

Impacto dos Problemas de Saúde Bucal na Qualidade de Vida de Gestantes

Impact of Oral Health Problems on the Quality of Life of Pregnant Women

Fernanda Lopez ROSELL¹, Ana Luísa Botta Martins de OLIVEIRA², Elaine Pereira da Silva TAGLIAFERRO¹,
Sílvia Rocha Corrêa da SILVA¹, Aylton VALSECKI JÚNIOR¹

¹Professor do Departamento de Odontologia Social da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP-FOAR), Araraquara/SP, Brasil

²Pós-doutorado no Departamento de Odontologia Social da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP-FOAR), Araraquara/SP, Brasil

RESUMO

Objetivos: 1) Avaliar o impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes por meio do questionário OHIP-14, bem como a presença de cárie dentária, doença periodontal e uso e necessidades de próteses em gestantes; 2) associar as variáveis sociodemográficas e condições de saúde bucal encontradas no exame clínico com o OHIP-14.

Métodos: Além da aplicação do questionário OHIP-14, realizou-se uma avaliação clínica das condições bucais (índices: IPC, CPO-D e avaliação protética) em 51 gestantes que procuraram atendimento odontológico junto à Clínica de Odontologia Preventiva, no período de abril de 2008 a agosto de 2010. Realizaram-se análises descritivas para caracterização da amostra, análise bivariada (teste de Qui-Quadrado ou Exato de Fisher) e regressão logística múltipla em nível de significância de 5% para analisar a associação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de gestantes e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Resultados: Os dados do OHIP-14 mostraram menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida. O CPOD médio foi 12,8; 70,6% das gestantes apresentavam cálculo dental e 58,8% necessitavam de prótese. A associação entre OHIP-14 e última visita ao dentista e CPOD permaneceram no modelo final de regressão ($p < 0,05$).

Conclusão: A experiência de cárie das gestantes examinadas foi considerada alta, a maioria apresentava necessidade de prótese e presença de cálculo dental. O OHIP apresentou baixo impacto no grupo estudado e foi significativamente influenciado pela última visita ao dentista e pelo índice CPOD.

ABSTRACT

Objectives: 1) to evaluate the impact of oral health problems on the quality of life of pregnant women by the simplified Oral Health Impact Profile (OHIP-14) questionnaire as well by the presence of dental caries, periodontal disease and denture use/need; 2) to correlate the sociodemographic variables and the oral health conditions revealed in the clinical examinations with the OHIP-14.

Method: In addition to the application of the OHIP-14 questionnaire, clinical examination of the oral conditions (CPI - community periodontal index, DMFT and prosthetic evaluation) was performed on 51 pregnant women, who sought dental treatment between April 2008 and August 2010 at the Preventive Dentistry Clinic. Descriptive analyses were made for sample characterization, bivariate analysis (chi-square or Fisher's exact tests) and multiple logistic regressions at a 5% significance level to assess the correlation between the impact of oral health on the quality of life of pregnant women and the socio-demographic and clinical variables.

Results: The OHIP-14 data showed a lesser impact of oral health on the women's quality of life. The mean DMFT was 12.8; 70.6% of the pregnant women presented dental calculus and 58.8% needed prostheses. The association between OHIP-14 data and last dental visit and DMFT remained in the final regression model ($p < 0.05$).

Conclusion: Caries experience of the pregnant women was considered high. Most of them needed prostheses and presented dental calculus. The OHIP-14 presented a low impact on this population and was significantly influenced by the last dental visit and the DMFT index.

DESCRITORES

Saúde bucal; Gravidez; Qualidade de vida.

KEY-WORDS

Oral health; Pregnancy; Quality of life.

INTRODUÇÃO

As gestantes são consideradas como o grupo populacional de eleição para a aplicação de programas de educação em saúde bucal¹, tendo em vista o fato de a mãe ser importante fonte de infecção dos microrganismos relacionados às principais doenças bucais, cárie e doença periodontal, além de apresentar maior sensibilidade e, portanto, receptividade às mudanças de comportamento².

A despeito da importância do papel da gestante na prevenção e educação de seu filho, alguns estudos apontam a falta de conhecimento adequado deste grupo com relação à saúde bucal, além de sentimento de medo frente ao tratamento odontológico³⁻⁵.

Desta maneira, para a efetividade de um programa de educação em saúde bucal é necessário que haja o desenvolvimento de novas maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos, dando-se uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença⁶.

Os problemas funcionais e sociais das doenças bucais medidos pelas variáveis subjetivas⁷ são indicadores de necessidade e criados para revelar a expectativa do indivíduo em relação à saúde, levando em consideração o estilo de vida, o nível socioeconômico e cultural, objetivando “qualidade de vida”⁸.

Além disso, os dados de autopercepção são importantes⁹, pois é possível verificar quando existe a necessidade de mudança de comportamento, a qual só ocorre quando há motivação, ou seja, quando o paciente tem a consciência de sua própria condição, fazendo com que o interesse em cuidar de sua saúde, transforme-se em bem-estar e aumente a qualidade de vida¹⁰.

Ressalta-se que os indicadores subjetivos em saúde bucal também produzem maior evidência na detecção de problemas que os indicadores objetivos. A autopercepção da condição de saúde bucal permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição de saúde bucal do indivíduo, apesar desse procedimento não substituir o exame clínico do paciente¹¹.

A partir do exposto, com o objetivo de complementar os indicadores epidemiológicos tradicionais sobre doenças, alguns autores¹², em 1994, desenvolveram e testaram um indicador de necessidade percebida, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), dando origem ao questionário OHIP que consistia originalmente de 49 perguntas, com o objetivo de avaliar o impacto social da doença bucal na qualidade de vida. Este questionário foi reduzido para 14 questões em 1997¹³ e traduzido e validado¹⁴ em 2004, originando o OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile – 14*), utilizado no Brasil.

A literatura odontológica evidencia que a maioria dos estudos que avaliam mudanças no estado de saúde bucal de indivíduos e populações tem base em indicadores clínicos da doença. Além disso, há escassez de estudos sobre a percepção de saúde bucal relacionada às condições clínicas e sociodemográficas em gestantes¹⁵⁻¹⁷. Assim, este estudo transversal teve como

objetivos avaliar indicadores de saúde bucal, objetivos e subjetivos, por meio da determinação da experiência de cárie dentária, periodontopatias, uso e necessidades de próteses em gestantes; da identificação da percepção do impacto da saúde bucal relacionada à qualidade de vida nesta população bem como, avaliar a associação entre as variáveis estudadas.

METODOLOGIA

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara, FOAr-Unesp.

População de estudo

A população de estudo foi constituída por todas as gestantes que procuraram atendimento odontológico junto à Clínica de Odontologia Preventiva da FOAr-Unesp, no período de abril de 2008 a agosto de 2010. Os critérios de inclusão foram não ser fumante; consumir menos de 14 unidades alcoólicas por semana; não ter história médica de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial e autorização médica para tratamento odontológico. Foram convidadas a participar do estudo 69 gestantes que atendiam aos critérios de inclusão, mas 18 não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, totalizando 51 gestantes (Taxa de resposta = 73,9%). Não houve caso de exclusão no decorrer da pesquisa por solicitação de repouso médico ou desistência do estudo.

Coleta de dados Questionário

Inicialmente foram coletados dados sociodemográficos (idade, escolaridade, trimestre gestacional, números de filhos e a frequência de visita ao consultório odontológico). Em seguida, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), na forma reduzida (OHIP-14) foi incluído no questionário como medida para avaliar a percepção do impacto produzido pelos problemas de saúde bucal na qualidade de vida das gestantes.

O OHIP-14 existe sob a forma de questionário contendo 14 questões agrupadas em sete dimensões do impacto avaliadas: limitação funcional (itens 1 e 2); dor física (itens 3 e 4); desconforto psicológico (itens 5 e 6); incapacidade física (itens 7 e 8); incapacidade psicológica (itens 9 e 10); incapacidade social (itens 11 e 12) e desvantagem social (itens 13 e 14), no qual as gestantes foram questionadas se tinham sempre (escore 4), repetidamente (escore 3), às vezes (escore 2), raramente (escore 1) ou nunca (escore 0), passado pela experiência de ter os problemas relacionados nos 14 itens do OHIP durante os últimos seis meses, seguindo-se, portanto, a escala de *Lickert* (13).

Para a aplicação dos questionários, utilizou-se o método de autopreenchimento com assistência e ajuda do entrevistador caso necessário.

Os escores do OHIP-14 foram calculados pelo

método aditivo, com os escores das respostas dos 14 itens sendo somados, fazendo com que, consequentemente, os valores alcançados variem de 0 a 56, com os mais altos escores significando pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, ou seja, maior impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida.

O método aditivo possui melhor desempenho do que a contagem simples e de poder discriminatório entre grupos, de modo similar ao método original¹⁸.

Avaliação clínica

A avaliação clínica da condição bucal foi obtida por meio de indicadores tradicionais sugeridos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁹, baseados na presença ou ausência da doença. As variáveis de estudo foram: a) índice IPC (Índice Periodontal Comunitário), que indica a presença ou ausência de sangramento gengival à sondagem, cálculo supra e/ou subgengival e bolsas periodontais; b) índice CPO-D (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), que avalia a experiência de cárie na dentição permanente²⁰; c) uso e/ou necessidade de prótese adaptada para esta pesquisa baseando-se nos critérios utilizados no levantamento epidemiológico em saúde bucal, realizado no Brasil²¹.

O exame clínico foi realizado por um único examinador, previamente calibrado, em ambiente bem iluminado, com espelho bucal plano e sonda IPC, preconizada pela OMS¹⁹. Durante a coleta de dados clínicos, a verificação da manutenção dos critérios de diagnóstico e aferição do erro intraexaminador foi determinada pelo reexame de 10% das gestantes, percentual indicado pela OMS¹⁹. Todos os dados obtidos no exame clínico foram anotados em uma ficha padronizada, desenvolvida para este estudo.

Análise dos dados

Após coleta, os dados foram processados em um banco de dados utilizando-se o programa Microsoft Excel (2007). A análise dos dados incluiu medidas descritivas (frequência de distribuição, valores mínimo e máximo, média, mediana e desvio-padrão) para caracterização da amostra e análise bivariada utilizando os teste de Qui-Quadrado ou Exato de Fisher em nível de significância de

5% para avaliar a associação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (variável dependente) e as variáveis sociodemográficas e clínicas (variáveis independentes). Todas as variáveis foram dicotomizadas pela mediana, exceto a variável “necessidade de prótese”, que foi dicotomizada em “sim” e “não”.

Com exceção das variáveis “número de dentes cariados” e “número de dentes perdidos”, todas aquelas que apresentaram significância estatística em nível de 15% ou menos na análise bivariada foram incluídas na análise de regressão logística múltipla com procedimento stepwise. Procedeu-se desta forma, pois as variáveis acima relacionadas correlacionavam-se com o CPOD, também incluído na análise. Os Odds Ratio e os respectivos intervalos de 95% de confiança foram estimados para as variáveis que permaneceram no modelo de regressão múltipla, em nível de 5%. A análise bivariada foi realizada pelo programa Bioestat 5.0 e a regressão logística foi realizada pelo programa SAS.

RESULTADOS

As gestantes que participaram do presente estudo pertenciam à faixa etária de 18 a 38 anos (idade média= 28 anos, desvio-padrão= 5,57, mediana= 29). As informações sociodemográficas mostraram que a maioria das gestantes encontrava-se no 2º. (54,9%) e 3º. trimestre gestacional (37,3%). Quanto ao nível de escolaridade, 56,8% possuíam Ensino Médio completo/incompleto e, igualmente, 21,6% tinham Ensino Fundamental e Superior completo/incompleto. Em relação à quantidade de filhos: 45,1% eram primigestas (primeiro filho), 23,5% tinham um filho, 31,4% tinham 2 ou mais filhos. Cerca de 50,9% relataram que a última visita ao dentista foi igual ou inferior a um ano e 49,1% há dois anos ou mais.

Na Tabela 1 são apresentados os dados do OHIP-14.

Todas as gestantes apresentavam alguma experiência de cárie (CPOD>0), conforme apresentado na Tabela 2. O CPOD médio da população foi de 12,8 (desvio-padrão = 6,1; valor mínimo = 1,0; valor

Tabela 1. Média, desvio-padrão, valor mínimo, valor máximo e mediana das dimensões do OHIP-14, segundo Método Aditivo (n=51). Araraquara, SP, 2010.

Dimensões	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Limitação Funcional	0,88	1,81	0,00	0,00	4,00
Dor Física	3,41	2,33	0,00	3,00	4,00
Desconforto Psicológico	3,67	2,98	0,00	3,00	4,00
Incapacidade Física	2,27	2,56	0,00	2,00	4,00
Incapacidade Psicológica	3,06	2,54	0,00	3,00	4,00
Incapacidade Social	1,45	2,18	0,00	0,00	4,00
Deficiência	1,51	2,48	0,00	0,00	4,00
Total	16,25	12,88	0,00	14,00	42,00

Tabela 2. Média, desvio-padrão, valor mínimo, valor máximo e mediana do CPOD (n=51). Araraquara, SP, 2010.

Condição dentária	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Cariados	2,4	3,0	0,0	1,0	12,0
Perdidos	2,6	3,3	0,0	1,0	15,0
Obturados	7,7	5,2	0,0	6,0	19,00
Total	12,8	6,1	1,0	13,0	27,0

máximo=27,0 e mediana=13) considerado alto. Cerca de 8,0% dos dentes examinados estavam cariados, 8,8% perdidos, 24,8% restaurados e a maioria (58,3%) era hígida.

Quanto à condição periodontal, a maioria, 70,6%, das gestantes apresentavam cálculo dental, 7,8% tinham sangramento à sondagem, 11,8% possuíam bolsa periodontal de 4-5 mm, 5,9% tinham bolsa com 6 mm ou mais e 3,9% apresentaram sextantes saudáveis. Assim, 96,1% das gestantes examinadas apresentavam alguma necessidade de tratamento periodontal.

O uso e a necessidade de próteses na população estudada são mostrados na Tabela 3. Em relação ao uso de prótese, quase a totalidade das gestantes examinadas

não utilizava prótese (88,2%). Entretanto, uma parcela considerável da amostra necessitava de uso de prótese superior (52,9%) ou inferior (62,7%).

A associação das variáveis clínicas e sociodemográficas com o OHIP-14 está apresentada na Tabela 4. Observou-se que houve associação significativa ($p<0,05$) entre OHIP-14 e grau de escolaridade, última visita ao dentista e CPOD.

A análise de regressão logística mostrou que as gestantes com CPOD >13 ou aquelas cuja última visita ao dentista ocorreu há mais de dois anos apresentaram chances significativamente maiores de ter impacto na qualidade de vida relacionada a problemas bucais (Tabela 5).

Tabela 3. Distribuição da frequência (%) de gestantes, segundo a condição protética nos maxilares superior e inferior. Araraquara, SP, 2010.

Condição Protética	Uso		Necessidade	
	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Não usa/não necessita	90,2 (n=46)	88,2 (n=45)	47,1 (n=24)	37,3 (n=19)
Usa/necessita	9,8 (n=5)	11,8 (n=6)	52,9 (n=27)	62,7 (n=32)
Total	100,0 (n=51)	100,0 (n=51)	100,0 (n=51)	100,0 (n=51)

Tabela 4. Análise bivariada para a associação entre OHIP-14 (dicotomizado pela mediana=14) e variáveis independentes. Araraquara, SP, 2010.

Variável independente	OHIP-14 ≤ 14 (n=26) n (%)	OHIP-14 >14 (n=25) n (%)	p-valor
Idade (anos)			
≤ 29 (n=28)	13 (46,4)	15 (53,6)	0,6628
>29 (n=23)	13 (56,5)	10 (43,5)	
Grau de escolaridade			
Fundamental/Médio (n=40)	17 (42,5)	23 (57,5)	0,0385*
Superior (n= 11)	9 (81,8)	2 (18,2)	
Trimestre gestacional			
1º e 2º (n=32)	15 (46,9)	17 (53,1)	0,6373
3º (n=19)	11 (57,9)	8 (42,1)	
Número de filhos			
≤ 1 (n=35)	21 (60,0)	14 (40,0)	0,0746*
>1 (n=16)	5 (31,3)	11 (68,7)	
Última visita ao dentista			
≤ 1 ano (n=26)	18 (69,2)	8 (30,8)	0,0174
>2 anos (n= 25)	8 (32,0)	17 (68,0)	
CPOD			
≤ 13 (n= 28)	19 (67,9)	9 (32,1)	0,0174
>13 (n=23)	7 (30,4)	16 (69,6)	

Continuação Tabela 4...

Variável independente	OHIP-14 ≤ 14 (n=26) n (%)	OHIP-14 >14 (n=25) n (%)	p-valor
Nº de dentes Cariados			
≤ 1 (n=26)	17 (65,4)	9 (34,6)	0,0690
>1 (n=25)	9 (36,0)	16 (64,0)	
Nº de dentes Perdidos			
≤ 1 (n=27)	17 (63,0)	10 (37,0)	0,1248
>1 (n=24)	9 (37,5)	15 (62,5)	
Nº de dentes Obturados			
≤ 6 (n=26)	14 (53,8)	12 (46,2)	0,8908
>6 (n=25)	12 (48,0)	13 (52,0)	
IPC			
Códigos 0, 1 e 2 (n=42)	22 (52,4)	20 (47,6)	0,7265*
Códigos 3 e 4 (n=9)	4 (44,4)	5 (55,6)	
Necessidade de prótese			
Sim (n=30)	14 (57,1)	7 (85,7)	0,1118
Não (n=21)	12 (46,7)	18 (23,3)	

*Teste Exato de Fisher

Tabela 5. Regressão logística múltipla para OHIP-14. Araraquara, 2010.

Variável	OHIP-14 >14 n (%)	Odds Ratio	Intervalo de Confiança de 95%	p-valor
CPOD				
≤ 13	9 (32,1)	1,00		
>13	16 (69,6)	8,17	1,82-36,63	0,0078
Última visita ao dentista				
≤ 1 ano	8 (30,8)	1,00		
>2 anos	17 (68,0)	7,44	1,70-32,64	0,0034

DISCUSSÃO

O sucesso nas ações dos serviços de saúde depende basicamente de um adequado planejamento, acompanhado de sua organização e monitoramento. Entretanto, quando se propõem ações para um grupo específico, faz-se necessário conhecer não só a sua necessidade, mas, sobretudo, o modo como se reconhecem.

Observa-se, em dados da literatura^{6,7,10,13}, que o uso exclusivo de indicadores clínicos não é suficiente para uma abordagem integral das necessidades de saúde de um indivíduo, pois as condições sociais, econômicas e psicológicas também estão envolvidas no processo saúde-doença e consequentemente na qualidade de vida.

Dentro deste contexto, o presente estudo, cuja proposta foi analisar indicadores objetivos e subjetivos de saúde bucal em gestantes mostrou que o perfil predominante das gestantes revela ser um grupo de mulheres com idade média de 28 anos, semelhante a outros autores^{16,17,22-26} sendo a faixa de idade considerada a mais fértil do ciclo reprodutor feminino. Uma porcentagem relevante (92,2%) procurou o atendimento a partir do segundo trimestre gestacional, também relatado por outros autores^{16,17,22,23,25} coincidindo com o período da gestação mais indicado

para o tratamento odontológico devido ao bem-estar característico dessa fase na maioria das gestantes.

De maneira geral, os dados da percepção do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida desta pesquisa mostraram que a média total do OHIP-14 sugere menor impacto, segundo o método aditivo (Tabela 1). Outros trabalhos na literatura observaram que 33,0% das gestantes consideraram ter má qualidade de vida relacionada à saúde bucal²⁵; houve uma “pobre” percepção do grupo estudado em relação à qualidade de vida¹⁵; e 36,0% das gestantes avaliadas consideraram sua aparência bucal “boa”¹⁶.

Em relação aos achados sobre cárie, o CPOD médio de 12,8 das gestantes examinadas é considerado alto, mas foi semelhante ao encontrado por outros autores^{16,24}. Por outro lado, foi maior do que observado em outros estudos (CPO-D=10,43)²⁶, (CPOD=11,08)²⁷, (CPOD=10,22)²⁵ e (CPO-D=10,4)²³.

A gestação em si não é um fator determinante para a doença cárie, mas as condições biológicas e psicossociais em que a maioria das mulheres se encontra no período gestacional, assim como os limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal, podem levar ao desenvolvimento de novas lesões de cárie ou agravar aquelas pré-existentes.

Neste estudo, um maior percentual de dentes hígidos (58,3%) foi encontrado, seguido por 24,8% de dentes restaurados, 8,8% perdidos e somente 8,0%

cariados, significando pouca experiência de cárie atual e consequentemente pouca necessidade de tratamento para esta doença similar ao encontrado por outros autores^{23,26,28}. Outros estudos mostram resultados distintos com maior porcentagem de dentes cariados^{15,29} e maior porcentagem de dentes restaurados (58,5%)¹⁶.

Em relação à doença periodontal durante a gestação, a literatura é mais ampla, pois alguns estudos suportam a hipótese de que a doença periodontal durante a gestação é um fator de risco independente que favorece a prematuridade, baixo peso ao nascimento e restrição do crescimento fetal³⁰, sendo assim imprescindível o seu tratamento para a redução da incidência de partos prematuros.

Nesta pesquisa, o código 2 (presença de cálculo) do IPC foi o mais prevalente, sendo que 70,6% e 96,1% das gestantes examinadas apresentavam alguma necessidade de tratamento periodontal, assemelhando-se aos achados relatados na literatura^{15-17,24,29}.

Quanto ao uso e à necessidade de próteses em gestantes, apesar da grande maioria não utilizar (88,2%), necessitam de algum tipo de prótese tanto superior como inferior (58,8%) (Tabela 3). A literatura sobre o tema é escassa, mas resultado semelhante foi mostrado por outros autores¹⁶.

Neste estudo, a associação do OHIP-14 mostrou associação significativa estatisticamente ($p < 0,05$) com grau de escolaridade, última visita ao dentista e CPOD (Tabela 4). Associação significativa com o CPOD também foi encontrada em outros estudos^{15,16,25}. Não houve diferença estatística entre o OHIP-14 e a condição periodontal (índice IPC), também semelhante ao encontrado por outros autores^{16,17} indicando que possivelmente os problemas gengivais não são tão importantes na percepção das gestantes, provavelmente pelo fato delas acreditarem que o sangramento da gengiva é algo normal durante a gravidez. Outro fator que pode ter influenciado este resultado foi a baixa severidade da doença periodontal observada nesta amostra. Já os sinais e sintomas da cárie chamam mais atenção, pois envolve dor, falta de estética e desconforto ao mastigar. Com relação às próteses, existe a relação direta com a estética, desconforto na mastigação e dores musculares.

A regressão logística mostrou que a experiência de cárie ou a última visita ao dentista permaneceram no modelo final indicando que tais variáveis têm forte impacto na qualidade de vida em gestantes. Tal resultado corrobora a necessidade de programas de promoção e prevenção de doenças bucais^{22,29} especialmente durante a gravidez quando a gestante está mais receptiva a receber informações.

Além disso, faz-se necessária a realização de mais pesquisas voltadas a esta população, principalmente associando indicadores subjetivos e objetivos. Neste contexto, seria relevante analisar as necessidades e saber como estas se relacionam com as demandas e os serviços disponíveis, reconhecendo que esses dados são fundamentais para o direcionamento de programas de atenção à saúde, sob os enfoques da promoção, prevenção e / ou reabilitação da saúde do

indivíduo.

Também é importante salientar as limitações deste estudo. Por ser uma amostra não aleatória dentro de uma população específica e um número reduzido de voluntárias, os resultados apresentados devem ser interpretados cuidadosamente, respeitando-se essa particularidade. Todavia, acredita-se que os resultados deste trabalho servirão para formular futuros programas educativos, preventivos e/ou curativos que atendam às necessidades específicas das gestantes, melhorando a qualidade de vida das mesmas.

CONCLUSÃO

A experiência de cárie das gestantes foi considerada alta, a necessidade de prótese foi detectada na maior parte da amostra e a presença de cálculo dental foi observada em grande parte das voluntárias. O OHIP apresentou baixo impacto no grupo estudado e foi significativamente influenciado pela última visita ao dentista e pelo CPOD.

REFERÊNCIAS

1. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HM, de Jesus MC, de Moraes ME, Soares MG. Health education as a strategy for the promotion of oral health in the pregnancy period. *Cien Saude Colet* 2010;15(1):269-76.
2. Lambies Garcia I. Actividades preventivas cuidados dentales en la mujer embarazada. *Rev Enferm* 1995; 18(206): 31-2.
3. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Sánchez-Mejía A. Oral health: social representations among pregnant mothers. *Medellin, Colombia. Cien Saude Colet*. 2011; 16(11): 4533-40.
4. Codato LA, Nakama L, Cordoni L Jr, Higasi MS. Dental treatment of pregnant women: the role of healthcare professionals. *Cien Saude Colet* 2011;16(4): 2297-301.
5. Codato LA, Nakama L, Melchior R. The beliefs of pregnant women about dental care during gestation. *Cien Saude Colet* 2008;13(3): 1075-80.
6. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE, G. (Ed.). *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997.
7. Kressin N, Spiro A 3rd, Bosse R, Garcia R, Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: finding from the normative aging study. *Med Care* 1996; 34(5): 416-27.
8. Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2000; 1(1): 7-17.
9. Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Dolan TA, Vogel WB. Multidimensionality of oral health in dentate adults. *Med Care* 1998; 36(7): 988-1001.
10. Carneiro RMV. Saúde bucal em idosos institucionalizados na cidade de São Paulo: estudo epidemiológico e de autopercepção. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2001.
11. Biazevic MG. Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2000.
12. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the

oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1): 3-11.

13. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4): 284-90.

14. Almeida AM, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada – Parte I: adaptação cultural e lingüística. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(1): 6-15.

15. Acharya S; Bhat PV. Oral-health-related quality of life during pregnancy. *J Public Health Dent* 2009; 69(2): 74-7.

16. Jeremias F, Silva SRC, Valsecki Jr A, Tagliaferro EPS, Rosell FL. Autopercepção e condições de saúde bucal em gestantes. *Odontol Clín- Cient* 2010; 9(4):359-63.

17. Wandera MN, Engebretsen IM, Rwenyonyi CM, Tumwine J, Astrøm AN; PROMISE-EBF Study Group. Periodontal status, tooth loss and self-reported periodontal problems effects on oral impacts on daily performances, OIDP, in pregnant women in Uganda: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7(89):1-10.

18. Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. Validity of two oral health related quality of life measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31(2):90-9.

19. Organização Mundial da Saúde. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. 4ª ed. São Paulo: Santos; 1999. 66p.

20. Chaves MM. *Odontologia Social*. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Brasília: 2000a. 43p.

22. Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hyg* 2009; 7(2):102-7.

23. Almeida Jr AA, Ramos TM, Novais SMA, Grinfeld S, Fortes TMV, Pereira MAS. Relação entre a preferência por açúcar e a cárie dentária em gestantes do município de Aracaju – SE. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr* 2005; 5(1): 59-64.

24. Coutinho NN, Rocha ES, Ferreira RC, Vilaca EL, Moreira NA, Magalhães CS. Control de la enfermedad periodontal y caries en gestantes. *Rev Fundac Juan Jose Carraro* 2005;10(21):33-9.

25. Misrachí C, Ríos M, Morales I, Urzúa JP, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2009; 26(4): 455-61.

26. Ramos TM, Almeida Junior AA, Ramos TM, Novais SMA, Grinfeld S, Fortes TMV, et al. Condições bucais e hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracaju-SE. *Pesq Bras Odontoped Clín Integr* 2006; 6(3): 229-35.

27. Tonello AS, Zuchieri MABO, Pardi V. Assessment of oral health status of pregnant women participating in a family health program in the city of Lucas do Rio Verde-MT-Brazil. *Braz J Oral Sci* 2007; 6(20):1265-8.

28. Ruiz Leon G, Gómez García R, Rodríguez Guerrero R. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. *Rev ADM* 2002; 59(1):5-9.

29. Santibáñez Freg MP, Herrera Basto E, Gernández Ortega MA, Pacheco Rios A. Frecuencia de caries y enfermedad periodontal en embarazadas. *Rev Fac Med UNAM* 1998; 41(4):141-4.

30. López NJ, Smith P, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol* 2002; 73(8): 911-24.

Recebido/Received: 01/08/2012

Revisado/Reviewed: 23/06/2013

Aprovado/Approved: 10/08/2013

Correspondência:

Fernanda Lopez Rosell

Departamento de Odontologia Social, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araraquara

Rua Humaitá, 1680 – Centro, Araraquara, SP - Brasil

CEP: 14801-903, Caixa-postal: 331

Telefone: (16) 33016356

E-mail: flosell@foar.unesp.br