acordo com a FDA, porém a mepivacína e a bupivacaína estão na classificação C. O tipo de solução anestésica mais utilizada na prática diária da odontologia é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000. Adverte-se o uso de benzocaína, que está presente em anestésicos do tipo tópico e também a utilização da prilocaína, essa possui a capacidade de atravessar a placenta mais rapidamente, ambos possuem a capacidade de diminuir a circulação placentária, além de apresentarem risco de metemoglobinemia na grávida ou no feto e até hipóxia fetal. Além disso, o uso de soluções anestésicas contendo felipressina na sua composição precisa ser realizado com prudência, afinal quando em doses elevadas esse tipo de vasoconstritor pode estimular as contrações uterinas, isso se deve ao fato de apresentar semelhança estrutural com o hormônio ocitocina. Além do cuidado na escolha da solução anestésica que será utilizada é preciso cuidar no modo de administrá-la, procedendo com uma injeção lenta do conteúdo anestésico e com prévia aspiração, afim de evitar a injeção intravascular do conteúdo elencado (ANDRADE, 2006; VASCONCELOS et al. 2012).

Quanto ao uso de analgésicos e anti-inflamatórios no período gestacional, o emprego de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) e de ácido acetilsalicílico (AAS), possuem tendência para causarem hemorragias na gestante e no feto, além de poderem desencadear contração insuficiente do útero durante ou até mesmo após o parto e também o fechamento prematuro dos canais arteriais no feto, assim, o seu uso deve ser comedido durante a gestação. Mais atenção ainda deve ser dispensada no último trimestre, pois seu uso pode desencadear o prolongamento do trabalho de parto, em razão de interferirem na síntese de prostaglandinas, que são hormônios que estão relacionados com às contrações uterinas. Sobre as analgésicos, o paracetamol está na classificação B e quando utilizado em doses terapêuticas não apresenta efeitos teratogênicos, desse modo, dentre as opções presentes no mercado, este apresenta-se como o mais indicado para gestantes em caso de dor considerada suave ou moderada. Ficando a dipirona como segunda opção de escolha,

por apresentar como efeito colateral o risco de agranulocitose. Para uso tópico, pode ser utilizado o corticosteroide como a prednisona ou prednisolona no controle de lesões inflamatórias orais, por apresentarem dificuldade para atravessar a barreira placentária (VASCONCELOS et al. 2012).

Com relação as infecções bacterianas, a remoção da causa consiste no principal procedimento de tratamento, que no caso de abscessos periapicais ou periodontais, pode ser através do estabelecimento de uma via de drenagem. Além disso, se houver indicação do uso de antimicrobianos, no período gestacional deve-se utilizar como primeira escolha as penicilinas, sendo as mais indicadas a amoxicilina e a ampicilina, ambas da categoria B. Para as gestantes que apresentam história prévia de alergia a essa medicação, pode-se utilizar a eritromicina, preferencialmente sob forma de estearato e para casos de infecções mais avançadas, existe a possibilidade de utilização da associação de penicilina com metronidazol (ANDRADE, 2006).

Outro componente utilizado corriqueiramente e que traz questionamentos durante a gravidez é o uso de fluoretos. Sabemos que o flúor é um importante ator na prevenção da doença cárie aliado a uma boa higiene bucal. Durante o período gestacional o feto está envolto pela placenta que atua como uma barreira, porém baixas concentrações de flúor que vão até 0,4 ppm conseguem ultrapassá-la e ainda a transmissão desse componente pode se dar do plasma para o leite da mãe e posteriormente para a criança, ao transcorrer a amamentação no peito. Mas os maiores benefícios do uso de fluoretos se dão através do uso tópico, ou seja, por meio de contato direto com a superfície dentária (DOMEN; STERBENK; ARTNIK, 2016).

Mais um ponto essencial diz respeito sobre a realização de exames radiográficos durante a gestação, assim, recomenda-se utilizar as medidas de precaução como, uso de avental plumbífero, protetor de tireóide, realizar regulação da dose e duração dos raios X, se possível uso de filme radiográfico ultrasensíveis, preferencialmente tipo E e profissional capacitado para evitar repetições por erro de técnica (CODATO et al. 2011). Se isso for observado e seguido não há necessidade de postergar a tomada radiográfica para após o nascimento da criança, pois a quantidade de radiação pela qual a gestante é exposta quando realizada uma tomada radiográfica do tipo periapical é consideravelmente menor do que a dose necessária para causar malformações, afinal o feto recebe apenas 1/50000 da exposição direta na cabeça da mãe (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006; VASCONCELOS et al. 2012)

3.2.2 MITOS E MEDOS RELACIONADOS AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DURANTE A GRAVIDEZ

Um estudo realizado por Scavuzzi et al. (1998), apontou que no Brasil 32,6% das gestantes não buscavam atendimento odontológico por medo que os procedimentos que fossem realizados pelo cirurgião-dentista pudessem causar algum dano ao bebê. Fato este que ainda ocorre nos dias atuais, por isso precisamos de estudos que possam auxiliar na desmitificação dessa ideia. Desse modo, os profissionais de saúde tem a função de atuar como agentes em educação em saúde, contribuindo para a desmitificação dos mitos e medos relacionados ao atendimento odontológico e o fato da mulher estar grávida, estimulando assim o autocuidado do binômio mãe-bebê. Ademais, é de suma importância levar em consideração que as vantagens advindas das boas práticas de saúde podem se estender ao bebê, por intermédio da adoção de hábitos saudáveis e de medidas preventivas, que podem minimizar a probabilidade de surgir alguma patologia na criança (CODATO et al. 2011).

As questões relacionadas as dificuldades e particularidades do atendimento odontológico às gestantes na Estratégia de Saúde da Família, são colocadas como impeditivos ou facilitadores para tal, relacionando-as com os aspectos culturais, mitos e crenças das gestantes e da população em geral, assim como o despreparo dos profissionais da área da saúde. Por isso, é preciso buscar encorajar o cirurgião-dentista para que este incorpore na rotina da ESF e da equipe de saúde bucal atividades que promovam o cuidado e a assistência odontológica as gestantes (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004). Afinal, nos dias atuais ainda nos deparamos com o medo de ir ao dentista poder estar relacionado as questões históricas e ao fato da odontologia ter iniciado de modo muito rudimentar, pois no princípio da profissão não era nem exigido que o profissional soubesse ler, eram utilizadas técnicas e materiais rudimentares e isso pode ter contribuído para a vivência de experiências desagradáveis (CODATO et al. 2011).

Fora essas questões, o estudo de Brend et al.(1992) alega que esse medo pelo dentista pode estar associado à dor, ao instrumental, ao procedimento em si e ao próprio dentista, quando o mesmo se comporta de modo autoritário e não considera toda carga emocional que está envolvida no atendimento nesse período. Assim, é de suma importância que o profissional nunca esqueça que além da boca, está lidando com um ser humano que quer ser acolhido, quer receber atenção e esclarecimentos adequados.

3.2.3 CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E DAS GESTANTES REFERENTE A ODONTOLOGIA E O PRÉ-NATAL

Alguns profissionais preferem não atender gestantes no primeiro trimestre, com medo de sofrer algum processo caso ocorra algo com a criança, ou ainda outra justificativa deve-se a mitos que os próprios profissionais possuem, apontando para a necessidade de se investir em educação, principalmente nos programas de graduação e pós-graduação em odontologia (CODATO et al. 2011). Assim, pesquisadores abordam a questão relacionada a contribuição dos profissionais para criar ou perpetuar mitos e medos com relação ao atendimento odontológico no pré-natal (CODATO et al. 2011; VASCONCELOS et al. 2012), trazendo falas de usuárias de serviços de saúde que podem evidenciar esse fato, como por exemplo “Sou contra RX. Pois escutamos os médicos falarem que mulher grávida não pode chegar perto de RX.” Ou ainda “Minha dentista pediu que eu esperasse ganhar o bebê para depois fazermos a restauração... por causa da anestesia” (CODATO et al. 2011).

Além disso, evidenciar a visão do enfermeiro acerca da saúde bucal na gestação é fundamental, alguns relatos brasileiros apontam que suas percepções reportam o cuidado centrado no seu próprio núcleo de atuação, demonstrando a preocupação com o cumprimento das recomendações instituídas pelo Ministério da Saúde, porém em nenhum momento abordando especificamente a questão da importância do acompanhamento e/ou orientação relativa à saúde bucal das gestantes (JORGE et al. 2015).

Contudo, é preciso recordar e reforçar o papel do enfermeiro durante o processo de acompanhamento do pré-natal, pois estes são fundamentais para auxiliarem na transmissão de informações a respeito de saúde bucal durante a gestação, assim como para solidificar a relevância do cuidado com a saúde oral tornar-se rotina na prática do dia-a-dia das futuras mães. Entretanto, para que isso ocorra é necessário que os profissionais estejam capacitados, dispostos e que sejam capazes de aconselhar as gestantes. Identificando assim a importância da realização de treinamentos e qualificações dos enfermeiros, para que estes possam desempenhar esse papel com qualidade. Assim, um dos pontos interessantes a ser abordado é a capacitação do enfermeiro para que este seja capaz de realizar uma triagem oral, identificando a condição de saúde bucal da gestante, podendo iniciar um trabalho educativo e o encaminhamento da grávida para o acompanhamento com o cirurgião-dentista (SHARIF; SADDKI; YOUSOFF, 2016).

Há também relatos de enfermeiros que apontaram haver relação entre presença de placa bacteriana e doença periodontal, porém erroneamente muitos ainda tinham a concepção de que o feto atrai o cálcio dos dentes da mãe e 96,2% revelaram ter conhecimento sobre o uso de creme dental fluoretado atuar como agente de prevenção contra a cárie dentária. No entanto, ainda é controversa a opinião a respeito do que deve ser feito se a gestante relatar durante a consulta o fato de ter sangramento gengival, alguns profissionais acreditam que o melhor a fazer é parar de efetuar a escovação dentária e outros acreditam que a escovação deve ser mantida. Sim, a higiene bucal deve continuar sendo realizada para que a gengivite não evolua para uma periodontite (SHARIF; SADDKI; YOUSOFF, 2016).

Um estudo realizado na França, abordou os conhecimentos dos ginecologistas, obstetras, parteiras e dentistas em relação as infecções orais e a gestação e suas práticas diárias a respeito dos cuidados com a saúde oral. Os dados sobre as manifestações bucais mais reportadas pelos profissionais foram a respeito de gengivite/sangramento gengival. Além disso, para os dentistas a gestação não aumenta o risco a cárie, já para os outros profissionais sim. Ainda se destaca o fato de quase 70 % dos profissionais responsáveis pelo cuidado no pré-natal não realizam o exame oral em suas pacientes, apenas 20% dos demais colegas relataram encaminhar a gestante para acompanhamento odontológico. Essa situação aponta para a necessidade de melhorar a formação dos profissionais, de se trabalhar com educação continuada e sobre a importância da atualização das práticas que são utilizadas para o cuidado e para a prevenção (BOUTIGNY et al. 2016).

Além disso, a gravidez apresenta-se como um momento ímpar na vida da mulher, no qual o amor e o cuidado com o feto levam exclusivamente à realização de práticas que sejam consideradas seguras e inócuas para o binômio mãe-bebê. Deste modo, os programas e propagandas que possuem a finalidade transmitir informação acerca de cuidados odontológicos durante o pré-natal precisam ser realizados constantemente para que a mulher vá assimilando conhecimento antes de estar grávida, assim acredita-se que fica mais fácil para diminuir os receios sobre o cuidado com a saúde bucal e facilita o atendimento durante o pré-natal (CODATO et al. 2011).

Um estudo baseado em uma revisão integrativa aponta a percepção de gestantes e puérperas imbricada na assistência ao pré-natal, afirmando que a maioria das mulheres relataram que não receberam informações sobre saúde bucal e poucas obtiveram sobre o aleitamento materno. Além disso, afirma que o uso do SUS pelas gestantes está intrinsecamente ligado ao bom atendimento e na relação de afetividade adquirida com os

profissionais de saúde, apontando que estes são fatores determinantes para a satisfação e/ou insatisfação referente ao atendimento recebido durante o pré-natal (JORGE et al. 2015).

Uma outra questão interessante a ser pensada diz respeito ao conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal e a interferência que este fato pode ter com o cuidado dispensado com a higiene bucal da criança nos primeiros anos de vida e a relação com a cárie precoce na infância e as implicações futuras que está apresenta, como prejudicar o desenvolvimento cognitivo e a qualidade de vida. Para tanto, é preciso que o programa de pré-natal englobe o atendimento odontológico com a finalidade de atuar como primeira linha de defesa no combate a gengivite durante a gestação e para agir na prevenção de problemas dentários na infância (ZHONG et al. 2015).

3.3 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE PRÉ-NATAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O desenvolvimento dos sistemas de saúde é seguido por ações de monitoramento e avaliação que possuem como objetivo a qualificação dos serviços e das ações ofertadas a população usuária do Sistema Único de Saúde brasileiro. Por intermédio de um conjunto de programas avaliativos independentes, mas complementares entre si, como por exemplo, o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS); o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); a Pesquisas Nacionais de Avaliação do Acesso e de Satisfação dos Usuários e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), almeja-se a melhoria e o aperfeiçoamento da capacidade de gestão do SUS, para que se cumpram os princípios e diretrizes desse sistema (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Encaixando-se nos princípios do sistema a universalidade, a integralidade da atenção e a equidade. Trazendo como diretrizes a regionalização, hierarquização, o comando único em cada esfera de gestão e a responsabilidade tripartite. Mas, para que algo possa ser avaliado é necessário que existam parâmetros que propiciem a comparação, com a finalidade de averiguar piora ou melhora de alguma situação. No campo da saúde trabalha-se com os indicadores, que podem ser quantitativos e/ou qualitativos (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Assim, utilizamos as informações que possuímos para conhecer uma determinada situação ou realidade no campo da saúde e pensar em estratégias que poderiam ser

utilizadas para trazer modificações nos indicadores de saúde por exemplo. Os indicadores de saúde são utilizados como instrumento para identificar, monitorar, avaliar ações e auxiliar as decisões dos gestores. Por meio deles é possível a identificação de áreas de risco e até mesmo evidenciar tendências (MEDRONHO et al. 2009). Além desses pontos, é de suma importância ressaltar que o acompanhamento dos resultados oriundos das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das mesmas, evitando dessa forma desperdiçar esforços com ações sem efetividade. Além do mais, a informação é fundamental para o planejamento de uma equipe (GOES; MOYSÉS, 2012).

Na área da saúde, a informação proporciona subsídio ao processo decisório, uma vez que auxilia na construção do conhecimento acerca das condições de saúde de uma dada população, como por exemplo, sobre a morbimortalidade, relacionada a fatores de risco e condições demográficas (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003). Para que um sistema de informação funcione é necessário que existam dados, informações e conhecimento. Os dados são os elementos mais simples deste processo, a informação é tida como a composição de dados que possuem significado para quem os vê e a junção de nossos aprendizados, nossas experiências e percepções transformarão em conhecimento uma certa realidade (SIQUEIRA, 2005). Para o acompanhamento da gestante utilizamos os dados e as informações do SISPRENATAL, este auxilia também no monitoramento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), além de fornecer informações com vistas a subsidiar o planejamento e a avaliação das ações de assistência prestadas as gestantes e puérperas.

A saúde apresenta fatores que são tidos como determinantes e também condicionantes em uma perspectiva multidimensional, além disso, as desigualdades em saúde se apresentam em razão de uma multidimensionalidade causal, que podem ser evidenciadas entre grupos populacionais que apresentam diferentes condições socioeconômicas e demográficas. Desse modo, no ano de 2000 a Organização das Nações Unidas (ONU), pensando em como reduzir as desigualdades sociais elaborou a Declaração do Milênio, na qual compreendem oito objetivos de desenvolvimento, dentre esses focaremos o quinto, que a ponta para a melhora na saúde materna. Almeja-se essa melhora por meio da redução em pelo menos $\frac{3}{4}$ da mortalidade materna e que se alcance o acesso universal relacionado à saúde reprodutiva (CARDOSO; MENDES; MELÉNDEZ, 2013).

Para auxiliar no alcance da melhoria do acesso e da qualidade das ações ofertadas as gestantes, temos um agente facilitador, o PMAQ, que é um programa que se insere e se relaciona com um conjunto de estratégias prioritárias que são definidas pela Política Nacional de Atenção Básica. O PMAQ instigou e instituiu uma mudança densa no modo de financiamento da AB (PAB Variável) atrelando parte do repasse de recursos à implantação de padrões que sugeririam a ampliação do acesso aos serviços, da melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção, assim como o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores, por meio do monitoramento de indicadores e do alcance de resultados cada vez melhores (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

3.4 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

O Ministério da Saúde (MS) compreende ser de suma importância a execução da gestão pública embasada no monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis focados no melhor atendimento à população, não medindo esforços na intenção de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em busca de atingir qualidade dos serviços de Atenção Básica, que são a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) e devem chegar aos mais diversos contextos sociais que englobam o Brasil. A atenção básica é responsável por atuar envolvendo a população de um território definido e assume responsabilidade sanitária sobre esta. Para realizar o cuidado dos usuários utiliza tecnologias complexas (leves e duras) e variadas, as quais tem a função de auxiliar no manejo adequado das necessidades de saúde da população contemplada no seu território, sempre buscando empregar os critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência na intenção de melhor acolher o usuário e seguindo os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012a).

Desse modo, com a finalidade de incentivar os gestores e também as equipes de saúde a buscarem uma melhora na qualidade dos serviços que são ofertados aos cidadãos do território brasileiro, dentre outras iniciativas, foi lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica através da portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, o qual envolveu esforços municipais, estaduais e federal ou seja nas três esferas de governo. O programa tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, buscando garantir um padrão de qualidade nacional, regional e local. Além disso, se propõe a desenvolver um conjunto de

estratégias que visam a qualificação, o acompanhamento e a avaliação do trabalho praticado pelas equipes de saúde, assim como, elevar o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes do programa e que conseguirem alcançar uma melhora no padrão de qualidade no atendimento efetuado (BRASIL, 2012a).

Depois de realizada a homologação da adesão pelo MS, mensalmente o município participante do programa receberá mediante transferência fundo a fundo 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), referente a cada equipe da atenção básica participante. Compreendendo como valor integral a quantia de R\$ 6.500,00 por equipe, podendo alcançar o valor de R\$8.500,00 quando houver equipe de saúde bucal vinculada à equipe de atenção básica. A posteriori do processo de avaliação externa, o valor a ser transferido a cada município por equipe participante será vinculado ao desempenho que foi apresentado (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

Esse programa possui sua organização baseada em quatro fases que se complementam e juntas conformam um ciclo contínuo que envolve a adesão/contratualização, o desenvolvimento, a avaliação externa e a recontratualização. A primeira fase é caracterizada pela adesão e contratualização, que representa a etapa formal do programa, nela ocorre a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados pelas equipes de saúde, os gestores municipais e o MS, a mesma apresenta caráter voluntário. A segunda fase refere-se ao desenvolvimento de ações com a intenção de promover mudanças e melhoria do acesso e na qualidade da atenção básica, baseia-se na autoavaliação, no monitoramento, na educação permanente e no apoio institucional. Já a terceira fase diz respeito a avaliação externa, onde são realizados um conjunto de ações que buscam averiguar as condições de acesso e de qualidade de todas as equipes participantes do programa, por meio de evidências constatadas através de documentos como: atas, relatórios, instrumentos, prontuários e o que mais a equipe possuir. Por fim, a última fase é caracterizada pela recontratualização, que deve ocorrer somente após a certificação da equipe de atenção básica, então novos indicadores e compromissos são firmados e o ciclo de qualidade previsto pelo programa é completado (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

Os indicadores do ciclo I foram eleitos partindo-se de um conjunto de informações advindas do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), pois somente assim foi possível o monitoramento e a avaliação das equipes. Assim, foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas, sendo estas: saúde da mulher, saúde

da criança, controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, saúde bucal, produção geral, tuberculose e hanseníase e saúde mental. Além disso, eles foram divididos considerando a natureza de seu uso, sendo 24 indicadores de desempenho e 23 de monitoramento (BRASIL, 2012a).

Para o ciclo II os indicadores passaram por algumas alterações para estarem de acordo com os avanços alcançados nos sistemas de registros de informações do país, assim esses foram eleitos partindo-se de um conjunto de informações advindas do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e do prontuário eletrônico (eSUS/SISAB) ainda em implantação, desse modo foi possível o monitoramento e a avaliação das equipes. Assim, foram selecionados 47 indicadores relacionados ao uso do SIAB, os quais foram divididos em 24 indicadores de desempenho e 23 de monitoramento e com relação ao uso do e-SUS/SISAB foram divididos em 12 indicadores de desempenho. (BRASIL, 2013).

Assim, a realização da certificação das equipes baseia-se em parâmetros norteadores que permitem a comparabilidade de desempenho entre as equipes, baseado em médias de desempenho que consideram as dimensões da gestão municipal, da coordenação da atenção básica, da unidade básica de saúde e do perfil, processo de trabalho e atenção à saúde, além da diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos do território brasileiro. De tal modo, que cada município seja distribuído em um estrato diferente que tenha como base critérios de equidade, buscando comparar à média e o desvio-padrão do conjunto de equipes que pertencem ao mesmo estrato (BRASIL, 2012a). Desse modo, acredita-se que partindo dos resultados alcançados por cada equipe, será possível a identificação de tendências que podem auxiliar na estratificação e que possam considerar as especificidades das regiões presentes no nosso país, assim como, no acompanhamento do desempenho das equipes e na comparação entre estas, considerando os esforços dispendidos pelos trabalhadores e gestores (BRASIL, 2013).

4 REFERÊNCIAS

ADA. American Dental Association Council on Access, Prevention, and Interprofessional Relations. ADA Oral Health Care Series: Women's Oral Health Issues. Chicago: **American Dental Association**, 1995.

ALBUQUERQUE, Olga MR; ABEGG, Cláides; RODRIGUES, Cecile SR. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**. v. 20, n.3, p. 786-796, mai./jun. 2004.

ANDRADE, Eduardo D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Médica, 2006.

BARSTED, Leila L. **Os direitos humanos na perspectiva de gênero**. I Colóquio de Direitos Humanos. São Paulo, Brasil, 2001.

BECKER, Cindy O et al. Alterações sistêmicas e periodontais da gravidez. **Revista Ciências da Saúde**. v. 27, n. 1, p. 14-20, jan./jun. 2008.

BOGGESS, Kim et al. S. Chronic maternal and fetal Porphyromonas gingivalis exposure during pregnancy in rabbits. **Am J Obstet Gynecol**. v.192, p. 554-557. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: Normas e Manuais técnicos**. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica 17**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para Infância. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. Ministério da saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica 32. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF, Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF, 2013.

BERND, Barbara et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde Debate**. v. 43, p. 33-39, mar. 1992.

BOUTIGNY, Hervé et al. Oral Infections and Pregnancy: Knowledge of Gynecologists/Obstetricians, Midwives and Dentist. **Oral Health Prev Dent**. v.14, n. 1, p. 41-47. 2016.

CARMO, Thais A.; NITRINI, Sandra MOO. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.20, n. 4, p.1004-1013, jul./ago. 2004.

CARDOSO, Laís SM.; MENDES, Larissa L.; MELÉNDEZ, Gustavo V. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Min Enferm.** v. 17, n. 1, p. 85-92, jan./mar. 2013.

CFEMEA - CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA. **Os direitos das mulheres na legislação brasileira pós-constituente**. Brasília, DF, Letras Livres, 2006.

CODATO, Lucimar AB et al. Atenção odontológica à gestantes: papel dos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 16, n. 4, p. 2297-2301. 2011

CORCHUELO-OJEDA, Jairo; GONZÁLEZ, Guillermino JG. Determinantes socioeconômicos de la atención odontológica durante la gestación em Cali, Colombia. **Cad Saúde Pública.** v. 30, n. 10, p. 2209-2218, out. 2014.

CRUZ, Rachel SBLC,; CAMINHA, Maria FCC.; FILHO, Malaquias B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **R Bras Ciên Saúde.** v.18, n.1, p.87-94. 2014.

DOMEN, Kanduti; STERBENK, Petra; ARTNIK, Barbara. Fluoride: a review of use and effects on health. **Mater Sociomed.** v. 28, n. 2, p. 133-137, apr. 2016.

DOMINGUES, Rosa MSM et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica.** v. 37, n.3, p. 140-147. 2015.

ENABULELE, Joan; IBHAWOH, Louis. Resident obstetricians' awareness of the oral health componente in management of nausea and vomiting in pregnancy. **BMC Pregnancy and Childbirth.** v. 14, n.388, p.1-5, may./nov. 2014.

GOES, Paulo AS; MOYSÉS, Jorge. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012

JORGE, Herla MF et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza. v. 28, n.1, p.140-148, jan./mar. 2015.

KALCKMANN, Suzana et al. **Temas de saúde coletiva 11: nascer com equidade**. 1.ed. Instituto de saúde, São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2010. p. 375.

KLOETZEL, Megan K.; HUEBNER, Colleen E.; MILGROM, Peter. Referrals for dental care during pregnancy. **J Midwifery Womens Health**. v. 56, n. 2, p. 110-117, mar.2011.

LOPEZ, Néstor J; SMITH, Patricio C; GUTIERREZ, Jorge. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. **J Dent Res**. v.81, n.1, p. 58-63, jan.2002.

LUA, Iracema et al. Assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família: um olhar analisador. Rev. **Rede de Cuidados em Saúde**. v.7, n.2, p. 1-15, 2013.

MILLS, Lisa W; MOSES, Donna T. Oral Health During Pregnancy. **M.C.N.** New York. v. 27, n. 5, p. 275-281, sep./oct. 2004.

MEDRONHO, Roberto A et al. **Epidemiologia**.2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

NETO, Edson TS et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**. São Paulo. v. 17, n.2, p. 107-119. 2008.

NETO, Edson TS et al. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciênc. Saúde Colet**. v.17, n. 11, p.3057-3068. 2012.

NEVES, Celestino; MEDINA, José L; DELGADO, JoséL. Alterações Endócrinas e Imuni-modulação na Gravidez. **Arquivos de medicina**. v. 21, n. 5/6, p. 175-82. 2007.

VILLAR, José et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. **Lancet**. v. 357, n. 9268, p. 1551-1564, may. 2001.

OPPERMANN, Rui V et al., **Periodontia para todos: da prevenção ao implante**. São Paulo: Napoleão, 2013.

PEDRAZA, Dixis F; ROCHA, Ana CD; CARDOSO, Maria VLML. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 35, n.8, p.349-56. 2013.

PINTO, Hêider A.; SOUSA, Allan.; FLORÊNCIO, Alexandre R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. v. 6, n. 2, ago. 2012.

REIS, Afonso T; OLIVEIRA, Paulo TR; SELLERA, Paulo E. Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. v. 6, n. 2, ago. 2012.

ROUQUAYROL, Maria Z; ALMEIDA, Naomar F. **Epidemiologia & saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003

SCAVUZZI, Ana IF et al. Percepção sobre atendimento odontológico na gravidez. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**. 1998; 1: 43-50.

SHARIF, Suzana.; SADDKI, Norkhafizah.; YUSOFF, Azizah. Knowledge and Attitude of Medical Nurses toward Oral Health and Oral Health Care of Pregnant Women. **Malays J Med Sci**. v. 23, n. 1, p. 63-71, jan./feb. 2016.

SILK, Hugh et al. Oral Health During Pregnancy. **Am Fam Physician**. v.77, n. 8, p. 1139-1144, apr. 2008.

SILVA, Mônica V.; MARTELLI, Petrônio JL. Promoção em saúde bucal para gestantes: uma revisão de literatura. **Odontol. Clín-Cient**. v. 8, n.3, p. 219-224, jul./set. 2009.

SILVA, Francisco WGP; STUANI, Adriana S; QUEIROZ, Alexandra, M. Atendimento odontológico à gestante- Parte 2: Cuidados durante a consulta. **R. Fac. Odontol.** Porto Alegre. v. 47, n.3, p. 5-9, dez. 2006.

SIQUEIRA, Marcelo C. **Gestão estratégica da informação.** Rio de Janeiro: Bras port, 2005.

SOUZA, Ariani I; FILHO, Malaquias B; FERREIRA, Luiz O. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** v. 24, n.1, p. 29-36. 2002.

SOUZA, Maria F.; FRANCO, Marcos S.; MENDONÇA, Ana VM. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro.** Campinas: Saberes Editora, p. 952. 2014.

SZWARCWALD, Celia L et al. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad Saude Publica.** v. 30, p. 571-583. 2014.

VASCONCELOS, Rodrigo G et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. Bras. Odontol.,** Rio de Janeiro. v. 69, n.1, p. 120-124, jan./jun. 2012.

ZHONG, Cuiqing et al. Oral Health Knowledge of Pregnant Women on Pregnancy Gingivitis and Children's Oral Health. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry.** v. 39, n. 2, p. 105-108, jan. 2015.

5 ARTIGO**CUIDADO ODONTOLÓGICO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: DADOS DO PMAQ-AB****ODONTOLOGIA E PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

PRENATAL DENTAL CARE IN PRIMARY HEALTH: DATA FROM PMAQ-AB

PRECAUCIÓN EN DENTAL PRENATAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: DATOS
PMAQ-ABKatiéli Fagundes Gonçalves¹Jessye Melgarejo do Amaral Giordani²Augusto Bacello Bidinotto¹Aline Blaya Martins³Juliana Balbinot Hilgert⁴

¹Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

²Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria.

³ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴Centro de Pesquisa em Odontologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Endereço de correspondência do autor:

Centro de Pesquisa em Odontologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
R. Ramiro Barcelos 2492, Rio Branco. 90.035-003 Porto Alegre RS Brasil.
jhilgert@gmail.com

Artigo para ser enviado ao periódico Cadernos de Saúde Pública

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar os fatores associados ao atendimento odontológico às gestantes, a partir dos dados do ciclo I (2011-12) e II (2013-14) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nas diferentes macrorregiões brasileiras. Trata-se de um estudo transversal, multinível que utilizou dados de 4.340 mulheres (ciclo I) e de 6.209 mulheres (ciclo II). Baseado em variáveis contextuais e individuais, divididas em socioeconômicas, demográficas e serviços de saúde. O desfecho foi acesso à saúde bucal no pré-natal. Regressão de Poisson Multinível foi utilizada para obtenção das razões de prevalência (RP) por meio do software Stata 11. No ciclo I, a prevalência de acesso à saúde bucal no pré-natal foi de 45,9% e de 51,9%, no ciclo II. Em ambos os ciclos, a maioria das mulheres tinha de 21 a 30 anos e vivia na macrorregião Nordeste. Na análise ajustada do ciclo I, municípios com grande porte populacional (RP=1,35 (IC95%:1,05-1,81)), renda entre 1 e 2 salários mínimos (RP=1,13 (IC95%:1,03-1,25)), de 31 a 40 anos (RP=1,33 (IC95%:1,15-1,54)) e possuir registro de consulta odontológica (RP=1,17 (IC95%:1,06-1,29)), estiveram associadas ao desfecho. Já na análise ajustada do ciclo II, macrorregião Sudeste (RP=1,18 (IC95%: 1,03-1,36)), alta cobertura de saúde bucal (RP=1,11 (IC95%: 1,01-1,22)), ter de 31 a 40 anos (RP= 1,22 (IC95%: 1,09-1,36)), equipe em ações de educação permanente (RP=1,14 (IC95%: 1,01-1,30)) e horário de funcionamento que atenda às necessidades (RP=1,40 (IC95%:1,25-1,57)), estiveram associadas ao desfecho. A pesquisa traz elementos que podem auxiliar gestores, profissionais e gestantes quanto ao cuidado odontológico durante a gestação.

Palavras-chave: Saúde bucal; Cuidado pré-natal; Saúde da família; Atenção Primária à Saúde

Abstract

The aim of this study was to evaluate the factors associated with dental care for pregnant women, through data from Cycle I (2011-12) and II (2013-14) of the Program for Improvement of Access and Quality of Primary Care Services, which was collected in all regions of Brazil. This cross-sectional, multilevel study used data from 4,340 women

(Cycle I) and 6,209 women (Cycle II). Based on contextual and individual variables, divided into socioeconomic, demographic and health services. The outcome was access to oral health in prenatal care. Poisson Multilevel regression was used for obtaining prevalence ratios (PR). Prevalence of access to oral health in prenatal care was 45.9% in Cycle I and 51.9% in Cycle II. In both cycles, most were 21-30 years old and they lived in the Northeast region. The adjusted model of Cycle I data showed association between the outcome and municipalities large population size (PR=1.35(95%CI: 1.05-1.81)), personal income ranging from 1 and 2 minimum wages (PR=1, 13(95%CI:1.03- 1.25)), age ranging from 31 to 40 years (PR=1.33(95%CI:1.15-1.54)) and a registry of women's dental appointments (PR =1.17(95%CI:1.06-1.29). In the adjusted analysis of cycle II data, Southeast region (PR =1.18(95%CI:1.03-1.36)), high coverage of oral healthcare (PR=1.11(95%CI:1.01-1.22)), age ranging from 31 to 40 years (PR=1.22(95%CI:1.09-1.36)), team in continuing education actions (PR=1.14(95%CI:1.01-1.30)) and operation times that are suitable to the needs (PR =1.40(95%CI:1.25-1.57)), were associated with the outcome. This research brings elements that can help managers, professionals and pregnant women about dental care during pregnancy.

Key words: Oral Health; Prenatal Care; Family Health; Primary Health Care

Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar los factores asociados con el cuidado dental para mujeres embarazadas, a partir de los datos del ciclo I (2011-12) y II (2013-14) del Programa de Mejoría del Acceso y de la Calidad De Atención Básica (PMAC-AB), en las diferentes macro región brasileñas. Aborda un estudio transversal, multinivel que utilizó datos de 4.340 mujeres (ciclo I) y de 6.209 mujeres (ciclo II). Sobre la base de las variables contextuales e individuales divididas en socioeconómicas, demográficas y servicios de salud. El desfecho fue acceso a la salud oral en el prenatal. Regresión de Poisson Multinivel fue utilizada para obtención de las razones de prevalencia (RP) por medio do software Stata 11. En el ciclo I, la prevalencia de acceso a la salud oral en el prenatal fue de 45,9% y de 51,9%, en el ciclo II. En ambos los ciclos, la mayoría de las mujeres tenia de 21 a 30 años y vivía en la macro región Nordeste. Después del ajuste del

modelo del ciclo I, municipios con tamaño gran población (RP=1,35 (IC95%: 1,05-1,81)), renta entre 1 y 2 renta mínimos (RP=1,13 (IC95%: 1,03-1,25)), de 31 a 40 años (RP=1,33 (IC95%: 1,15-1,54)) y poseer registro de la consulta odontológica (RP= 1,17 (IC95%: 1,06-1,29)), estuvieran asociadas al desfecho. Ya en la analice ajustada del ciclo II, macro región Sudeste (RP=1,18 (IC95%: 1,03-1,36)), alta cobertura de salud bucal (RP=1,11 (IC95%: 1,01-1,22)), de 31 a 40 años (RP= 1,22 (IC95%: 1,09-1,36)), equipo de acciones de educación permanente (RP=1,14 (IC95%: 1,01-1,30)) y poseer horario de funcionamiento que atienda las necesidades (RP=1,40 (IC95%: 1,25-1,57)), estuvieran asociadas al desfecho. La investigación tras elementos que pueden ayudar a los gerentes, profesionales y mujeres embarazadas sobre el cuidado dental durante el embarazo.

Palabras-clave: Salud Bucal; Atención Prenatal; Salud de la Familia; Atención Primaria de Salud

Introdução

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1988, o Brasil vem acompanhando mudanças no sistema de saúde e uma delas se deu pela instituição do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, consolidando-se no ano 2000 como Estratégia de Saúde da Família (ESF), o qual vem conseguindo agregar mudanças no rumo do modelo de atenção à saúde, possuindo na atenção primária seus alicerces¹. Incluir o serviço de saúde bucal nessas equipes só foi possível a partir da instituição da Política Nacional de Saúde Bucal, que ocorreu em 2004². Esse fato fez com que surgissem novas questões a serem pensadas, trabalhadas e desenvolvidas; uma dessas indagações refere-se à assistência prestada em relação à saúde bucal durante o pré-natal.

Ademais, o acesso à consulta odontológica durante o pré-natal apresenta-se como um espaço privilegiado para a promoção da saúde bucal, pois por meio da educação se almeja induzir o desenvolvimento da consciência de responsabilização da gestante pela sua saúde e a do seu bebê, agindo de modo positivo na prevenção primária³. Assim, as ações direcionadas à saúde da mulher são fundamentais para instigar o cuidado com a própria higiene e com a do recém-nascido, com vistas a minimizar a ocorrência de fatores complicadores da saúde, focando na melhora da saúde durante a 1ª infância, na diminuição da cárie dentária e na continuidade do cuidado⁴.

Ressalta-se que o período gestacional caracteriza-se como uma etapa especial no diagnóstico das alterações que podem envolver as estruturas de suporte e sustentação dentárias, pois deve-se levar em consideração que nesse período são desencadeadas alterações de imunocompetência que podem culminar com uma resposta inflamatória exacerbada prejudicando as estruturas periodontais. Além do mais, deve-se considerar que a condição periodontal a priori a gestação faz com que os níveis dos hormônios circulantes possa influenciar na gravidade e na progressão da doença periodontal, o que pode vir a acarretar a perda dentária da gestante, esse fato pode ser agravado se considerarmos os dados de um estudo que aponta que 66% das mulheres grávidas relataram não ter recebido orientação/cuidado de saúde bucal durante o pré-natal^{5,6}. Assim, evidencia-se mais um dos pontos que indicam a relevância da atuação do cirurgião-dentista durante o pré-natal.

Desse modo, ratifica-se que o cuidado odontológico na gravidez mostra-se como uma oportunidade para fortalecer condutas e hábitos de promoção da saúde auxiliando na prevenção de enfermidades, pois a identificação precoce de patologias orais associadas a comprometimento sistêmico, pode colaborar para a diminuição das complicações que poderiam culminar com morbimortalidade infantil e materna. Dessa maneira, justifica-se que existam ações através de políticas públicas direcionadas para melhoria da qualidade da saúde bucal das gestantes⁷. Lembrando ainda que é dever do Estado e um direito da gestante o recebimento de atenção odontológica na gravidez, constituindo-se como parte da saúde integral da mulher conforme determinação das políticas públicas de saúde³.

A questão da mortalidade materna se constitui em um indicador robusto do grau de desenvolvimento humano, econômico e social. Sendo algo tão preocupante que no ano de 2000 os líderes dos Estados membros da nações Unidas firmaram um compromisso por meio do documento conhecido como a “Declaração do Milênio”, trazendo como um dos seus oito objetivos procurar reduzir a razão de mortalidade materna em três quartos até 2015, por meio da melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, assim, a meta estabelecida até o fim de 2015 era chegar a uma taxa de 35 mortes por 100 mil nascidos vivos no Brasil, mas o número alcançado foi de 66 casos a cada 100 mil nascimentos, demonstrando que esse número já diminuiu, mas ainda não o suficiente⁸.

Assim, a detecção precoce, prevenção e tratamento de complicações, a estratificação de risco e ações multissetoriais buscam a redução da mortalidade materna aliada ao fortalecimento dos sistemas de saúde para que possam ofertar serviços integrados, contínuos, de qualidade para as mulheres durante e após a gestação. Alguns

agravantes fazem com que três quartos das mortes estejam associadas a causas evitáveis (complicações hipertensivas e hemorrágicas), sífilis congênita, questões de acesso aos serviços e demora no diagnóstico⁸. Destaca-se assim a importância da atuação do cirurgião-dentista no auxílio a redução desses casos por meio de diagnóstico precoce e trabalho compartilhado com os outros profissionais como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e saúde bucal, que são também responsáveis pelo cuidado da gestante.

O Ministério da Saúde focado nessas questões, lançou em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal, inferindo que a equipe de saúde é responsável por encaminhar a gestante que dá início ao pré-natal na Atenção Básica (AB) para que receba atendimento odontológico, assim como, o cirurgião-dentista deve realizar busca ativa para captar as gestantes que não tenham recebido atendimento, com vistas a garantir orientações sobre cuidados, diagnósticos e tratamento mais adequado às necessidades bucais apresentadas pela gestante, através de ações coletivas e individuais³.

Contudo, são raras as estratégias cientificamente efetivas, factíveis e viáveis que buscam a avaliação da integralidade na assistência ao pré-natal, e estas quando existentes são pouco utilizadas nos serviços de saúde pública⁹. Por isso, mais um passo importante foi dado na área da saúde, ao ser instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por intermédio da Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, com o foco na indução da ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, além de expressar a ideia de institucionalizar uma cultura avaliativa na Atenção Básica e de gestão focado na indução e acompanhamento de processos e resultados¹⁰.

Este programa faz parte das estratégias do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), o qual aponta como fundamental a realização de estudos e pesquisas com vistas a produzir conhecimento no campo do monitoramento e da avaliação, assim como, a sistematização e disseminação de informações estratégicas advindas dos programas, dos indicadores e das pesquisas e que almejem auxiliar na tomada de decisões por parte da gestão federal do SUS por meio do encontro da qualidade do que se está produzindo e da indução de melhorias¹¹.

Porém, após verificar os estudos que abordassem a temática de atendimento odontológico à gestante, evidencia-se que os dados de abrangência nacional referentes à assistência ao pré-natal odontológico no Brasil são escassos. Desse modo, o objetivo do estudo foi avaliar os fatores associados ao atendimento odontológico às gestantes, a partir

dos dados do ciclo I (2011-12) e II (2013-14) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nas diferentes macrorregiões brasileiras.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal, multinível, baseado em dados secundários do ciclo I e II do PMAQ-AB, o qual teve abrangência nacional e foi executado de forma multicêntrica e integrada, por diversas instituições de Ensino e Pesquisa e com o acompanhamento direto do Ministério da Saúde do Brasil. Respectivamente nos dois ciclos as equipes de Atenção Básica puderam aderir ao PMAQ-AB voluntariamente, implicando em um processo inicial de pactuação entre equipes e gestores municipais. Tal processo caracteriza-se como cíclico, pois, se gestores e equipes estiverem de acordo, ele transcorre por meio da adesão/contratualização, do desenvolvimento, da avaliação externa e da re-contratualização. Para a fase da avaliação externa, foram selecionados avaliadores externos, que participaram de um processo de formação, o qual teve duração de uma semana, mantendo o foco nas atividades que seriam posteriormente desenvolvidas em campo. O treinamento ocorreu por meio da utilização do manual de campo confeccionado pelo Departamento da Atenção Básica (DAB) com o auxílio das Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras do PMAQ-AB, possuindo a finalidade de transmitir todos os passos necessários para realizar uma adequada coleta e de modo uniforme. Para a realização da coleta foram disponibilizados computadores portáteis do tipo tablet, contendo um aplicativo com o instrumento padronizado e que foi previamente testado. Ao término da avaliação externa, deu-se o envio dos dados coletados por intermédio da internet a um servidor do Ministério da Saúde com a intenção de serem validados¹⁰. Desse modo, a extração dos dados se deu a partir do banco de dados do PAMAQ-AB.

O instrumento de avaliação externa do ciclo I teve sua organização baseada em três módulos, dos quais os módulos dois e três fizeram parte do estudo, relacionados com processo de trabalho e usuário dos serviços de saúde respectivamente¹⁰. Já o ciclo II foi organizado em nove módulos, sendo selecionados os módulos um, dois e três, relacionados à estrutura, processo de trabalho e usuários dos serviços de saúde¹².

Foram incluídas neste estudo todas as unidades de saúde com equipe de saúde bucal e que ofereceram atendimento de pré-natal no território de sua abrangência. Assim como, incluídas todas as mulheres que realizaram o pré-natal nas unidades de atenção

básica, do tipo Estratégia de Saúde da Família e que possuíam vínculo com a unidade de saúde avaliada. De acordo com o Ministério da saúde em caso de existência maior que 20% de dados faltantes em relação ao questionário aplicado durante a avaliação externa os dados da equipe foram excluídos da pesquisa.

O ciclo I, ocorreu no período de maio de 2011 até julho 2012, assim o programa incluiu 3.967 municípios brasileiros (71,3%), 17.482 equipes de Atenção Básica, 12.436 equipes de Saúde Bucal e 65.700 usuários entrevistados em todas as regiões do Brasil. O período de janeiro de 2013 até agosto 2014, caracterizado como ciclo II, incluiu 5.070 municípios brasileiros (91%), 30.424 equipes de Atenção Básica (90%) e 19.898 equipes de Saúde Bucal (89%) e 114.615 usuários em todas as regiões do Brasil. Partindo desses subsídios para se chegar a amostra estudada, foram utilizados os dados referentes a todas as equipes de saúde da família do território brasileiro, que possuíam equipe de saúde bucal e que realizavam pré-natal, culminando com 4.340 mulheres no ciclo I e com 6.209 no ciclo II.

Desse modo, o presente estudo foi baseado na realização de uma análise multinível, caracterizada em dois níveis, sendo esses, contextual e individual. No nível contextual, o qual diz respeito sobre os municípios, foram elencadas questões referentes as características socioeconômicas e demográficas, utilizando como variáveis para o modelo do ciclo I a macrorregião (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste. Fonte: IBGE); Porte Populacional (Fonte: IBGE), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, Fonte: ONU) e Cobertura de Saúde de Saúde Bucal (Fonte: ID-SUS). No modelo do ciclo II foram utilizadas as variáveis macrorregião (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste. Fonte: IBGE), índice de Gini (categorizado em tercil, Fonte: PNUD) e Cobertura de Saúde Bucal (categorizada em tercil, Fonte: ID-SUS). Em um primeiro momento ambos os ciclos possuíam as mesmas variáveis, porém por não convergirem ao modelo foram realizados ajustes, chegando a conformação que foi descrita. As variáveis do nível individual, dizem respeito ao usuário (Fonte: PMAQ-AB), assim, foram elencadas questões a respeito de serviços de saúde, características socioeconômicas e demográficas, relacionadas ao pré-natal, a saúde bucal, ao acesso, ao acolhimento, a educação permanente, a renda, aos anos de estudo, a idade e ao fato de possuir ou não companheiro (Figura 1).

No ciclo I para avaliar os serviços de saúde foram selecionadas as seguintes questões norteadoras: “Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas? (Pré-natal? não/sim)” e “Há registro sobre Consulta odontológica da gestante? (não/sim)”.

Referente ao nível socioeconômico, foram utilizadas as questões: “Possui renda?”, “Qual valor?” (até 1 salário mínimo, entre 1 e 2 salários mínimos e mais de 2 salários mínimos). Com relação ao nível demográfico, foram utilizadas as questões “Qual sua idade? (recategorizada em: até 20 anos, de 21 a 30 anos, de 31 a 40 anos e mais de 40 anos)” e “A senhora vive com algum companheiro?” (não/sim)”¹⁰.

No ciclo II, para avaliação dos serviços de saúde foi selecionada a questão “O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades? (não/sim)”, para avaliar o acesso. Já para avaliar acolhimento foi criada uma variável que avaliasse turno e frequência da unidade, categorizado em não e sim, para ser considerado como acolhimento o mesmo deveria ser realizado nos turnos manhã e tarde e com uma frequência de cinco dias por semana. Por fim, para avaliar a educação permanente foi utilizada a seguinte pergunta “A equipe participa de ações de educação permanente organizadas pela gestão municipal? (não/sim)”. No nível socioeconômico, foi utilizada a pergunta “Até quando a senhora estudou? (recategorizada em: ensino fundamental incompleto, ensino médio completo e ensino superior ou mais)” e no demográfico “Qual a idade da senhora? (recategorizada em: até 20 anos, de 21 a 30 anos, de 31 a 40 anos e mais de 40 anos)”. Como desfecho para ambos os ciclos foi utilizada a questão “Examinaram sua boca? (não/sim)”, que foi traduzida como acesso à saúde bucal no pré-natal¹², esse exame caracterizou-se como sendo realizado durante o período de gestação da usuária. A usuária que foi entrevistada pelo avaliador externo nos períodos de 2011-2012 e 2013-2014 precisava ter ficado grávida alguma vez na vida.

Tanto no ciclo I quanto no II, foram excluídas as variáveis com um número pequeno de indivíduos (<3) ou zero, que foi o caso em determinadas categorias, assim como, foram excluídas as variáveis não convergentes ao modelo estatístico. Além disso, o modelo também difere de um ciclo para o outro, pois algumas variáveis não estavam presentes no instrumento de coleta em alguns dos ciclos. Nos Ciclo I e II, os dados foram analisados no software Stata 11. Foram realizadas análises das frequências absolutas e relativas das variáveis estudadas. Regressão de Poisson^{13,14,15} Multinível (comando `xtpoisson`, com o subcomando `re` para os efeitos randômicos)¹⁶ foi utilizada para obtenção das razões de prevalências brutas e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de 5%. Para o ciclo I, foram utilizados três modelos de ajuste de acordo com as dimensões das variáveis: Modelo 1: variáveis contextuais ajustadas entre si; Modelo 2: variáveis contextuais ajustadas pelas variáveis individuais sócio demográficas; e Modelo 3: variáveis contextuais ajustadas pelas variáveis

individuais sócio demográficas e de serviço. Já no ciclo II, a modelagem utilizada foi hierárquica¹⁷ em dois estágios: Modelo 1: apenas as variáveis contextuais no ajuste dentro do próprio bloco e Modelo 2: as variáveis contextuais com $p < 20\%$ do modelo 1, mais as variáveis individuais. Para análise de ajuste dos modelos dos dois ciclos foi utilizado o *deviance*, AIC e BIC.

A presente pesquisa possui como base o projeto de pesquisa guarda-chuva intitulado “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, tendo sido aprovadas pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo 1 e 2).

Resultados

Resultados referentes ao Ciclo I:

No primeiro ciclo do programa foram contatados 65.391 usuários das equipes de Saúde da Família (eSF), dessas 20.314 não possuíam equipe de saúde bucal (eSB). Das 45.077 eSF com eSB foram excluídos os dados referentes a 9.848 homens, ficando 35.229 mulheres. Dessas foram excluídas 3.697 usuárias que nunca ficaram grávidas. Das 31.532 mulheres que já ficaram grávidas alguma vez, foram excluídas 27.192, pois estas não estavam vinculadas a unidade de referência ou não sabiam se tinham feito pré-natal na gestação. Assim, 4.340 mulheres responderam a questão utilizada para medir o desfecho desse estudo (Figura 2).

A prevalência de acesso à saúde bucal no pré-natal foi de 45,9% (IC95%: 44,5-47,4). Com relação às variáveis contextuais, a Macrorregião Nordeste apresentou o maior número de mulheres que possuíam acesso à saúde bucal no pré-natal (38,1%). A maioria delas vivia em municípios entre 10 mil e 50 mil habitantes (43,8%), com IDH alto (45,3%) e com mais de 50% de cobertura de saúde bucal (66,4%). Na análise univariada, pertencer à macrorregião Nordeste (RP=1,26 (IC95%:1,02-1,55)), morar em município entre 10 mil e 50 mil habitantes (RP=1,22 (IC95%:1,02-1,47)) e de grande porte (RP=1,36 (IC95%:1,10-1,67)), estiveram associadas ao acesso à saúde bucal no pré-natal (Tabela 1).

No que diz respeito às variáveis individuais, possuir renda de até 1 salário mínimo e entre 1 e 2 salários mínimos contempla 90,7% das participantes do estudo. A maioria apresentou de 21 a 30 anos (54,8%), assim como, a maioria vivia com companheiro

(83,5%). Possuir registro de consulta odontológica da gestante representou 61,4% e a maioria relatou que a equipe possuía oferta programada de pré-natal (94,7%). Já na análise univariada, ter renda entre 1 e 2 salários mínimos apresentou (RP=1,11 (IC95%: 1,02–1,22)). Mulheres com 21 anos ou mais possuem maior prevalência de acesso à saúde bucal no pré-natal quando comparadas às com 20 anos ou menos. O fato de realizar registro de consulta odontológica da gestante reporta uma (RP=1,16 (IC95%: 1,08–1,25)) maior de acesso à saúde bucal no pré-natal quando comparada a não ter registro de consulta (Tabela 1).

Já na Tabela 2, após a realização dos ajustes dos modelos do ciclo I as variáveis referentes a macrorregião, ao IDH, a cobertura de saúde bucal, viver com companheiro e com relação a equipe ter oferta programada de pré-natal não foram estatisticamente significativas. Porém, porte populacional, renda, idade e registro de consulta odontológica da gestante apresentaram significância estatística. Portanto, pertencer a municípios com porte populacional acima de 500 mil habitantes (RP=1,35 (IC95%: 1,05-1,81)), possuir renda entre 1 e 2 salários mínimos (RP=1,13 (IC95%: 1,03-1,25)), ter de 31 a 40 anos (RP=1,33 (IC95%: 1,15-1,54)) e possuir registro de consulta odontológica da gestante (RP= 1,17 (IC95%: 1,06-1,29) estiveram associadas ao acesso à saúde bucal no pré-natal.

Resultados referentes ao Ciclo II:

Foram inicialmente contatados 70.840 usuários das equipes de Saúde da Família, dessas 2.395 não possuíam presença de cirurgião-dentista. Das 68.445 eSF com presença de cirurgião-dentista foram excluídos os dados referentes a 13.701 homens, ficando 54.744 mulheres. Dessas foram excluídas 5.045 usuárias que nunca ficaram grávidas. Das 49.699 mulheres que já ficaram grávidas alguma vez, foram excluídas as 43.490, pois estas não estavam vinculadas a unidade de referência ou não sabiam se tinham feito pré-natal na gestação. Assim, 6.209 mulheres responderam a questão utilizada para medir o desfecho desse estudo (Figura 2).

A prevalência de acesso à saúde bucal no pré-natal foi de 51,9% (IC95%: 50,7-53,2). Os dados reportam que a macrorregião Nordeste apresentou o número mais elevado de mulheres que realizaram pré-natal odontológico (41,5%). Com relação ao GINI, a maioria se encaixou na classificação de baixa desigualdade (37,3%) e locais com cobertura de saúde bucal entre 49,9% e 92,9% e acima de 92,9% englobaram (66,5%) dos dados. Na análise ajustada somente para o nível contextual, as macrorregiões que

reportaram significância estatística com relação ao acesso à saúde bucal no pré-natal foram [Nordeste (RP=1,17 (IC95%:1,02-1,34)) e Sudeste (RP=1,18 (IC95%: 1,03-1,36))], no tocante a cobertura de saúde bucal, locais acima de 92,9% (RP=1,11 (IC95%: 1,01-1,22)), estando associados ao acesso à saúde bucal no pré-natal (Tabela 3).

No que diz respeito as variáveis individuais, possuir idade de 21 a 30 anos contemplou 55,6% das participantes do estudo, possuir ensino superior ou mais englobou 40,1% da amostra. A equipe participar de ações de educação permanente, se traduziu em 90,5%, ter acolhimento (74,4%) e possuir horário de funcionamento que atenda às necessidades da usuária representou (85,9%), com relação ao acesso à saúde bucal no pré-natal. Na análise final, totalmente ajustada (incluindo para as do nível contextual), as variáveis que apresentaram significância estatística associadas ao acesso à saúde bucal no pré-natal foram, idade [31 a 40 anos (RP= 1,22 (IC95%: 1,09-1,36)); mais de 40 anos (RP=1,31 (IC95%: 1,04-1,64))], equipe participar de ações de educação permanente (RP=1,14 (IC95%:1,01-1,30)) e possuir horário de funcionamento que atenda às necessidades da usuária (RP=1,40 (IC95%:1,25-1,57)). (Tabela 3).

Discussão

Evidencia-se a singularidade dessa pesquisa, pois a mesma englobou todo o território brasileiro e apontou para dados relacionados ao acesso à saúde bucal no pré-natal, demonstrando uma associação positiva entre as variáveis macrorregião, porte populacional do município, cobertura de saúde bucal, idade da gestante, presença do registro de consulta odontológica, participação da equipe em programas de educação permanente e horário de funcionamento que atendam às necessidades das usuárias, estando estes intrinsecamente relacionados com o acesso à saúde bucal no pré-natal, além de agregar valor aos poucos registros encontrados na literatura com relação a essa temática.

A prevalência de acesso à saúde bucal no pré-natal no período de 2011 a 2012 foi de 45,9%, elevando-se para 51,9% no período de 2013 a 2014, porém esse resultado ainda é baixo se pensarmos que, já em 2010, o número de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal era de 60% e que em 2014 elevou-se para 64%. Além disso, deve-se evidenciar as diferenças regionais que ocorreram no Brasil em 2010, apontando que a macrorregião Sul possuía 75,3% enquanto a macrorregião Nordeste apresentava 45,3%,

dos nascidos vivos cujas mães tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal¹⁸. Essas desigualdades regionais representam um grave nó no quesito da assistência ao pré-natal oferecida no Brasil, pois ainda é necessário que existam muitos avanços para realmente se alcançar a integralidade do cuidado para com a gestante.

Outro estudo revela que o Brasil é classificado como o país que possui o maior número de cirurgiões-dentistas (CD) por habitantes do mundo, apontando que no período de 1997 a 2007 o crescimento do número de CD foi mais elevado (114%) que o crescimento populacional (18,6%). Em 2010 o Brasil possuía 20% dos cirurgiões-dentistas do mundo, porém, apresentando uma distribuição desigual em seu território, concentrando 57% dos profissionais nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro¹⁹, pertencentes a macrorregião Sudeste. Fato este, que pode auxiliar na explicação do dado presente neste estudo, o qual aponta a macrorregião Sudeste com uma prevalência 18% maior de acesso à saúde bucal no pré-natal em relação às demais macrorregiões, porém deve-se considerar que o fato de determinado estado apresentar maior número de cirurgiões-dentistas não garante que estes atuem no SUS.

Um estudo, realizado em um estado apenas da região Nordeste do Brasil, avaliou o processo de trabalho das equipes de saúde bucal segundo porte populacional, indicou que municípios com grande porte populacional, teriam maior poder econômico, implicando em uma melhor estrutura de serviços disponíveis voltadas ao desenvolvimento das ações em saúde, ao serem comparados com municípios de pequeno e médio porte. Este resultado, apesar de regional, corrobora com os dados deste estudo, que apresenta que municípios com porte populacional acima de 500 mil habitantes reportaram uma prevalência 36% maior de acesso à saúde bucal no pré-natal²⁰.

No presente estudo, houve uma prevalência maior de acesso à saúde bucal no pré-natal entre gestantes com mais de 30 anos. Este dado é importante, pois no Brasil, observa-se que a gestação tardia é um fenômeno que tende a crescer, visto que houve um aumento de 7,2% em um período de 2006 a 2010. A prevalência de complicações relacionadas à gestação tardia também acompanha este aumento, tais como hipertensão arterial, diabetes gestacional, placenta prévia, trabalho de parto prematuro e maior número de cesarianas. Deste modo, é importante que haja a avaliação do pré-natal nestas faixas etárias, com vistas a minimizar essas e outras complicações obstétricas que poderiam culminar com morbimortalidade materna e fetal²¹.

Outro estudo realizado em Aracajú, avaliou a adequação do cuidado do pré-natal segundo renda familiar, apontando que mulheres com maior renda tem mais acesso ao pré-natal e que mulheres com renda de até 1 salário mínimo, apresentaram desigualdades mais elevadas ao que tange ao acesso e a consultas de pré-natal²². Estes dados, corroboram com os achados do presente estudo, em que os dados demonstraram haver uma diferença significativa, sendo esta, uma maior prevalência acesso à saúde bucal no pré-natal para quem ganha entre 1 e 2 salários mínimos. Isso nos faz pensar e refletir sobre os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde do Brasil e nos leva a um questionamento: Será que o acesso aos serviços realmente chega a quem mais precisa? Afinal, pelos dados do presente estudo pode-se perceber que as iniquidades também afetam a atenção odontológica, pois as mulheres que mais tiveram acesso à saúde bucal no pré-natal foram as com maior renda.

Ressalta-se também que as informações advindas de registros nos sistemas de informação, constituem-se em ferramentas importantes e fundamentais para o planejamento, por exemplo, por meio da contribuição no momento da análise do perfil da atenção à saúde bucal nos municípios. Mas para que sua utilização seja mais efetiva se faz necessário obter melhorias da qualidade dos dados, dos programas utilizados e das bases de dados²³. Deste modo, ao que se refere ao registro de consulta odontológica da gestante, de acordo com os dados do estudo realizado, podemos constatar uma melhora no registro dos dados nos dois ciclos do PMAQ-AB, evidenciando como são importantes os esforços com relação ao monitoramento e avaliação.

Além disso, a ideia da educação permanente, traz consigo as características de aprender, ensinar e transmitir conhecimento incorporando-se ao processo de trabalho das equipes de saúde, sendo fundamental para a efetivação da qualidade e da excelência nos serviços por meio da ressignificação dos processos de saúde, que irão refletir na prática diária dos profissionais. Assim, acarretando melhorias no acolhimento, nas questões clínicas e nas atividades de promoção da saúde, evidenciando que as ações de educação permanente precisam ocorrer constantemente, com o objetivo de qualificar cada vez mais os profissionais para que desempenhem suas funções com mais propriedade²⁴. Desse modo, o presente estudo vem ratificar a importância da realização da educação permanente, como sendo uma prática que traz diferencial para as equipes de saúde, através da qualificação do profissional que deve traduzir-se no dia a dia do trabalho que é desenvolvido nos serviços.

Para além do conceito e de capacitações que visem a educação permanente é necessário que essa prática se consolide nos serviços de saúde. Assim, foi realizado um estudo que abordou as percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal, destacando que os profissionais apresentam uma percepção favorável à colaboração uns para com os outros, porém na prática isso não ocorre bem assim, refletindo um distanciamento nas ações desenvolvidas e também nos instrumentos utilizados nas ações de atenção ao pré-natal. Essa questão fica mais clara por meio das divergências entre dentistas e obstetras quanto ao uso de anestésicos locais, suplementação de flúor no pré-natal, quanto a tomadas radiográficas e ao momento mais adequado para consultar com o dentista. Assim, destaca-se que o acesso à assistência odontológica durante a gestação possui diversos obstáculos que envolvem o desconhecimento científico dos profissionais e também a ansiedade, o medo e as crenças da grávida. Desse modo, é de suma importância como a atenção básica se posiciona na busca pela superação dessas adversidades com a intenção de ofertar cada vez mais um pré-natal integral e de qualidade as usuárias dos serviços de saúde⁵, envolvendo todos os profissionais responsáveis pelo cuidado com a mulher.

Além disso, um estudo realizado em Ijuí/RS, apontou que a realização de práticas preventivas e orientação odontológica durante a gestação influenciam as futuras mães para que estas tenham uma maior percepção com relação à saúde bucal dos seus filhos. Além de influenciar positivamente nos procedimentos adotados para o cuidado com a criança, interferindo no início da higienização bucal, na primeira consulta ao dentista, no tempo de amamentação e na relação com os fatores que levam ao aparecimento da cárie dentária, ratificando a importância do cuidado odontológico durante o pré-natal como um facilitador para que as mães possam adquirir hábitos saudáveis para cuidarem de si mesmas e dos bebês que virão²⁵.

Atualmente as políticas de saúde no âmbito mais amplo e também no mais minimalista como nas linhas de cuidado, buscam a integralidade das práticas da atenção se propondo a uma reorganização da Atenção Básica, na busca por romper com o modelo que era prioritariamente clínico/prescritivo estando agora mais centrado nas ações voltadas à família, isso ocorre fundamentalmente após a inserção do Programa Saúde da Família nos municípios brasileiros. Contribuindo dessa maneira com a estratégia de reorientação e reorganização do modelo de saúde proposto pelo SUS, na busca por melhorar o acesso a grupos populacionais mais vulneráveis e atuar na mudança dos indicadores de saúde, porém, o caminho a percorrer ainda é longo. Sendo assim, o

profissional deve voltar seu olhar para concretização de práticas que assegurem o acesso das mulheres a ações baseadas nas especificidades do ciclo vital feminino, garantindo a execução de ações resolutivas e que sejam fundamentadas no contexto que cada necessidade surge²⁶. Focado na reorganização dos serviços e na intenção de facilitar o acesso, entende-se que o horário de funcionamento atender as necessidades das usuárias, mostra-se como um fator que interfere no acesso à saúde bucal no pré-natal. Assim, os profissionais e os serviços precisam estar organizados para atender essa demanda e pensar em um serviço que esteja voltado a usuária e não a equipe de saúde, um serviço que melhor se adapta as necessidades das gestantes em que estas possam acessar as unidades fora dos dias, horários e atividades de grupos fixos.

Além do mais, os serviços de saúde principalmente os públicos precisam buscar cada vez mais reduzir as barreiras de acesso na intenção de facilitar o início precoce da assistência ao pré-natal, permitindo que as mulheres se beneficiem cada vez mais do cuidado nessa etapa da vida. Pode-se dizer que a Estratégia de Saúde da Família é o carro chefe na indução do cuidado para com a gestante e tem potencial para instigar cada vez mais a redução das iniquidades em saúde no país²⁷.

Ainda, é necessário ressaltar que estudos realizados com dados secundários podem apresentar limitações, sendo assim, um percalço do estudo se traduz no fato dos dados terem sido coletados com os usuários ou com as usuárias que estavam presentes na unidade no momento da coleta, por isso há uma variação em relação ao número de entrevistadas entre a coleta do ciclo I para a coleta do ciclo II. Além disso, esse número se diferenciou, pois houve um aumento no número de unidades avaliadas do ciclo I para o II, mas apesar desses aspectos que foram elencados, é essencial considerar a profusão de informações sólidas e relevantes que este estudo tem gerado, a fim de compreender melhor as questões relacionadas ao acesso à saúde bucal no pré-natal na atenção básica e suas implicações para com o sistema de saúde.

Conclusão

Através da realização deste estudo, pode-se perceber que a organização do serviço, aspectos contextuais onde as gestantes e as unidades de saúde estão inseridas, assim como, fatores ligados tanto ao profissional quanto à gestante implicam no acesso à saúde bucal no pré-natal. Desse modo, destaca-se a importância da organização do processo de trabalho das equipes, focado na busca por qualificação constante através da

educação permanente, além de planejar ações direcionadas às usuárias e que considerem a flexibilidade de horários nos serviços.

Faz necessário também uma gestão que busque desempenhar suas funções baseadas em práticas focadas na diminuição das iniquidades com vistas a realmente fornecer acesso as gestantes e não acreditar na ilusão de que o fornecimento de ficha supre essa necessidade. Além disso, é necessário ressaltar que tanto na literatura brasileira quanto na internacional, são poucos os estudos que tratam da odontologia como uma parte fundamental no cuidado durante o pré-natal. Portanto, este estudo possui uma importância singular e ao mesmo tempo vem para instigar uma discussão sobre o que pode facilitar ou dificultar para que tal prática faça parte da rotina dos profissionais e dos serviços de saúde, assim como, da agenda de prioridades dos gestores.

Colaboradores

KFG contribuiu na concepção, na elaboração da pesquisa, na análise dos dados e no desenvolvimento do manuscrito; AB contribuiu com a análise dos dados e redação final do manuscrito; JMAG contribuiu na metodologia da pesquisa, na análise estatística e na redação final do manuscrito; ABM contribuiu na redação do manuscrito; JBH contribuiu no desenvolvimento do estudo e na redação do manuscrito.

Agradecimentos

Em especial ao Departamento de Atenção Básica DAB/MS por proporcionar o desenvolvimento do estudo, a todas as Instituições de Ensino Superior por realizarem a Avaliação Externa e às Equipes de Saúde Bucal dos municípios, respondentes deste estudo.

Fonte de financiamento: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica e Ministério da Saúde do Brasil.

Conflito de interesses: Nada a declarar.

Referências

1. Souza MF. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Saberes Editora. Campinas, SP, 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. Silva MV, Martelli JLP. Promoção em saúde bucal para gestantes: uma revisão de literatura. *Odontol. Clín-Cient.* 2009; 8(3): 219-224.
4. Lua I, Rocha FA, Silva AL, Alencar TOS, Flor FGLV. Assistência pré-natal na Estratégia Saúde da Família: um olhar analisador. *Rev. Rede de Cuidados em Saúde.* 2013; 7(2): 1-15.
5. Faquim JPS, Frazão P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saude Debate.* 2016;40(109):59-69.
6. Lachat MF, Solnik AL, Nana AD, Citron TL. Periodontal disease in pregnancy: review of the evidence and prevention strategies. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing.* 2011; 25(4): 312-319.
7. Corchuelo-Ojeda J, González Pérez GJ. Determinantes socioeconômicos de la atención odontológica durante la gestación em Cali, Colombia. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(10): 2209-2218.
8. Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(10):273-279.
9. Neto ETD, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012; 17(11): 3057-3068.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, 2012.

11. Reis AT, Oliveira PTR, Sellera PE. Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. 2012; 6(2).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília, 2013.
13. Bastos LS, Oliveira RVC, Velasque LS. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(3): 487-495.
14. Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. Am J Epidemiol. 2005; 162 (3):199-200.
15. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003; 3(21): 1-13.
16. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata. Second Edition. Stata Press. 2008.
17. Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. Rev. Saúde Pública. 1996; 30 (2): 168-178.
18. Vettore M, Lamarca G. Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna;2012. [acessado 2016 out 25]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/?p=10326&preview=true>
19. Bleicher L. Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
20. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJJ, Souza WV, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. Cad. Saude Publica. 2012; 28: 146-157.

21. Gonçalves ZR, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *FEMINA*. 2012; 40(5): 275-279.
22. Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016; 25(2): 271-280.
23. Barros SG, Vianna MIP, Chaves SCL. Descentralização da saúde e utilização de serviços odontológicos em 11 municípios da Bahia. *Ver. Baiana de Saúde Pública*. 2009; 33(3): 372-387.
24. Almeida JRS, Bizerril DO, Saldanha KGH, Almeida MEL. Educação Permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Rev. ABENO*. 2016; 16(2): 7-15.
25. Rigo L, Dalazen J, Garbin RR. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. *Einstein*. 2016;14(2):219-225.
26. Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(5): 2549-2558.
27. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SCN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(3):140-147.

Tabela 1: Descrição da amostra, prevalência de acesso à saúde bucal no pré-natal e Razão de Prevalência bruta para as variáveis contextuais e individuais, ciclo I, PMAQ-AB, Brasil, 2011-2012 (n=4.340).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de pré-natal odontológico (IC95%)	RP bruta (IC95%)	Valor P
CONTEXTUAIS				
Macrorregião				
Norte	251 (5,7)	39,4 (33,3-45,5)	1	
Nordeste	1652 (38,1)	49,7 (47,2-52,1)	1,26 (1,02-1,55)	0,030
Centro-oeste	466 (10,7)	33,2 (28,9-37,5)	0,84 (0,65-1,08)	0,185
Sul	364 (8,4)	39,8 (34,8-44,8)	1,01 (0,78-1,31)	0,939
Sudeste	1607 (37,1)	48,2 (45,7-50,7)	1,22 (0,99-1,51)	0,060
Porte populacional				
Até 5 mil hab	355 (19,2)	38,6 (33,5-43,6)	1	
Entre 5 mil e 10 mil hab	448 (10,3)	44,8 (40,2-49,5)	1,16 (0,93-1,44)	0,174
Entre 10 mil e 50 mil hab	1899 (43,8)	47,4 (45,1-49,7)	1,22 (1,02-1,47)	0,024
Entre 50 mil e 100 mil hab	480 (11,1)	45,1 (40,5-49,4)	1,16 (0,94-1,44)	0,160
Entre 100 mil e 500 mil hab	667 (14,3)	42,2 (39,5-46,1)	1,09 (0,89-1,34)	0,381
Acima de 500 mil hab	491 (11,3)	52,5 (48,1-56,9)	1,36 (1,10-1,67)	0,004
IDH				
Baixo: 0 – 0,599	832 (19,2)	49,3 (45,8-52,7)	1	
Médio: 0,6 – 0,699	1541 (35,5)	45,4 (42,9-47,9)	0,92 (0,81-1,04)	0,190
Alto: 0,7 – 1,0	1967 (45,3)	44,9 (42,7-47,1)	0,91 (0,81-1,02)	0,128
Cobertura de saúde bucal				
Até 50%	1456 (33,6)	45,9 (43,3-48,5)	1	
Mais de 50%	2880 (66,4)	46,1 (44,1-47,8)	0,99 (0,92-1,06)	0,875
INDIVIDUAIS				
SOCIO DEMOGRÁFICAS				
Renda				
Até 1 salário mínimo	1995 (45,9)	43,6 (41,4-45,7)	1	
Entre 1 e 2 salários mínimos	1941 (44,8)	48,8 (46,6-51,1)	1,11 (1,02-1,22)	0,016
Mais de 2 salários mínimos	404 (9,3)	43,8 (38,9-48,6)	1,01 (0,85-1,18)	0,955
Idade				
Até 20 anos	853 (19,6)	39,7 (36,4-43,1)	1	
De 21 a 30 anos	2377 (54,8)	44,5 (42,6-46,6)	1,11 (1,01-1,23)	0,029
De 31 a 40 anos	963 (22,2)	54,3 (51,1-57,4)	1,33 (1,21-1,48)	<0,001
Mais de 40 anos	147 (3,4)	49,6 (41,5-57,7)	1,25 (1,03-1,51)	0,019
Vive com companheiro				
Não	714 (16,5)	47,3 (43,6-51,1)	1	
Sim	3625 (83,5)	45,7 (44,1-47,3)	0,95 (0,87-1,04)	0,315
SERVIÇO DE SAÚDE				
Registro de consulta odontológica da gestante				
Não	1672 (38,6)	41,9 (39,5-44,2)	1	
Sim	2668 (61,4)	48,5 (46,6-50,3)	1,16 (1,08-1,25)	<0,001
Equipe tem oferta programada de pré-natal				
Não	208 (5,3)	49,5 (42,7-56,3)	1	
Sim	3724 (94,7)	45,8 (44,2-47,4)	0,92 (0,81-1,06)	0,258

Tabela 2: Razões de Prevalência ajustadas das variáveis contextuais e individuais, para acesso à saúde bucal no pré-natal, ciclo I, PMAQ-AB, Brasil, 2011-2012 (n=4.340).

VARIÁVEL	RP ajustada (IC95%) Modelo 1	Valor P	RP ajustada (IC95%) Modelo 2	Valor P	RP ajustada (IC95%) Modelo 3	Valor P
CONTEXTUAIS						
Macrorregião						
Norte	1		1		1	
Nordeste	1,22 (0,98-1,51)	0,065	1,21 (0,98-1,49)	0,076	1,25 (0,99-1,58)	0,052
Centro-oeste	0,82 (0,63-1,07)	0,157	0,81 (0,62-1,06)	0,125	0,84 (0,63-1,12)	0,242
Sul	1,01 (0,77-1,32)	0,925	1,01 (0,76-1,31)	0,996	1,03 (0,77-1,38)	0,826
Sudeste	1,21 (0,97-1,51)	0,086	1,19 (0,95-1,48)	0,121	1,21 (0,95-1,55)	0,110
Porte populacional						
Até 5 mil hab	1		1		1	
Entre 5 mil e 10 mil hab	1,13 (0,91-1,41)	0,253	1,15 (0,96-1,43)	0,202	1,17 (0,92-1,47)	0,189
Entre 10 mil e 50 mil hab	1,21 (1,01-1,45)	0,044	1,20 (1,01-1,45)	0,046	1,19 (0,97-1,46)	0,081
Entre 50 mil e 100 mil hab	1,15 (0,91-1,45)	0,223	1,16 (0,92-1,46)	0,203	1,14 (0,89-1,45)	0,285
Entre 100 mil e 500 mil hab	1,09 (0,86-1,38)	0,444	1,10 (0,87-1,39)	0,411	1,07 (0,83-1,37)	0,601
Acima de 500 mil hab	1,39 (1,08-1,81)	0,010	1,40 (1,09-1,82)	0,009	1,38 (1,05-1,81)	0,020
IDH						
Baixo: 0 – 0,599	1		1		1	
Médio: 0,6 – 0,699	0,98 (0,85-1,11)	0,738	0,97 (0,84-1,11)	0,664	0,98 (0,85-1,13)	0,871
Alto: 0,7 – 1,0	0,97 (0,81-1,16)	0,750	0,96 (0,80-1,15)	0,696	0,97 (0,80-1,18)	0,784
Cobertura de saúde bucal						
Até 50%	1		1		1	
Mais de 50%	1,04 (0,92-1,18)	0,481	1,06 (0,93-1,20)	0,366	1,05 (0,92-1,21)	0,412
INDIVIDUAIS						
SÓCIO DEMOGRÁFICAS						
Renda						
Até 1 salário mínimo	-	-	1		1	
Entre 1 e 2 salários mínimos	-	-	1,14 (1,04-1,25)	0,005	1,13 (1,03-1,25)	0,011
Mais de 2 salários mínimos	-	-	1,03 (0,87-1,21)	0,726	1,02 (0,85-1,21)	0,839
Idade						
Até 20 anos	-	-	1		1	
De 21 a 30 anos	-	-	1,13 (0,99-1,27)		1,12 (0,98-1,27)	0,076
De 31 a 40 anos	-	-	1,36 (1,18-1,56)	<0,001	1,33 (1,15-1,54)	<0,001
Mais de 40 anos	-	-	1,29 (1,01-1,66)	0,048	1,30 (0,99-1,69)	0,051
Vive com companheiro						
Não	-	-	1		1	
Sim	-	-	0,94 (0,84-1,06)	0,394	0,94 (0,83-1,06)	0,372
SERVIÇO DE SAÚDE						
Registro de consulta odontológica da gestante						
Não	-	-	-	-	1	
Sim	-	-	-	-	1,17 (1,06-1,29)	0,002
Equipe tem oferta programada de pré-natal						
Não	-	-	-	-	1	
Sim	-	-	-	-	0,91 (0,74-1,11)	0,381

Modelo vazio: apenas o desfecho. Deviance -3545.574, GL 1, AIC 7095.14, BIC 7107.91

Modelo 1: variáveis contextuais ajustadas entre si. Deviance -3521.754, GL 14, AIC 7071.29, BIC 7160.53

Modelo 2: variáveis contextuais ajustadas pelas variáveis individuais sócio-demográficas. Deviance -3505.941, GL 20, AIC 7051.88, BIC 7179.37

Modelo 3: variáveis contextuais ajustadas pelas variáveis individuais sócio-demográficas e de serviço. Deviance -3174.144, GL 22, AIC 6392.28, BIC 6530.35

Tabela 3: Descrição da amostra, prevalência de acesso à saúde bucal no pré-natal, Razão de Prevalência bruta e Razão de Prevalência ajustada para as variáveis contextuais e individuais, ciclo II, PMAQ-AB, Brasil, 2013-2014 (n=6.209).

VARIÁVEL	n (%)	Prevalência de pré-natal odontológico (IC95%)	Razão de Prevalência bruta (IC95%)	Valor P	Razão de Prevalência ajustada (IC95%) Modelo 1#	Valor P	Razão de Prevalência ajustada (IC95%) Modelo 2#	Valor p
CONTEXTUAIS								
Macrorregião								
Norte	559 (9,1)	45,1 (40,1-49,2)	1		1		-	-
Nordeste	2574 (41,5)	54,6 (52,7-56,4)	1,21 (1,06-1,38)	0,005	1,17 (1,02-1,34)	0,025	-	-
Centro-oeste	597 (9,6)	38,7 (34,8-42,6)	0,85 (0,71-1,02)	0,093	0,83 (0,69-1,01)	0,057	-	-
Sul	531 (8,5)	51,6 (47,3-55,8)	1,14 (0,96-1,35)	0,122	1,12 (0,94-1,34)	0,203	-	-
Sudeste	1948 (31,3)	54,7 (52,4-56,8)	1,21 (1,05-1,39)	0,006	1,18 (1,03-1,36)	0,018	-	-
GINI *								
Alta desigualdade	1987 (32,1)	49,8 (47,6-52,1)	1		1		-	-
Média desigualdade	1902 (30,6)	53,7 (51,3-55,8)	1,07 (1,01-1,14)	0,021	1,03 (0,94-1,13)	0,434	-	-
Baixa desigualdade	2320 (37,3)	52,5 (50,4-54,5)	1,05 (0,99-1,11)	0,086	1,01 (0,92-1,12)	0,733	-	-
Cobertura de saúde bucal								
Até 49,8%	2074 (33,5)	49,4 (47,3-51,6)	1		1		-	-
Entre 49,9% e 92,9%	2068 (33,3)	50,3 (48,1-52,4)	1,01 (0,93-1,10)	0,709	1,01 (0,92-1,11)	0,784	-	-
Acima de 92,9%	2064 (33,2)	56,2 (54,1-58,3)	1,13 (1,04-1,23)	0,003	1,11 (1,01-1,22)	0,020	-	-
INDIVIDUAIS								
SOCIO DEMOGRÁFICAS								
Idade								
Até 20 anos	1115 (17,9)	45,7 (42,8-48,6)	1		-		1	
De 21 a 30 anos	3452 (55,6)	51,3 (49,6-52,9)	1,12 (1,04-1,20)	0,002	-		1,10 (0,99-1,21)	0,057
De 31 a 40 anos	1497 (24,1)	57,3 (54,8-59,8)	1,25 (1,16-1,35)	<0,001	-		1,22 (1,09-1,36)	<0,001
Mais de 40 anos	145 (2,4)	61,4 (53,4-69,3)	1,34 (1,16-1,55)	<0,001	-		1,31 (1,04-1,64)	0,019
Anos de estudo								
Ensino fundamental incompleto	1788 (28,8)	51,8 (49,4-54,1)	1		-		1	
Ensino médio completo	1932 (31,1)	49,2 (47,1-51,5)	0,95 (0,89-1,01)	0,125	-		0,98 (0,90-1,08)	0,795
Ensino superior ou mais	2489 (40,1)	54,2 (52,1-56,2)	1,05 (0,98-1,11)	0,115	-		1,04 (0,96-1,13)	0,295
SERVIÇO DE SAÚDE								
Equipe participa de ações de educação permanente								
Não	592 (9,5)	45,1 (41,1-49,2)	1		-		1	
Sim	5617 (90,5)	52,7 (51,4-54,1)	1,16 (1,03-1,32)	0,015	-		1,14 (1,01-1,30)	0,032
Equipe tem acolhimento								
Não	1587 (25,6)	49,1 (46,5-51,4)	1		-		1	
Sim	4622 (74,4)	53,1 (51,6-54,4)	1,08 (1,02-1,14)	0,007	-		1,07 (0,98-1,15)	0,120
Horário de funcionamento atende as necessidades da usuária								
Não	876 (14,1)	38,2 (35,1-41,4)	1		-		1	
Sim	5333 (85,9)	54,2 (52,9-55,5)	1,42 (1,29-1,54)	<0,001	-		1,40 (1,25-1,57)	<0,001

* Alta desigualdade: 0,5501 – 1,0 / Média desigualdade: 0,4901 – 0,55 / Baixa desigualdade: 0 – 0,49

Modelo vazio: apenas o desfecho, sem as variáveis independentes. Deviance -5339555, GL 1, AIC 10681.11, BIC 10687.84

Modelo 1: variáveis contextuais ajustadas entre si. Deviance -5315.253, GL10, AIC 10650.51, BIC 10717.84

#Modelo 2: variáveis individuais ajustadas pelas contextuais que apresentaram p<0,20 (Macrorregião e Cobertura de Saúde Bucal) no Modelo 1. Deviance -5281.947, GL 16, AIC 10595.89, BIC 10703.63



Figura 1: Modelo teórico conceitual referente aos Ciclos I e II do PMAQ-AB.

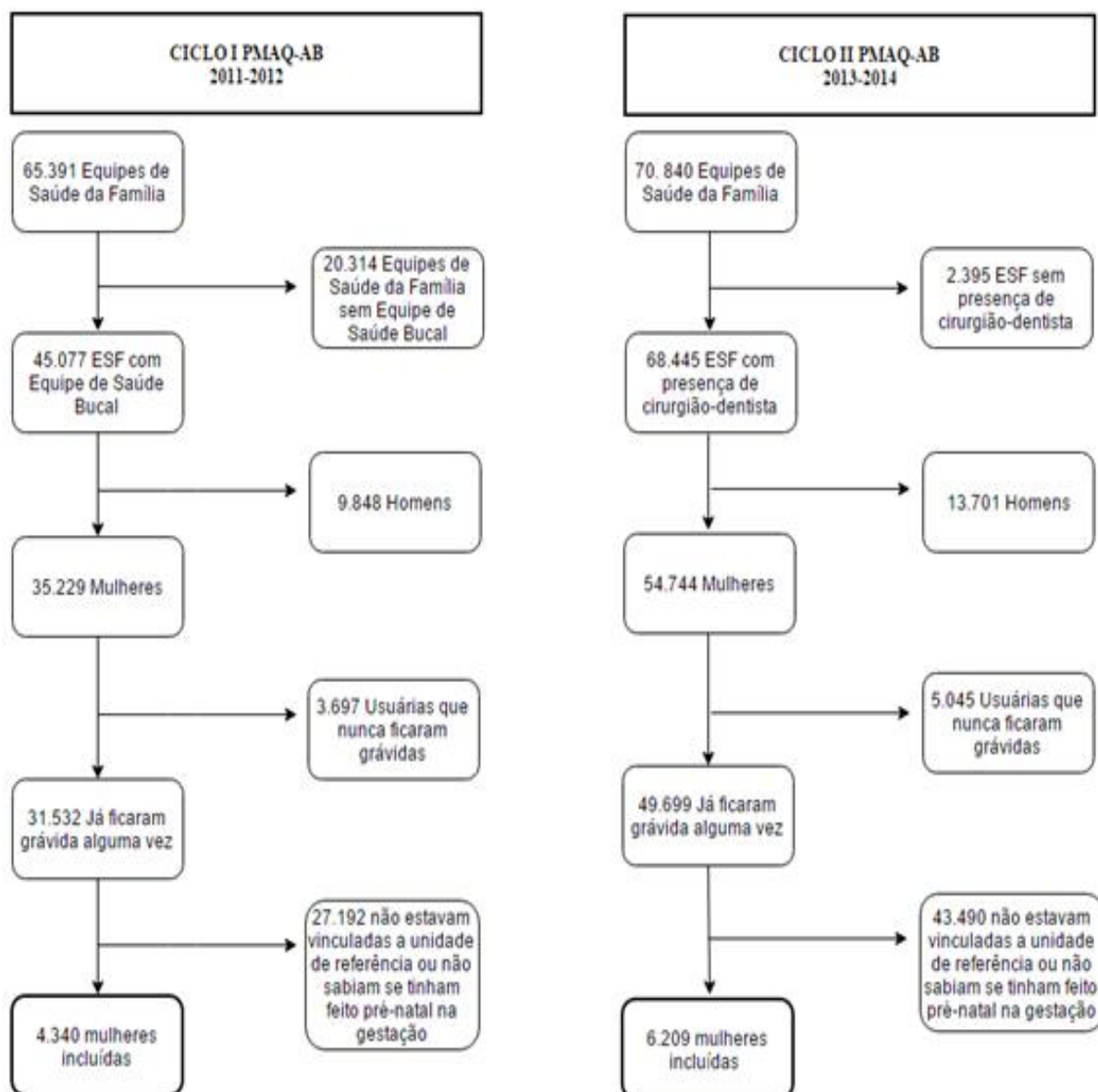


Figura 2: Fluxograma de participação dos ciclos I e II do PMAQ-AB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo aponta que as variáveis contextuais como macrorregião e porte populacional, assim como, as variáveis individuais idade, renda, registro de consulta odontológica da gestante, a equipe participar de ações de educação permanente e o horário de funcionamento atender as necessidades da usuária são fatores que apresentam associação com o acesso à saúde bucal no pré-natal. Estes dados mostram a importância de investimentos em políticas públicas e em ações voltadas às gestantes.




Destaca-se também, a importância de investimentos em capacitações e atualizações para os profissionais de saúde, na busca por difundir a riqueza acarretada pela realização do acompanhamento odontológico durante o pré-natal e que o cuidado com a saúde bucal interfere na condição de saúde da gestante como um todo, assim como, pode auxiliar a diminuir os mitos e medos que ainda assombram alguns trabalhadores e também algumas gestantes. Além disso, a realização de divulgação relacionada ao acompanhamento odontológico durante a gestação, realizada com o auxílio da mídia e encabeçada por parte dos gestores e profissionais de saúde, é uma ideia que pode contribuir com o processo de aprimoramento e expansão do cuidado da saúde bucal para com as gestantes.

Evidencia-se do mesmo modo, o valor da atuação integrada dos profissionais de uma equipe de saúde que participam do cuidado da mulher durante o pré-natal, com a intenção de que cada vez mais possa se trabalhar focado na integralidade da assistência, realizando um atendimento que envolva as questões fisiológicas, psicológicas e toda a singularidade da gestação. Além disso, focado nos benefícios que o cuidado com a saúde bucal pode proporcionar nessa fase, demonstra-se a necessidade de envolver cada vez mais esse núcleo e os demais campos da saúde nas ações do pré-natal.

O caminho para aprimorar e melhorar o cuidado durante o pré-natal é árduo e exige a colaboração e cooperação dos profissionais da saúde, das usuárias e dos gestores. Assim, este estudo busca instigar a superação dos desafios encontrados cotidianamente no atendimento prestado à gestante na Atenção Básica, além da possível transformação dos serviços e das práticas de saúde, focando cada vez mais no atendimento integral, tendo em vista a intenção de alcançar uma melhoria no pré-natal ofertado.

7 ANEXOS

ANEXO 1: Carta de aprovação do projeto guarda-chuva pelo Comitê da Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

	<p>UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p>	<p>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs</p>	
<p>CARTA DE APROVAÇÃO</p>			
<p>Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:</p>			
<p>Número: 21904</p>			
<p>Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários</p>			
<p>Pesquisadores:</p>			
<p>Equipe UFRGS:</p>			
<p>ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011 MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011 FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011 TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011 CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011 ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011 ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011 MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011 LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011 Ana Lucilia da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011 REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011</p>			
<p>Equipe Externa:</p>			
<p>Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011 Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011 Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011 Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011 Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011 Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011 Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011 Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011 Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011 Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011 Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011</p>			
<p>Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.</p>			
<p>Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012</p>			
 <p>JOSE ARTUR BOGO CHIES</p>			
			1

ANEXO 2: COMPESQ – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Odontologia

PARECER CONSUBSTÂNCIADO DA COMISSÃO DE PESQUISA

Parecer aprovado em reunião do dia 11 de dezembro de 2015

ATA nº 14/2015.

A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul após análise aprovou o projeto abaixo citado com o seguinte parecer:

Prezada Pesquisadora Juliana Hilgert

Informamos que o projeto de pesquisa 29880 - PRE-NATAL E ATENCAO ODONTOLOGICA NA ATENCAO PRIMARIA A SAUDE: DADOS DO PMAQ-AB está aprovado com o seguinte parecer:

Introdução: Desde o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, o Brasil vem acompanhando mudanças no sistema de saúde, como por exemplo a inclusão das equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família. Esse fato fez com que surgissem novas questões a serem pensadas, trabalhadas e desenvolvidas; uma dessas indagações refere-se a assistência prestada em relação a saúde bucal durante o pré-natal, pois nesse período a mulher passa por muitas transformações fisiológicas e psicológicas que podem interferir no cuidado bucal. Objetivo: Avaliar a associação de variáveis contextuais, da equipe de saúde e dos usuários em relação ao atendimento odontológico prestado as gestantes, a partir dos dados do I e II ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), nas diferentes macrorregiões brasileiras. Metodologia: Será realizada uma abordagem com característica transversal, multinível e quantitativa, a qual se dará por intermédio da avaliação de dados secundários advindos do I e II ciclo do PMAQ-AB. Os dados serão analisados através do software Stata 11 e da realização da análise das frequências relativas e absolutas referentes as variáveis estudadas. Será utilizada a regressão de Poisson Multinível para a obtenção das razões de prevalência brutas e ajustadas. O projeto apresenta mérito científico e encontra-se bem delineado. Portanto, somos pela aprovação. Os autores devem cadastrar o projeto na Plataforma Brasil para posterior submissão ao CEP.

Atenciosamente,

Comissão de pesquisa em Odontologia

Prof. Dr. Fabrício Mezzomo Collares

Coordenador da Comissão de Pesquisa ODONTOLOGIA UFRGS