

Consulta odontológica no planejamento familiar: prevalência e fatores associados

Dental consultation in family planning: prevalence and associated factors

Mayara Trapp Vogel¹, Lilian Rigo^{2*}

¹Cirurgiã-dentista pela Faculdade Especializada na Área de Saúde do Rio Grande do Sul – FASURGS, Mestre em Odontologia da Faculdade ATITUS Educação; ²Cirurgiã-dentista, Universidade de Passo Fundo – UPF, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Doutora em Odontologia, Universidade de Pernambuco – UPE, Professora da Graduação e Pós-graduação em Odontologia da Escola e Saúde – ATITUS Educação, RS

Resumo

Objetivo: verificar a prevalência das consultas odontológicas e fatores associados a esta decisão, durante o planejamento familiar, pelas gestantes que realizaram pré-natal na rede básica de um município do Sul do Brasil. **Metodologia:** a amostragem do tipo não-probabilística incluiu 164 gestantes com gravidez planejada. A coleta de dados foi realizada de forma virtual, por meio de um questionário eletrônico contendo questões sociodemográficas e referentes a gestação baseadas no Questionário da Mulher e adaptadas da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006. Os dados foram analisados relatando as frequências relativas e absolutas das variáveis. Na análise bivariada utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e na análise multivariável teste de Regressão logística binária bruta e ajustada obtendo-se as Razões de Chances (RC) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). **Resultados:** a idade média das gestantes que realizaram o planejamento familiar foi de 27,9 anos (DP ± 5,85) e somente 35,4% realizaram consulta odontológica durante o planejamento. As que procuraram ajuda para engravidar tiveram maior chance de realizar a consulta odontológica (RC=2,089, IC95% 1,047-4,168), assim como as que tiveram problemas dentários durante a gestação (RC=2,622, IC95% 1,278-5,377) durante o planejamento familiar. **Conclusão:** os achados deste estudo evidenciaram baixa prevalência da consulta odontológica no planejamento familiar. Houve associação significativa entre as gestantes que procuraram um profissional para engravidar e as que apresentaram problemas dentários durante o período gestacional e a variável desfecho 'consulta odontológica' no planejamento familiar.

Palavras-chave: Planejamento familiar; cuidado pré-natal; assistência odontológica; Sistema Único de Saúde; gravidez.

Abstract

Objective: to verify the prevalence of dental consultations and factors associated with this decision during family planning by pregnant women who received prenatal care in the primary network of a municipality in southern Brazil. **Methodology:** non-probabilistic sampling included 164 pregnant women with planned pregnancies. Data was collected virtually through an electronic questionnaire containing sociodemographic questions and questions related to pregnancy based on the Women's Questionnaire and adapted from the 2006 National Survey of Demography and Health of Children and Women to the relative and absolute frequencies of the variables. In the bivariate analysis, Pearson's chi-square test was used in the multivariable analysis, and the crude and adjusted binary logistic regression test was used, obtaining the Odds Ratios (OR) and respective 95% confidence intervals (95%CI). **Results:** the mean age of pregnant women who underwent family planning was 27.9 years (SD ± 5.85), and only 35.4% attended a dental appointment during planning. Those who sought help to get pregnant were more likely to have a dental appointment (OR=2.089, 95%CI 1.047-4.168), as well as those who had dental problems during pregnancy (OR=2.622, 95%CI 1.278-5.377) during planning familiar. **Conclusion:** the findings of this study showed a low prevalence of dental consultations in family planning. There was a significant association between pregnant women who sought a professional to get pregnant and those who had dental problems during the gestational period and the outcome variable 'dental consultation' in family planning.

Keywords: family planning; prenatal care; dental care; Unified health system; pregnancy.

INTRODUÇÃO

O Brasil sofre um processo chamado transição demográfica e dados demonstram redução sensível na taxa de natalidade no país, pois, de acordo com dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o país registrou uma média de 1,94 filho por mulher,

estando abaixo da taxa de reposição populacional, que é de 2,1 filhos por mulher¹. A urbanização, a ampliação do acesso à educação formal e profissional e à saúde em nível primário são os principais fatores relacionados à redução das taxas de natalidade e fecundidade². Os avanços da Medicina e a utilização de métodos contraceptivos também são fatores que influenciaram na redução do número médio de filhos³. O fato de ser fazer o planejamento familiar, é outro aspecto que fez reduzir a taxa de fecundidade no Brasil.

Correspondente/Corresponding: *Lilian Rigo – End: Senador Pinheiro, 304, Passo Fundo, Brasil – Tel: 55 (54)99927-0441 – E-mail - lilian.rigo@atitus.edu.br

Considerando tais mudanças populacionais, o planejamento familiar pode ser definido como uma rede de ações que envolvem desde orientações a procedimentos técnicos⁴. De acordo com o Ministério da Saúde, planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem a informação e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos, previsto na Constituição brasileira: o direito de ter ou não filhos, o planejamento familiar, conforme aborda a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde⁴. Apesar de ter ocorrido um declínio na taxa de fecundidade nas últimas décadas, a gravidez não desejada ainda é uma situação presente na vida das mulheres. Dessa forma, o Ministério da Saúde implementou a ferramenta do planejamento familiar, por meio de orientações e procedimentos técnicos pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento⁵. Os direitos reprodutivos, no âmbito mundial, asseguram que o planejamento favorece autonomia às mulheres, evita que problemas futuros possam ser instalados na gestação e diminui o risco de gravidez indesejadas⁶. Em um estudo qualitativo sobre a percepção de mães adolescentes da Uganda em relação a repetição do parto na adolescência concluiu que prevenir a repetição da gravidez adolescente contribui para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Saudável (ODS) número três (garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades), e é necessário despertar e fortalecer a implementação de os programas e políticas sobre educação sexual/reprodutiva, incluindo programas de planejamento familiar⁷.

Os serviços de planejamento familiar são essenciais para os cuidados pré-concepcionais pois, na ausência de tais serviços, ocorrerão gestações que não se beneficiaram dos cuidados pré-concepcionais⁸. Os cuidados pré-concepcionais dependem de casais planejando suas gestações em relação a fatores relacionados à saúde que aumentam as chances de uma adequada gravidez e um bebê saudável, dessa forma, quando não há o serviço de planejamento familiar, as gestantes não se beneficiarão do aconselhamento pré-concepção⁸.

Inegavelmente, algumas lacunas dentro do planejamento reprodutivo ainda podem ser observadas, como, por exemplo, a busca pela consulta odontológica nesse planejamento⁹. Nessa perspectiva, pelos impactos e mudanças fisiológicas ocorridas durante a gestação, a cavidade oral também pode sofrer algumas alterações nesse período, podendo ser fator de risco para outras doenças¹⁰.

O cirurgião-dentista, como membro da equipe de saúde, é o profissional responsável pela educação em saúde oral das gestantes e prevenção das doenças bucais, atuando diretamente no cuidado à saúde. Condições predisponentes, como a hipersensibilidade das glândulas salivares, alterações na dieta, doenças periodontais e alterações hormonais, favorecendo a ocorrência de náuseas e vômitos, têm sido observadas durante o período gestacional¹¹. Esses problemas podem estar diretamente relacionados com a saúde geral da gestante prejudicando

também a saúde do bebê. O baixo peso ao nascer e a prematuridade, considerados riscos de vida, podem ter associações com problemas oriundos da cavidade oral¹². Observa-se que, com o aumento da prematuridade no Brasil, a Odontologia pode estar intimamente ligada com a prevenção da mortalidade infantil, a partir da determinação das possíveis causas desses eventos¹³. A cavidade oral é colonizada por uma microbiota complexa e diversa de mais de 700 espécies identificadas, incluindo bactérias, fungos vírus, arqueas e protozoários¹⁴. Sabendo que uma microbiota equilibrada ajuda a manter a saúde bucal e a saúde geral estável, as alterações na comunidade microbiana oral durante a gravidez podem afetar a saúde bucal materna e a saúde bucal do bebê¹⁰⁻¹³. Alguns estudos relatam que as mulheres grávidas experimentaram um aumento significativo de *Streptococcus mutans*, ocorrendo maior incidência de cárie dentária¹⁵. Os pesquisadores também relatam que as mulheres grávidas apresentam um aumento de número de patógenos periodontais, como *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromona gingivalis* entre outros¹⁶. Portanto, entender as mudanças da microbiota oral durante a gravidez, sua associação com a saúde materna e suas implicações nos resultados do parto é essencial.

Porém, ainda podemos identificar uma baixa procura e uma resistência das gestantes ao tratamento odontológico nesse período. Alguns dos fatores podem estar relacionados ao atendimento limitado: crenças e tabus relacionados aos procedimentos odontológicos;¹⁷ insegurança e dúvidas sobre o atendimento odontológico¹⁸. A postergação do tratamento, pelo receio do cirurgião-dentista em realizar esse atendimento, também pode ser um fator a ser considerado¹⁹.

A assistência de uma equipe multiprofissional em todos os ciclos de vida da mulher, desde o planejamento da gestação até o cuidado no pré-natal e às consultas de puerpério, possibilita diferentes olhares na forma do cuidado, demonstrando uma maior resolutividade e potencialização das ações²⁰. Dessa forma, é preciso salientar a importância da consulta ao cirurgião-dentista no cuidado de saúde em todos os ciclos de vida da mulher, pois, as consequências podem ser diretamente na vida da gestante como do seu filho²¹. Muitas pesquisas relatam a relação de problemas bucais, em especial, cárie e doença periodontal e alterações sistêmicas como, diabetes, problemas cardíacos, e outros^{22,23}.

Este estudo teve como objetivos verificar a prevalência das consultas odontológicas e fatores associados a esta decisão, durante o planejamento familiar; investigar a associação entre a consulta odontológica no planejamento familiar e características sociodemográficas como escolaridade, renda familiar, local de moradia, estado civil, buscou ajuda de um profissional da saúde para engravidar, problemas dentários na gestação, gestação do primeiro filho, perda de dentes por cárie dentária, tabagismo e comorbidades (diabetes, obesidade, cárie dentária, gengivite, sífilis e hipertensão).

METODOLOGIA

Delineamento e amostra do estudo

Este estudo tem uma abordagem quantitativa, cujo delineamento é do tipo transversal. A amostragem do tipo não probabilística foi realizada por conveniência, cujas participantes do estudo foram gestantes com gravidez planejada e atendidas em uma das dezoito (18) Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede municipal de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil.

A população total de gestantes atendidas nas 18 UBSs, no período de julho a dezembro de 2021, foi de 512. Para a realização do cálculo amostral, considerou-se a população total (n=512), um intervalo de confiança de 95%, uma margem de erro de 5% e a probabilidade do desfecho de 50%, sendo que o tamanho amostral ideal era de 220 gestantes. Optou-se por incluir mais 15% no cálculo final, em razão das possíveis perdas, o que resultou em um número de 253 gestantes. Ao final da coleta, um total de 254 participaram da pesquisa respondendo ao questionário, sendo que destas, 164 gestantes se encaixaram nos critérios de inclusão do estudo por ter respondido 'SIM' na questão do planejamento familiar na gestação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número 4.780.680, CAAE 46068921.0.0000.5319, na data de 06 de junho de 2021, conforme Resolução 466/12. Durante a coleta de dados, todas as mulheres consentiram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento para Menores.

Este artigo foi redigido de acordo com o guia do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)²⁴.

Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo mulheres gestantes com gravidez planejada que estavam realizando as consultas de pré-natal em uma das dezoito UBSs do município de Santa Rosa.

Critérios de exclusão

Foram excluídas desta pesquisa as mulheres gestantes que tinham menos de 18 anos de idade e não realizaram planejamento familiar.

Local da pesquisa e instrumento de coleta dos dados

O estudo foi desenvolvido no município de Santa Rosa, situado no Noroeste do Estado Rio Grande do Sul, Brasil. O município possui em média de 70 mil habitantes, conforme estimativas do Censo Demográfico do IBGE, 2010²⁵. Atualmente, o serviço público do município é planejado através da Fundação Municipal de Saúde de

Santa Rosa (FUMSSAR),²⁶ que tem como objetivo ser uma importante ferramenta de gestão com maior autonomia resolutividade nos atendimentos.

A rede de atenção primária em saúde no município é composta por 18 UBSs. A coleta de dados foi realizada de forma virtual online, entre os meses de julho e dezembro de 2021, por meio de um questionário disponibilizado na plataforma *Google Forms*, enviado para cada uma das gestantes cadastradas nas 18 unidades básicas já citadas. Os convites, com uma breve explicação da pesquisa, juntamente com o *link* do questionário online, foram enviados individualmente via WhatsApp®, por contato direto, conforme prevê o ofício Circular nº 2/2021/CO-NEP/SENCNS/MS de 2012,²⁷ que orienta pesquisadores em relação a procedimentos que envolvam o contato com participantes ou coleta de dados de qualquer etapa da pesquisa, em ambiente virtual.

O questionário semiestruturado foi validado pelo Ministério da Saúde, juntamente ao Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IOPBE), denominado 'Questionário da Mulher' que faz parte da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS, 2006,⁵ e tem por objetivo avaliar questões de fecundidade, planejamento familiar, saúde e nutrição, para a elaboração de um plano em forma de ações, para melhoria no SUS. Três perguntas foram adicionadas ao questionário com relação ao planejamento familiar: 1- Quando você ficou grávida, estava planejando engravidar naquele momento, queria ter esperado mais ou não queria ter mais filhos? 2- Quando você ficou grávida, a gestação foi planejada? 3- Qual o principal motivo por não ter usado nenhum método para prevenir a gravidez? Os questionários que obtiveram a resposta "sim" para as três primeiras questões foram selecionados para a pesquisa. Além disso, foram incluídas outras questões de interesse para esta pesquisa, como: 'características das mulheres durante a gestação'; 'perguntas sobre o perfil sociodemográfico'; 'questões referentes a problemas dentários durante a gestação'; 'consultas odontológicas realizadas nesse período'; 'tabagismo' e 'algumas comorbidades'.

Teste piloto

Primeiramente, foi realizado um teste piloto com apenas 10 (dez) gestantes que frequentaram uma das UBS, a fim de treinar a pesquisadora para a coleta de dados e verificar as dúvidas das usuárias em relação ao instrumento de pesquisa, visando evitar possíveis reverses. As respondentes aceitaram participar, e todas as questões foram todas respondidas no autopreenchimento do questionário. Para a escolha dessa UBS, foi realizado um sorteio de forma online, através do sorteador eletrônico: Random (<https://www.random.org/lists/a>). Assim, as gestantes que participaram do estudo piloto foram excluídas a amostra final.

Variáveis em estudo

Variável desfecho

A variável considerada desfecho foi: 'consulta odontológica no planejamento da gestação' (sim=1/não=0), obtida a partir da pergunta: "Quando você estava planejando a sua gravidez consultou um dentista para ver como estava a sua saúde bucal? "

Variáveis de exposição

1. Características sociodemográficas

Escolaridade (ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, superior incompleto/completo e pós-graduação), renda familiar (nenhuma renda, até um salário-mínimo, de dois a seis salários-mínimos, de sete a nove salários-mínimos), local/zona de moradia (urbana ou rural), estado civil (casada, em união estável com um homem, união com uma mulher), local/zona de moradia (rural ou urbana).

2. Características das gestantes

O questionário englobou as seguintes variáveis com respostas de sim=1 e não=0: companheiro acompanhou durante as consultas; procurou ajuda de um profissional para engravidar; teve algum problema dentário no período da gestação; perdeu algum dente por cárie; profissional de saúde conversou sobre a utilização de métodos contraceptivos; fumante; com comorbidades: diabetes, obesidade, cárie dentária, gengivite, sífilis e pressão alta; idade quando nasceu o primeiro filho: 18 anos ou menos, entre 19 e 25 anos, entre 26 e 30 anos, entre 31 e 40 anos ou estou esperando o primeiro filho.

Análise dos dados

Os dados foram organizados em um banco de dados no programa *Software Microsoft Office Excel 2016* e posteriormente exportados e analisados no software estatístico IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), Armonk, New York versão 20.0. Para análise dos dados, foram observadas as frequências relativas e absolutas das variáveis. Na análise bivariada, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e na análise multivariada utilizou-se Regressão logística binária bruta e ajustada, obtendo-se as Razões de Chances (RC) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Para ajuste dos fatores de confusão, todas as variáveis exploratórias que tiveram valor $p < 0,10$ entraram no modelo bruto, e somente permaneceram aquelas no modelo ajustado as que apresentaram valor- $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 164 mulheres gestantes atendidas nas UBSs de Santa Rosa, o que representou

100% da amostra das gestantes incluídas no estudo. Das 164 gestantes que realizaram o planejamento familiar, a média de idade foi de 27,9 anos (DP \pm 5,85), sendo que 43,9 % delas (72) cursaram o ensino médio, 75% (123) recebem em média até um salário-mínimo, 83,5 % (137) residem na zona urbana e todas vivem com um(a) companheiro(a). A descrição da amostra pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das frequências das variáveis sociodemográficas das gestantes que planejaram a gestação e ter realizado consulta odontológica, Santa Rosa-RS, Brasil, 2021 (n= 164)

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental incompleto	25	15,2
Ensino Fundamental completo	27	16,5
Ensino Médio completo	72	43,9
Superior incompleto	13	7,9
Superior completo	13	7,9
Pós-graduação	14	8,5
Renda Familiar		
Nenhuma renda	1	0,6
Até 1 salário-mínimo	123	75,0
De 2 a 6 salários-mínimos	31	18,9
De 7 a 9 salários-mínimos	9	5,5
Zona/local de moradia		
Urbana	137	83,5
Rural	27	16,5
Estado civil		
Casada	102	61,2
União estável com um homem	61	37,2
União estável com uma mulher	1	0,6

Fonte: dados da pesquisa

Na Tabela 2 estão descritas as frequências das variáveis relacionadas à gestação. Os resultados mostram que 35,4% (58) das gestantes entrevistadas realizaram consulta odontológica no planejamento familiar, 53% (47) das gestantes estavam acompanhadas pelos seus companheiros durante as consultas de pré-natal. Destas, 48,8% (80) referiram ter tido problemas dentários na gestação, e 51,2% (84) já realizaram pelo menos uma extração dentária. Muitas das gestantes (44,5%) referiram não ter nenhum problema de saúde, e 26,8% estavam grávidas do primeiro filho. Em relação ao uso de métodos contraceptivos, 51,8% (85) receberam alguma orientação sobre uso, e a maioria é de não fumantes (92,7%).

Tabela 2 – Distribuição das frequências de variáveis relacionadas a gestação, Santa Rosa-RS, Brasil, 2021 (n= 164)

Variáveis	N	%
Consulta odontológica no planejamento familiar da gestação		
Sim	58	35,4
Não	106	64,6
Companheiro acompanhou nas consultas		
Sim	87	53
Não	77	47
Procurou ajuda de um profissional para engravidar		
Sim	84	51,2
Não	80	48,8
Teve algum problema dentário no período da gestação		
Sim	80	48,8
Não	84	51,2
Perdeu algum dente por cárie		
Sim	84	51,2
Não	80	48,8
Comorbidades		
Diabetes	10	6,1
Obesidade	8	4,9
Cárie dentária	29	17,7
Gengivite	17	10,4
Sífilis	5	3,0
Pressão alta	22	13,4
Nenhuma dessas comorbidades	73	44,5
Idade que tinha quando nasceu o primeiro filho		
18 anos ou menos	44	26,8

Entre 19 e 25 anos	50	30,5
Entre 26 e 30 anos	18	11,0
Entre 31 e 40 anos	8	4,9
Esperando o primeiro filho	44	26,8
Profissional de saúde conversou sobre a utilização de métodos contraceptivos		
Sim	85	51,8
Não	79	48,2
Fumante		
Sim	12	7,3
Não	152	92,7

Fonte: dados da pesquisa

Todas as seguintes variáveis: ‘procurou ajuda de um profissional da saúde para engravidar’, ‘problema dentário na gestação’, ‘perda de dentes por cárie dentária’, ‘escolaridade’ e ‘primeiro filho’, comorbidades, ‘fumante’, ‘renda’, ‘zona de moradia’, ‘estado civil’ foram testadas com a variável desfecho ‘consulta odontológica no planejamento da gestação’ em uma análise bivariada ao teste de teste Q-quadrado de Pearson. Entretanto, entraram no modelo multivariado apenas as variáveis com p-valor<0,10: ‘procurou ajuda de um profissional da saúde para engravidar’, ‘problema dentário na gestação’, ‘escolaridade’ e ‘primeiro filho’. No modelo final ajustado, os resultados mostraram associação ao p-valor<0,05 somente com as variáveis: ‘procurou ajuda de um profissional da saúde para engravidar’ (RC=2,089, IC95% 1,047-4,168) e ‘problema dentário na gestação’ (RC=2,622, IC95% 1,278- 5,377), conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Razão de chances (RC) e intervalos de confiança (IC 95%) entre as variáveis independentes e desfecho consulta odontológica no planejamento da gestação. Modelo de Regressão logística binária, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2021.

Variáveis	RC bruta	IC 95%	p*	RC ajustada	IC 95%	p*
Procurou ajuda profissional para engravidar						
Não	1	1,075-3,959	0,030*	1		0,037*
Sim	2,063			2,089	1,047-4,168	
Problema Dentário na gestação						
Não	1		0,009*	1		0,009*
Sim	4,524	1,278-5,377		2,622	1,278-5,377	
Escolaridade						
Ensino médio/superior/pós-graduação	1		0,011*	1		0,265
Ensino fundamental	2,695	1,255-5,786		1,643	0,686-3,932	
Primeiro filho						
Não	1		0,096	1		0,369
Sim	1,932	0,890-4,191		1,500	0,619-6,633	

* Teste de Wald – p-valor de p<0,05 – estatisticamente significativa. RC – Razão de Chances; IC95% – intervalo de confiança de 95%.

Ajustadas para as variáveis: ‘procurou ajuda de um profissional da saúde para engravidar’, ‘problema dentário na gestação’, ‘escolaridade’ e ‘primeiro filho’.

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Um novo regime demográfico está se estabelecendo no país e a fecundidade segue em declínio, com diferen-

ças importantes entre as regiões brasileiras²⁸. Diante disso, o planejamento familiar, sendo direito regulamentado por lei, um dos fatores que influenciaram neste declínio.

Este estudo buscou verificar a prevalência das consultas odontológicas e fatores associados a esta decisão, durante o planejamento familiar, pelas gestantes que realizaram pré-natal na rede básica de um município e com base nos achados, os resultados evidenciaram que o a prevalência de consultas odontológicas foi baixa, tendo sido realizadas somente por 35% das gestantes. Em estudo de base populacional realizado no extremo sul do Brasil, seis em cada 10 gestantes participantes da pesquisa não realizaram consulta odontológica durante a gravidez e 60% das parturientes não foram sequer uma única vez ao cirurgião-dentista no período gestacional²⁹. Assim, observa-se que o cuidado odontológico é frequentemente negligenciado durante a gravidez.

Vale refletir que a prática do planejamento familiar ainda é desenvolvida centrada apenas no profissional médico e na equipe de enfermagem, sendo o mais importante a oferta de métodos contraceptivos³⁰. Ao analisar este aspecto da prática na assistência à mulher, percebem-se um isolamento entre os outros profissionais e a ausência do trabalho preventivo à saúde, sendo a gravidez um período importante para a promoção da saúde³¹. Identifica-se, também, que existem outras ferramentas eficientes na condução do planejamento familiar, como a educação em saúde dentro de escolas, visando à prevenção da gravidez na adolescência³².

Ao determinar a amostra incluída neste estudo, identificou-se que 63% das gestantes entrevistadas realizam o planejamento da gestação. Os direitos ao acesso dos serviços de saúde reprodutiva acessíveis e de qualidade são essenciais para países de baixa e média renda³³. Porém, ainda existe um alto nível de gravidez indesejada nos países em desenvolvimento^{34,35}. Isso mostra a importância da ampliação dos serviços de planejamento familiar, pois, mesmo com o aumento do uso de métodos contraceptivos e do acesso a informações, esses números ainda são considerados baixos³⁶. Da mesma forma, outro estudo relatou que a prevalência de planejamento da gravidez foi de 33,3%, destacando que, mesmo com a melhoria de ampliação do acesso à informação e do uso dos métodos contraceptivos, a frequência de mulheres que planejam a gestação ainda é baixa³⁷. Por esse motivo, o serviço de planejamento familiar está incluído nos programas de saúde pública, tendo implicações dentro dos princípios de universalidade e equidade, visto que se trata de fatores de risco para as mulheres, como, por exemplo, a gravidez indesejada³⁸. As mulheres em idade reprodutiva que queiram engravidar precisam ser bem informadas, aconselhadas e terem seus direitos e dignidade respeitados.

Neste estudo, mulheres que procuraram ajuda de um profissional da saúde para engravidar tiveram maior chance de realizar consulta odontológica durante o planejamento familiar. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo de Rodrigues et al.¹⁸(2018), no qual identificaram que o encaminhamento das gestantes, ao iniciar o pré-natal, facilita o seu acesso aos

serviços odontológicos. Nas normas da Política Nacional de Saúde Bucal, as gestantes devem ser encaminhadas pela equipe de saúde para o atendimento odontológico, reafirmando que esse trabalho em conjunto favorece a atenção ao cuidado da gestante e do bebê³⁹. Da mesma forma, as orientações de educação em saúde bucal fornecidas para as gestantes também podem ser realizadas por outros profissionais, desde que eles sejam treinados e capacitados, pois tais intervenções podem melhorar significativamente o conhecimento da saúde bucal das gestantes⁴⁰. Um outro estudo, que avaliou 638 gestantes, identificou uma lacuna dentro dos encaminhamentos da gestante, evidenciando uma formação limitada no cuidado do pré-natal, tendo em vista que pouco foi discutido sobre a saúde bucal com as gestantes⁴¹. Do mesmo modo, resultados semelhantes foram identificados em um estudo que avaliou 2.653 mulheres, identificando que, quanto menos consultas pré-natal as gestantes realizaram, menor foi a chance de realizar a consulta odontológica²⁹. Mesmo havendo algumas falhas no serviço do programa pré-natal, a rotina de saúde bucal da gestante deve ser intensificada, visando à assistência multiprofissional e estimulando o autocuidado bucal⁴².

Os dados deste estudo referentes aos problemas dentários na gestação foram elevados (48,8%). Houve uma associação estatisticamente significativa com maior chance das gestantes que tiveram algum problema dentário na gestação realizarem consulta odontológica. Sabe-se que o modelo curativo aliado a crenças e mitos populares dificulta o trabalho para a promoção de saúde²⁹. Dados de pesquisa relatam que a não utilização de serviços odontológicos durante a gestação foi mais da metade²⁹. Entre os fatores limitantes à prática da Odontologia, figuram o medo, a ansiedade, a falta de acesso e a baixa percepção das gestantes em relação ao atendimento⁴³. A garantia de atendimento com qualidade e a atenção à assistência odontológica prestadas às gestantes devem ser priorizadas por programas preventivos com acompanhamento, sendo que a desmistificação desses fatores irá auxiliar na busca pela consulta odontológica²⁹. A condição bucal materna ainda é considerada um problema de saúde pública, devido à prevalência de eventos adversos na gravidez, incluindo os problemas bucais^{44,45}.

Na análise final deste estudo, após ajustes para confusão, os resultados não mostraram associação com as variáveis escolaridade e ser a primeira gestação (estar grávida do primeiro filho). Porém, um estudo relatou que as gestantes com menor escolaridade são as que negligenciam os cuidados odontológicos na gestação⁴⁶. Um estudo que avaliou 464 gestantes com gravidez não planejada identificou que quase metade da amostra tinha baixa escolaridade³⁶. Segundo pesquisa realizada nos Estados Unidos, com 21.732 gestantes, a chance de não realizar nenhuma consulta ao dentista foi 1,5 vezes maior pelas gestantes com menor escolaridade⁴⁷. Algumas limitações precisam ser consideradas ao interpretar os resultados do presente estudo. Entre elas, podemos citar

o fato de ser um estudo do tipo transversal, o que não nos permite afirmar relações causais entre as variáveis de exposição e o desfecho. Ainda é importante destacar que os resultados se aplicam a um município específico, de médio porte, não sendo razoável a extrapolação destes achados para outros municípios. Contudo, ressalta-se que foi utilizada uma metodologia adequada, um questionário validado e uma amostra que contemplou os objetivos deste estudo, que visa melhorias nas políticas de saúde pública para gestantes. Assim, os resultados dos achados podem ser úteis para o redirecionamento de melhoria na política públicas às mulheres e ao planejamento de sua gestação no município de Santa Rosa.

Sugerimos ainda, a realização de um estudo longitudinal com as mesmas mulheres desta pesquisa para posterior avaliação do estado bucal de seus filhos, de modo que esse acompanhamento possa verificar o impacto dessas medidas a longo prazo, concomitante à realização de ações bucais coletivas. Aliado a isso, são necessários mais estudos sobre a temática do planejamento familiar, relatando a conduta da equipe de saúde na estratégia desse programa.

Ainda são poucos os estudos na literatura que abordam a consulta odontológica dentro do planejamento familiar, e percebemos quão importante é mostrar o panorama da situação atual. Nesse sentido, fica clara a necessidade de explorar mais o tema, de modo que se possa entender e atender as necessidades das mulheres, em todos os ciclos de vida, assim como acompanhar e avaliar a evolução da assistência prestada dentro do planejamento familiar e sua repercussão a curto e a longo prazo.

Os resultados apresentados nesta pesquisa refletem a existência de lacunas na realização da consulta odontológica dentro do planejamento familiar. Dentre elas, destaca-se a falta de incentivo às mulheres para procurarem pelos serviços odontológicos, especialmente dentro do planejamento familiar, evitando que problemas futuros possam ser instalados na gestação. Fica evidente que as mulheres que procuram auxílio de um profissional da saúde para engravidar tiveram maiores chances de realizar consultas odontológicas. A inserção de cuidados odontológicos no planejamento da gestação é de grande contribuição para a saúde bucal da mãe e do bebê.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados neste estudo, foi possível concluir que houve uma baixa prevalência de consultas odontológicas pelas gestantes que realizaram pré-natal na rede básica de um município do Sul do Brasil durante o planejamento familiar.

Os fatores associados positivamente a decisão de realizar consulta odontológica durante o planejamento familiar estiveram relacionados as mulheres que buscaram auxílio de profissionais da saúde para engravidar e as que tiveram algum problema dentário.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Brasil em Síntese. População – taxa de fecundidade [Internet]. [citado 2023 abr 23]. Disponível em: <https://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>
2. Carvalho JAM de, Brito F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *Rev Bras Estud Popul.* 2005;22(2):351-69.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 300 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 26.
4. Ministério da Saúde (BR). Área Técnica de Saúde da Mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002
5. Brasil. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher Questionário da Mulher. 2006;1-78.
6. Tsegaye AT, Mengistu M, Shimeka A. Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among married women in west Belessa Woreda, Northwest Ethiopia, 2016. *Reprod Health.* 2018; 15:1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0649-6.6>
7. Mulalu P, Wanume B, Soita DJ, Amongin D, Wandawa GJ. Perceptions of adolescent mothers towards adolescent repeat childbirth in Soroti district, Teso sub-region, Uganda: A phenomenological study. *PLoS One.* 2023 Apr 27;18(4):e0268612. doi: 10.1371/journal.pone.0268612
8. Klerman LV. Family planning services: an essential component of preconception care. *Matern Child Health J.* 2006 Sep;10(5 Suppl):S157-60. doi: 10.1007/s10995-006-0109-8.
9. Gonçalves, Tonantzin Ribeiro Leite HM, Bairros FS, Olinto MTA, Barcellos NT, Costa JSD. Social inequalities in the use of contraceptives in adult women in southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2019;53(28):1-12. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000861>
10. Adeniyi A, Donnelly L, Janssen P, Jevitt C, Kardeh B, von Bergmann H, et al. Pregnant women's perspectives on integrating preventive oral health in prenatal care. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21:1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03750-4>
11. Guimarães KA. Gestação e Saúde Bucal: Importância do pré-natal odontológico. *Res Soc Dev.* 2021;10(1):e58810112234. doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01746-2>
12. Torres CR, Novo NF, Ricardo J, Bertagnon D, França CN. Avaliação periodontal de gestantes após parto: estudo transversal Periodontal evaluation of pregnant women after delivery : a cross sectional study. 2021;19:139-48.
13. Azevedo AA, Carvalho AJM de, Sousa FM de, Salgado L da S, Júnior PMSR, Casanovas RC. The importance of dental prenatal in preventing premature births and low-birth-weight babies: an integrative review. *Brazilian J Heal Rev.* 2021; 4(2): 8566-76. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-373>
14. Dewhirst FE, Chen T, Izard J, Paster BJ, Tanner ACR, Yu W-H, et al. The human oral microbiome. *J Bacteriol.* 2010;192:5002-17. doi: <https://doi.org/10.1128/JB.00542-10>
15. Kamate WI, Vibhute NA, Baad RK. Estimation of DMFT, Salivary Streptococcus Mutans Count, Flow Rate, Ph, and Salivary Total Calcium Content in Pregnant and Non-Pregnant Women: A Prospective Study. *J Clin Diagn Res.* 2017 Apr;11(4):ZC147-51. doi: 10.7860/JCDR/2017/24965.9516.

16. Borgo PV, Rodrigues VA, Feitosa AC, Xavier KC, Avila-Campos MJ. Association between periodontal condition and subgingival microbiota in women during pregnancy: a longitudinal study. *J Appl Oral Sci*. 2014 Nov-Dec;22(6):528-33. doi: 10.1590/1678-775720140164
17. Onwuka C, Onwuka CI, Iloghalu EI, Udealor PC, Ezugwu EC, Menuba IE, et al. Pregnant women utilization of dental services: still a challenge in low resource setting. *BMC Oral Health*. 2021; 21:4-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01746-2>
18. Rodrigues LG, Nogueira PM, Fonseca IOM, Ferreira RC, Zina LG, Vasconcelos M. Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. *Arq Odontol*. 2018;54(e20):1-10
19. Cardoso LS, Costa BM de M, Silva MSO e, Pessoa TM, Costa BM de M, Trinta RRS. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre atendimento odontológico em gestantes. *Res Soc Dev*. 2021;10(1):e24510111701.
20. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Mello DF de. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):181-6.
21. Riggs E, Kilpatrick N, Chadwick B, Slack-Smith L, Yelland J, Muthu M, et al. primary caregivers for preventing early childhood caries (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012155.pub2>. www.cochranelibrary.com
22. Li Y, Qian F, Cheng X, Wang D, Wang Y, Pan Y, et al. Dysbiosis of Oral Microbiota and Metabolite Profiles Associated with Type 2 Diabetes Mellitus. *Microbiol Spectr*. 2023 Feb 14;11(1):e0379622. doi: 10.1128/spectrum.03796-22
23. Oyapero A, Enone LL, Moronkola R, Ojikutu RO. Relationship between Periodontal Disease, Dental Caries and the Risk Indicators for Cardiovascular Disease in Lagos, Nigeria. *West Afr J Med*. 2023 Apr 28;40(4):404-13.
24. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008 Apr; 61(4):344-9. doi: 10.1016/j.jclinepi.2007.11.008
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. População do município [Internet]. [citado em 2022 jan 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-rosa/panorama>
26. Fundação Municipal de Saúde –FUMSSAR. Histórico [Internet]. 1995 [citado em 2022 jan 10] Disponível em: https://www.fumssar.com.br/?page_id=1792
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Ofício circular N. 2/2021/CONEP/SECNS/MS.
28. Guimarães RM, Villardi JWR, Sampaio JRC, Lima TRA, Ayres ARG, Oliveira RAD. Questões demográficas atuais e implicações para o modelo de atenção à saúde no Brasil. *Cad Saúde Colet*. 2021; 29(esp.):3-15. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010436>
29. Konzen Júnior DJ, Marmitt LP, Cesar JA. Non-performance of dental consultation among pregnant women in southern Brazil: a population-based study. *Cienc Saúde Colet*. 2019; 24(10):3889-96.
30. Coelho EAC, Lucena MFG, Silva ATM. Family planning policies in João Pessoa – PB: analysis of the contradictions encountered between official and practical discourses. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(2):119-27.
31. Xiao J, Alkhera N, Kopycka-Kedzierawska DT, Billings RJ, Tong Wu T, Castillo DA, et al. Prenatal oral health care and early childhood caries prevention: a systematic review and meta-analysis. *Caries Res*. 2019; 53:422-3. doi: <https://doi.org/10.1159/000499744>
32. Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M. A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Womens Health*. 2016;16. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0281-3>
33. Korachais C, Macouillard E, Meessen B. How User Fees influence contraception in low and middle income countries: a systematic review. *Stud Fam Plann*. 2016;47:341-56.
34. Mohammed F, Musa A, Amano A. Prevalence and determinants of unintended pregnancy among pregnant woman attending ANC at Gelemso General Hospital, Oromiya Region, East Ethiopia: a facility based cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2016;16:10-6. doi: <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0335-1>
35. Merga J, Wirtu D, Bekuma TT, Regasa MT. Unintended pregnancy and the factors among currently pregnant married youths in Western Oromia, Ethiopia: a mixed method. *PLoS One*. 2021;16:1-18. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259262>
36. Moura LNB, Gomes KRO. Planejamento familiar: Uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. *Cienc Saúde Colet*. 2014;19(3):853-63.
37. Borges ALV, Cavalhieri FB, Hoga LAK, Fujimori. Planificación del embarazo: prevalencia y aspectos asociados. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(Esp.2):1679-84. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800007>
38. Appleford G, RamaRao S, Bellows B. The inclusion of sexual and reproductive health services within universal health care through intentional design. *Sex Reprod Heal Matters*. 2020; 28. doi: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1799589>
39. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
40. George A, Sousa MS, Kong AC, Blinkhorn A, Patterson Norrie T, Foster J, et al. Effectiveness of preventive dental programs offered to mothers by non-dental professionals to control early childhood dental caries: a review. *BMC Oral Health*. 2019;19:1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-019-0862-x>
41. George A, Dahlen HG, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Ellis S, et al. Evaluation of a midwifery initiated oral health-dental service program to improve oral health and birth outcomes for pregnant women: a multi centre randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2018; 82:49-57.
42. Sampaio JRF, Vidal SA, de Goes PSA, Bandeira PFR, Filho JEC. Sociodemographic, behavioral and oral health factors in maternal and child health: an interventional and associative study from the network perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8).
43. George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole S, et al. How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? current evidence and implications. *Birth* 2012;39:238-47. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00553.x>
44. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43:385-96. doi: <https://doi.org/10.1111/cdoe.12167>
45. Fakheran O, Keyvanara M, Saied-Moallemi Z, Khademi A. The

impact of pregnancy on women's oral health-related quality of life: a qualitative investigation. *BMC Oral Health* .2020;20:1-11. doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01290-5>

46. Maldonado-Maldonado L, Misnaza-Castrillón S, Castañeda-Orjuela CA. Correcciones de los autores "Desigualdades en el control odontológico prenatal en Colombia, un análisis a partir del IV Estudio

Nacional de Salud Bucal 2013-2014". *Biomedica*. 2021; 41:605.

47. Marchi KS, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Yu Z, Braveman PA. Most pregnant women in California do not receive dental care: Findings from a population-based study. *Public Health Rep*. 2010;125(6):831-42. doi: <https://doi.org/10.1111/sifp.12005>

Submetido em: 15/02/2023

Aceito em: 05/06/2023