Fatores sociodemográficos associados ao grau de conhecimento em saúde bucal de gestantes

Sociodemographic factors associated with pregnant women’s level of knowledge about oral health

Wander Barbieri1, Stela Verzinhasse Peres2, Carla de Britto Pereira3, João Peres Neto4, Maria da Luz Rosário de Sousa5, Karine Laura Cortellazzi4

1 Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.
2 Núcleo de Estatística e Epidemiologia em Câncer, A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo, SP, Brasil.
3 Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Regional Sul, São Paulo, SP, Brasil.
4 Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, Brasil.

DOI: 10.1590/S1679-45082018AO4079

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento em saúde bucal e os fatores sociodemográficos associados em gestantes. Métodos: Estudo com delineamento transversal, com amostra de 195 gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde de Paraisópolis I, em São Paulo (SP). Para a análise estatística, utilizou-se teste χ² ou teste exato de Fisher e a regressão logística múltipla. Assumiu-se um nível de significância de 5% para todas as análises. Resultados: Escolaridade igual ou maior a 8 anos de estudo e presença de um a dois filhos estiveram associadas a conhecimento adequado sobre saúde bucal. Conclusão: Estratégias de promoção de saúde bucal durante o pré-natal devem levar em consideração aspectos sociodemográficos.

Descritores: Gestantes; Saúde bucal; Cuidado pré-natal; Atenção primária à saúde; Condições sociais

ABSTRACT

Objective: To evaluate knowledge on oral health and associated sociodemographic factors in pregnant women. Methods: A cross-sectional study with a sample of 195 pregnant women seen at the Primary Care Unit Paraisópolis I, in São Paulo (SP), Brazil. For statistical analysis, χ² or Fisher’s exact test and multiple logistic regression were used. A significance level of 5% was used in all analyses. Results: Schooling level equal to or greater than 8 years and having one or two children were associated with an adequate knowledge about oral health. Conclusion: Oral health promotion strategies during prenatal care should take into account sociodemographic aspects.

Keywords: Pregnant women; Oral health; Prenatal care; Primary health care; Social conditions

INTRODUÇÃO

A relação entre as condições sociais e de saúde das populações é objeto de estudo na literatura há alguns anos.(1-5) O reconhecimento das desigualdades socioeconômicas como determinantes para o aumento das iniquidades em saúde, bem como a identificação da magnitude destas desigualdades, é imprescindível para a promoção de políticas públicas que possam dirimir estas diferenças.(3)
Fatores como nível de escolaridade e percepção da necessidade de tratamento influenciam na obtenção de conhecimentos e de cuidados em saúde. Indivíduos com maiores privações sociais têm crenças fatalistas sobre sua saúde e menor percepção da necessidade de cuidados. Neste contexto, a saúde e o bem-estar são conceitos que expressam crenças sociais e populacionais, as quais, por sua vez, são influenciadas por valores culturais e demográficos, que decorrem de sua relação com um território e suas características. As condições sociais exercem significativa influência não apenas sobre hábitos e comportamentos do indivíduo, mas também no conhecimento, na percepção e na capacidade de autogerenciamento de sua condição de saúde.

A saúde bucal, como parte integrante da saúde humana, inclui-se também neste contexto. Muitos estudos que investigam a influência dos determinantes sociais em saúde permeiam a literatura científica há alguns anos, com o objetivo de compreender a relação das doenças e dos hábitos orais com as condições sociais e econômicas da população. Agravos em saúde bucal são correntes de fatores diversos, incluindo má distribuição de renda, desemprego, baixa escolaridade e inadequação dos serviços odontológicos. Pessoas economicamente desfavorecidas são afetadas desproporcionalmente pela cárie dentária e por doenças periodontais. Com relação à renda familiar, evidências científicas mostram que a baixa renda da família está ligada a uma pior percepção da condição bucal, e, quanto menor a renda, menor a proporção de pessoas que tem acesso aos serviços odontológicos.

Entre as fases da vida em que aspectos sociais e demográficos podem influenciar nas condições de saúde e induzir, inclusive, a formação de subgrupos de maior vulnerabilidade, podemos destacar o pré-natal. As gestantes são consideradas, na literatura, um grupo populacional estratégico para a aplicação de programas educativos, reconhecendo a gravidez como uma fase favorável para o estabelecimento de hábitos mais saudáveis, pois a gestante apresenta-se psicologicamente receptiva para adquirir novos conhecimentos, os quais podem induzi-la à adoção de novas e melhores práticas de saúde, cujos benefícios se estendem aos demais membros da família. Apesar das ações programáticas em saúde bucal estarem bem estabelecidas e terem sido consolidadas ao longo dos anos, é importante verificar o conhecimento que as futuras mães têm sobre saúde bucal e o quanto estas informações influenciam nas suas práticas de cuidado em saúde bucal. A incorporação de comportamentos mais saudáveis pelas gestantes é condicionada por fatores socioeconômicos, como grau de escolaridade, número de filhos e idade. Além das crenças enraizadas na população, a baixa percepção de necessidade e o baixo conhecimento sobre aspectos da saúde bucal determinam menor propensão em adquirir hábitos e comportamentos mais saudáveis. Mesmo desejando cuidar da saúde de seus filhos de forma adequada, as futuras mães apresentam condições econômicas e sociais desfavoráveis que dificultam a prática dos ensinamentos em saúde.

### OBJETIVO

Avaliar o conhecimento em saúde bucal e os fatores sociodemográficos associados em gestantes.

### MÉTODOS

Trata-se de estudo com delineamento transversal realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Paraisópolis I, na região sul da cidade de São Paulo (SP), caracterizada por altos níveis de privação socioeconômica, população predominantemente jovem e com elevado número de gestantes, no período de novembro de 2011 a março de 2012. A amostra de conveniência de gestantes considerou como critérios de inclusão, todas aquelas pertencentes à área de abrangência da UBS Paraisópolis I (n=228), e foram excludidas as mulheres analfabetas ou portadoras de transtornos psiquiátricos graves.

Com a confirmação da gravidez, a gestante era cadastrada no Sistema de Informação em Saúde Pré-Natal (SISPRENATAL) e inserida em duas reuniões semanais de grupo realizadas pela Equipe Saúde da Família.

Na primeira visita da gestante às reuniões de grupo, os profissionais de saúde bucal aplicavam um questionário adaptado de Frasão et al., para a avaliação do conhecimento em saúde bucal. Desenvolveu-se um escore dado pela soma dos valores das respostas das questões, em que cada resposta correta equivaleu a um ponto. Deste escore, subtraiu-se o valor mínimo assumido pela escala (zero) e, por fim, dividiu-se pela amplitude da escala (11-0) e, então, moltiplicou-se por 100. O escore foi dividido em tercis classificados em baixo (<37%), moderado (37 a 55%) e alto conhecimento (>55%). Para a análise dos dados, a categoria “baixo” representou um conhecimento inadequado, e as categorias moderado e alto foram agrupadas para gerar o conhecimento adequado.

Os dados secundários demográficos e socioeconômicos foram coletados do prontuário de acompanhamento da gestação do programa Mãe Paulistana. A variável dependente foi o conhecimento em saúde bucal (dicotomizado em adequado e inadequado). As
variáveis independentes foram escolaridade (dicotomizada pela mediana em <8 e ≥8 anos de estudo), raça (branca, negra, amarela e parda), trabalho fora (não e sim), faixa etária, número de filhos, gestação anterior (não e sim) e abortos (não e sim).

Inicialmente, realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de frequências absolutas e relativas, e medidas de tendência central e dispersão. Para avaliar a associação entre as variáveis independentes e a variável dependente, realizou-se o teste χ² ou exato de Fisher. Em seguida, as variáveis que apresentaram p<0,20 na análise univariada foram testadas no modelo de regressão logística múltipla. Assumiu-se nível de significância de 5% para todas as análises. Os dados foram digitados em Excel e analisados pelo programa Statistical Package of the Social Science (SPSS), versão 17.0, para Windows.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, parecer 319/11, CAAE: 0127.0.028.162-11.

### RESULTADOS

A amostra final foi composta por 195 gestantes, com média de idade de 26,5 anos e desvio padrão de 5,9.

De acordo com a tabela 1, 68,2% das gestantes possuíam grau de escolaridade acima de 8 anos de estudo. A maioria delas (83,9%) era da raça branca ou parda. Apenas duas gestantes apresentaram gravidez de alto risco, sendo que 46,2% delas eram primigestas. No que se refere aos conhecimentos sobre saúde bucal, 74,4% das gestantes tinham conhecimento de moderado a alto.

Na tabela 2, no que se refere aos primeiros meses de vida do bebê, mais de 60% das gestantes responderam corretamente às questões a respeito do aleitamento materno e da limpeza da boca do bebê. A higienização e os corretos hábitos alimentares para uma dentição saudável, a necessidade da supervisão dos pais para a escovação dos dentes da criança e a importância do flúor em todas as fases da vida foram reconhecidas como importantes pelas gestantes.

A maioria das mulheres apresentou dúvidas quanto à etiologia da doença cárie e apenas 20% da amostra reconheceu as mudanças de hábitos alimentares na gestação como fator de risco. Além disto, 30% da amostra reconheceu a importância do dente deciduo e o período de troca de dentição para a saúde bucal. No que se refere à prevenção de doenças gengivais, apenas 41,5% revelaram utilizar escova e fio dental para evitar a gengivite. Quanto ao atendimento odontológico durante a gravidez, 60,5% consideram que ele deve ser periódico e preventivo.

Verifica-se, na tabela 3, que o conhecimento inadequado em saúde bucal foi menor em gestantes com escolaridade ≥8 anos de estudo odds ratio (OR) (OR=0,48; p=0,032). A faixa etária de 30 anos ou mais foi fator de proteção (OR=0,28; p=0,020) para o conhecimento inadequado. Ter um e dois filhos foi fator protetor para um inadequado conhecimento em saúde bucal (OR=0,30; p=0,001), bem como mulheres que tiveram filhos apresentaram menor chance de conhecimento inadequado quando comparadas às gestantes sem filhos (OR=0,37; p=0,004).

### Tabela 1. Características sociodemográficas e do conhecimento em saúde bucal das gestantes

| Categorias                           | n (%) |
|--------------------------------------|-------|
| **Escolaridade, anos**               |       |
| 1-3                                  | 10 (5,1)         |
| 4-7                                  | 52 (26,7)        |
| 8-11                                 | 94 (48,2)        |
| ≥12                                  | 39 (20,0)        |
| **Raça**                             |       |
| Branca                               | 51 (26,4)        |
| Negra                                | 25 (13,0)        |
| Parda                                | 113 (57,5)       |
| Amarela                              | 6 (3,1)          |
| **Trabalha fora**                    |       |
| Não                                  | 97 (49,7)        |
| Sim                                  | 98 (50,3)        |
| **Carga horária/dia**                |       |
| 4-8 horas                            | 73 (75,3)        |
| 9-14 horas                           | 24 (24,7)        |
| **Gravidez alto risco**              |       |
| Não                                  | 193 (99,0)       |
| Sim                                  | 2 (1,0)          |
| **Idade, anos**                      |       |
| 14-19                                | 29 (14,9)        |
| 20-29                                | 112 (57,4)       |
| ≥30                                  | 54 (27,7)        |
| **Filhos**                           |       |
| Nenhum                               | 90 (46,2)        |
| 1-2                                  | 85 (43,6)        |
| ≥3                                   | 20 (10,2)        |
| **Gestação anterior**                |       |
| Não                                  | 61 (31,3)        |
| Sim                                  | 124 (68,7)       |
| **Abortos**                          |       |
| Não                                  | 152 (77,9)       |
| Sim                                  | 43 (22,1)        |
| **Nível de conhecimento**            |       |
| Baixo (<37%)                         | 50 (25,6)        |
| Moderado (37-55%)                    | 73 (37,5)        |
| Alto (>55%)                          | 72 (36,9)        |

*Percentual sobre as 88 gestantes que trabalhavam fora, evidenciando-se um valor ignorado.*
Tabela 2. Conhecimento das mães sobre saúde bucal

| Questões                                                                 | n (%)     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Quanto à amamentação natural, é correto afirmar:                         |           |
| A sucção do seio é um exercício importante para o desenvolvimento da boca e para criar hábitos corretos de deglutição (engolir) | 11 (5,6)  |
| No primeiro semestre de vida do bebê, o leite é essencial e o ideal é o produzido pela mãe, pois contêm todos os nutrientes que o bebê e seus dentes precisam | 42 (21,5) |
| O leite materno possui anticorpos responsáveis pela defesa do organismo  | 7 (3,6)   |
| A amamentação significa para a criança motivo de satisfação, prazer e segurança | 5 (2,6)   |
| Todas as alternativas estão corretas*                                    | 118 (60,5)|
| Não sei                                                                  | 12 (6,2)  |
| Quanto à higiene bucal do recém-nascido, é correto:                      |           |
| Usar somente escova dental                                               | 5 (2,6)   |
| Usar escova e pasta de dentes com flúor                                  | 8 (4,1)   |
| Usar gaze ou fralda umedecida em água limpa*                            | 130 (66,7)|
| Por ser bebê e ainda não ter dentes, não é necessário limpar a boca     | 16 (8,2)  |
| Somente o dentista deve limpar a boca do bebê                            | 7 (3,6)   |
| Não sei                                                                  | 29 (14,9)|
| Na sua percepção, em relação aos dentes de leite, o correta é:           |           |
| Por serem dentes temporários, não necessitam de cuidados                | 8 (4,1)   |
| Guiam a erupção ou o “nascimento” dos dentes permanentes*               | 67 (34,4) |
| Surgem na boca quando a mãe para de amamentar o bebê                     | 5 (2,6)   |
| São dentes que caem facilmente porque não têm raízes                     | 41 (21,0) |
| Não sei                                                                  | 74 (37,9)|
| Quanto à higiene bucal da criança, é correto:                           |           |
| A partir dos 2 anos de idade, a criança pode realizar sozinha a escovação dos dentes | 10 (5,1)  |
| A criança começará a usar o fio dental a partir dos 7 anos               | 8 (4,1)   |
| Os pais deverão ajudar e supervisionar a escovação e o uso do fio dental de seus filhos até os 6 anos de idade* | 154 (79,0)|
| Até os 3 anos, a criança não utilizará pasta de dente na escova          | 6 (3,1)   |
| Não sei                                                                  | 17 (8,7)  |
| Em que idade começa a nascem o primeiro dente permanente?                |           |
| Por volta de 6 meses a 1 ano 5                                           | 38 (19,5) |
| De 2 a 3 anos                                                            | 19 (9,7)  |
| De 5 a 6 anos*                                                           | 61 (31,3) |
| De 8 a 9 anos                                                            | 32 (16,4) |
| De 11 a 12 anos                                                          | 8 (4,1)   |
| Não sei                                                                  | 37 (19,0) |
| Algumas pessoas possuem dentição forte devido a:                         |           |
| Herança dos pais (nascença)                                              | 8 (4,1)   |
| Tipos de raça                                                            | 3 (1,5)   |
| Boa condição financeira                                                  | 2 (1,0)   |
| Cuidados com a higiene bucal e alimentação*                             | 170 (87,2)|
| Não sei                                                                  | 12 (6,2)  |
| A cárie não é provocada principalmente por:                             |           |
| Malformação da estrutura dos dentes                                      | 41 (21,0) |
| Bactérias aderidas aos dentes                                            | 6 (3,1)   |
| Uso constante de antibióticos*                                           | 26 (12,8) |
| Falta de saliva na boca                                                   | 24 (12,3) |
| Ingestão frequente de produtos açucarados                               | 18 (9,2)  |
| Não sei                                                                  | 81 (41,5) |
| Para evitar a inflamação da gengiva, é preciso realizar procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente: |           |
| Apenas escova dental                                                     | 4 (2,1)   |
| Escova dental e pastas com flúor somente                                | 37 (19,0) |
| Escova e fio dental*                                                     | 81 (41,5) |
| Líquidos especiais para bochechos e soluções de flúor                    | 53 (27,2) |
| Não sei                                                                  | 20 (10,3) |

continua...
Tabela 2. Conhecimento das mães sobre saúde bucal

| Questões                                                                                                                                                                                                 | n (%)              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Durante a gravidez, o aumento do número de cáries se deve a:                                                                                                                                           |                   |
| Enfraquecimento dos dentes pela perda de cálcio                                                                                                                                                       | 57 (29,2)         |
| Maior consumo de produtos açucarados*                                                                                                                                                               | 39 (20,0)         |
| Alterações hormonais                                                                                                                                                                                 | 37 (19,0)         |
| Medicamentos (exc. antibióticos)                                                                                                                                                                      | 13 (6,7)          |
| Não sei                                                                                                                                                                                               | 49 (25,1)         |
| Durante a gravidez, você acha que o tratamento dentário deve ser:                                                                                                                                     |                   |
| Preventivo e periódico*                                                                                                                                                                              | 118 (60,5)        |
| Evitado durante toda a gestação                                                                                                                                                                     | 18 (9,2)          |
| Para os casos de urgência                                                                                                                                                                             | 19 (9,7)          |
| Para a gestante que não utiliza água fluorada                                                                                                                                                         | 3 (1,5)           |
| Não sei                                                                                                                                                                                               | 37 (19,0)         |
| O flúor é importante:                                                                                                                                                                                |                   |
| Apenas na infância, na época de formação e erupção dos dentes                                                                                                                                     | 2 (1,0)           |
| Na vida adulta                                                                                                                                                                                        | 9 (4,6)           |
| Em todas as fases da vida*                                                                                                                                                                           | 162 (83,1)        |
| Não sei                                                                                                                                                                                               | 22 (11,3)         |

* A alternativa corresponde à resposta certa.

Tabela 3. Associação pelo teste do χ² ou exato de Fisher entre as variáveis independentes com a dependente

| Variáveis                | Conhecimento em saúde bucal | Adequado n (%) | Inadequado n (%) | χ²  | OR      | IC95%  | Valor de p |
|--------------------------|-----------------------------|----------------|------------------|-----|---------|--------|------------|
| Escolaridade, anos      |                             |                |                  |     |         |        |            |
| 1-7                      |                             | 40 (64,5)      | 22 (35,5)        | 0,032 | 1,0 | 0,25-0,94 | 0,033     |
| ≥8                       |                             | 105 (78,9)     | 28 (21,1)        |      | 0,48   | 0,25-0,94 | 0,033     |
| Raça                     |                             |                |                  |     |        |        |            |
| Branca                  |                             | 41 (80,4)      | 10 (19,6)        | 0,269 | 1,0 | 0,71-3,40 | 0,271     |
| Negra, pardo, amarela   |                             | 103 (72,5)     | 39 (27,5)        |      | 1,55   | 0,71-3,40 | 0,271     |
| Trabalha fora            |                             |                |                  |     |        |        |            |
| Não                     |                             | 67 (69,1)      | 30 (30,9)        | 0,093 | 1,0 | 0,57-3,01 | 0,094     |
| Sim                      |                             | 78 (79,6)      | 20 (20,4)        |      | 1,02   | 0,33-3,17 | 0,976     |
| Carga horária/dia, horas|                             |                |                  |     |        |        |            |
| 4-8                      |                             | 58 (79,5)      | 15 (20,5)        | 1,000 | 1,0 | 1,00-3,17 | 0,976     |
| 9-14                     |                             | 19 (79,2)      | 5 (20,8)         |      | 1,02   | 0,33-3,17 | 0,976     |
| Faixa etária, anos       |                             |                |                  |     |        |        |            |
| 14-19                    |                             | 18 (62,1)      | 11 (37,9)        | 1,0  |      |        |            |
| 20-29                    |                             | 81 (72,3)      | 31 (27,7)        | 0,053 | 1,0 | 0,27-1,47 | 0,284     |
| ≥30                      |                             | 46 (85,2)      | 8 (14,8)         |      | 0,28   | 0,10-0,82 | 0,020     |
| Filhos                   |                             |                |                  |     |        |        |            |
| Nenhum                   |                             | 56 (62,2)      | 34 (37,8)        | 1,0  |      |        |            |
| 1-2                      |                             | 72 (84,7)      | 13 (15,3)        | 0,002 | 1,0 | 0,14-0,62 | 0,001     |
| ≥3                       |                             | 17 (85,0)      | 3 (15,0)         |      | 0,29   | 0,08-11,0 | 0,062     |
| Gestação anterior        |                             |                |                  |     |        |        |            |
| Não                     |                             | 37 (60,7)      | 24 (39,3)        | 0,003 | 1,0 | 0,19-0,72 | 0,004     |
| Sim                      |                             | 108 (80,6)     | 26 (19,4)        |      | 0,37   | 0,19-0,72 | 0,004     |
| Abortos                  |                             |                |                  |     |        |        |            |
| Não                     |                             | 114 (75,0)     | 38 (25,0)        | 0,700 | 1,0 | 0,54-2,48 | 0,700     |
| Sim                      |                             | 31 (72,1)      | 12 (27,9)        |      | 1,16   | 0,54-2,48 | 0,700     |

Categoria “inadequado” é a referência da variável dependente. χ² ou exato de Fisher.
OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.
Na análise de regressão logística múltipla (Tabela 4), a escolaridade e o número de filhos foram fatores protetores independentes para um conhecimento inadequado em saúde bucal. Gestantes com escolaridade ≥8 anos de estudo tiveram maior chance de conhecimento adequado, assim como mães com um a dois filhos foi fator protetor para um inadequado conhecimento (OR=0,34; p=0,007) em relação às mães sem filhos.

Tabela 4. Análise de regressão logística múltipla

| Variáveis | OR ajustada* | IC95% | Valor de p |
|-----------|--------------|-------|------------|
| Escolaridade, anos |              |       |            |
| 1-7       | 1,0          |       |            |
| ≥8        | 0,36         | 0,17-0,75 | 0,007     |
| Nenhum    | 1,0          |       |            |
| Filhos    |              |       |            |
| 1-2       | 0,34         | 0,16-0,75 | 0,007     |
| ≥3        | 0,36         | 0,07-1,76 | 0,208     |

* OR ajustado pela variável contínua idade da gestante; a categoria “inadequado” é a referência da variável dependente. OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

II DISCUSSÃO

Apesar da maioria das gestantes apresentar um nível de conhecimento de moderado a alto, existem lacunas de conhecimento no grupo estudado, no que se refere a alguns aspectos sobre saúde bucal.

Neste estudo, a maioria das gestantes entrevistadas reconheceu a importância do aleitamento materno, bem como seus benefícios, resultado este similar ao de Simioni et al., para quem todas as gestantes entrevistadas pretendiam amamentar seus filhos, referindo-se ao leite materno como o melhor alimento no primeiro ano de vida do bebê.(21)

O aleitamento materno é considerado o mais natural e importante método de alimentação infantil, nos aspectos fisiológicos, físicos e psicológicos. Os estados de saúde e nutricional das mães e crianças estão intimamente ligados, e a promoção do aleitamento materno é uma importante estratégia para incentivar as práticas saudáveis de alimentação infantil.(10)

Mesmo apresentando bom entendimento sobre a higienização da boca do recém-nascido e sabendo da necessidade da supervisão dos pais na higiene oral da criança, há ainda desinformação entre as gestantes sobre a importância dos dentes deciduos e a idade de surgimento dos primeiros dentes permanentes. O trabalho de Frazão et al., apresentou resultados semelhantes a estes achados, embora seu estudo não tenha se limitado a gestantes.(15) A perda precoce dos dentes deciduos pode trazer sérias consequências para a dentição permanente, provocando a instalação de prováveis problemas ortodônticos, dificuldades de alimentação e até mesmo comprometimento psicológico da criança.(22)

Neste estudo, apenas 20% das gestantes associaram o aparecimento de cárie dentária à mudança de padrões alimentares durante a gestação, ou seja, a maioria o relacionou a outros fatores, como enfraquecimento do dente pela perda de cálcio (29,2%), alterações hormonais (19%) e uso de medicamentos (6,7%). No estudo de Simioni et al., 48,75% das gestantes consideram normal o aparecimento de cárie na gravidez, relacionando a isto o fato de que há uma transferência de cálcio do dente da mãe para o do bebê.(21) A relação da gestação com problemas dentários é uma noção enraizada em valores e crenças populares. No entanto, sabe-se que a cárie não está diretamente associada à gravidez, mas a um aumento na frequência da ingestão de alimentos, aliado ao descuido com a higiene bucal durante esta fase.(19,23,24) Somam-se a isto os limitados conhecimentos sobre higiene bucal pelas gestantes.(25-28)

Observou-se, neste estudo, que a maioria das gestantes (58,5%) não associou o uso da escova e do fio dental como método mais eficaz para prevenção de doenças gengivais. O uso do fio dental pode estar condicionado ao fator socioeconômico, por se tratar de um produto relativamente caro, sendo inacessível para parcela significativa da população. Resultados semelhantes foram identificados nos estudos de Chung et al., Bamanikar et al., e Melo et al., quanto à percepção do uso do fio dental diariamente para prevenir doenças bucais (40,9%, 42%, e 44% respectivamente relataram fazer uso do método).(8,14,29) Bastiani et al., revelou que apenas 20% das grávidas correlacionaram o uso de escovar os dentes como método preventivo para a gengivite.(30) Frazão et al., observaram que o principal meio de prevenção das gengivites, segundo as entrevistadas, seria com relação ao uso de enxaguatórios bucais.(13,15) Os autores sugeriram como possível explicação as mensagens mercadológicas presentes na mídia que estimulam o uso de substâncias antissépticas como solução para o mau hálito e o controle da placa bacteriana. O estudo de Gouvêa et al., que avaliou o grau de conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde, apresentou que estes agentes, quando vinculados a equipes de saúde bucal, demonstraram ótimo conhecimento ao responderem sobre a evolução do sangramento gengival e as medidas preventivas a serem adotadas para melhorar esta condição.(22)

Com relação à percepção do fator que determina uma dentição “forte”, as gestantes deste estudo associaram à importância de cuidados com a higiene bucal e à alimentação, em detrimento de alternativas como he-
rança dos pais, raça e condição financeira do indivíduo, corroborando resultados de Frazão et al. (15)

Quanto ao tratamento odontológico durante a gestação, a maioria das entrevistadas (60,5%) relatou que o atendimento deve ter caráter preventivo e periódico. No entanto, percebe-se que, atualmente, ainda é forte a presença de crenças em relação ao atendimento odontológico na gestação, tanto entre a população em geral quanto entre os profissionais da saúde. (20) Existem mitos e barreiras fortemente arraigados sobre atendimento odontológico durante a gestação, relacionados a preocupações com a possibilidade de sequelas à saúde do bebê. (18) A desinformação das grávidas quanto à importância dos cuidados em saúde bucal é um dos motivos pelos quais elas não buscam assistência odontológica. Outras barreiras relatadas pelas gestantes foram tempo de espera para conseguir atendimento odontológico, distância da residência ao estabelecimento de saúde e atitudes negativas de profissionais de saúde. (14) O atendimento odontológico deve fazer parte do pré-natal, com uma melhor integração entre os profissionais da área da saúde, favorecendo a padronização no fornecimento de orientações sobre a importância do atendimento odontológico durante a gestação.

O presente estudo verificou que escolaridade igual ou acima de 8 anos de estudo e ter um a dois filhos estiveram associados a um conhecimento adequado sobre saúde bucal em gestantes. Estas associações podem ser explicadas pelo fato de que famílias com maiores desvantagens sociais apresentam menor capacidade de cuidar de si e seus filhos. Piores determinantes sociais estão associados a um menor acesso à informação e a um baixo nível de educação. (9)

Em relação às gestantes da comunidade estudada, as consequências das práticas sociais têm sido dirimidas pelo aumento do acesso deste grupo aos serviços odontológicos, sobretudo a partir de 2008, com a implantação das equipes de saúde bucal na UBS Paraisópolis I, integrando a atenção odontológica no processo de trabalho das Equipes Saúde da Família desta unidade. Neste período, houve considerável aumento do acesso das gestantes às ações preventivas em saúde bucal.

O nível de educação é um importante marcador de condição socioeconômica, sendo que altos níveis de escolaridade geralmente são preditores de melhores condições de trabalho e moradia. (6) Famílias com maior nível de educação provavelmente apresentam atitudes mais positivas e maior nível de conhecimento sobre cuidados preventivos em saúde bucal. (2,14) Estudos demonstram, mães que têm maior grau de escolaridade influenciam de forma positiva na saúde bucal de seus filhos. (16) Um baixo nível de educação é reconhecido como fator associado à baixa literacia em saúde bucal. (11)

No estudo conduzido por Bamanikar et al., que avaliou conhecimento e práticas em saúde bucal de 95 gestantes, os autores concluíram que o conhecimento de gestantes sobre aspectos de saúde bucal está associado ao nível educacional e à condição de trabalho. (14) Nogueira et al., observaram correlação entre a quantidade de filhos e o estágio de formação escolar, indicando que quanto menor o nível escolar, maior a quantidade de filhos. (7)

Quanto ao número de filhos, o presente estudo observou que mães com um a dois filhos apresentaram menos chance de ter inadequado conhecimento em saúde bucal do que aquelas mães sem filhos. Também podemos atribuir estes resultados à exposição repetida à informação em saúde bucal em várias situações passadas, como grupos educativos e consultas durante o pré-natal na UBS, visto que o acompanhamento odontológico em gestantes sempre teve papel prioritário nas ações programáticas em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. O acesso aos serviços odontológicos pode ser considerado, portanto, fator positivo para que a maioria das gestantes da comunidade do Paraisópolis apresentasse adequado grau de conhecimento em saúde bucal.

A experiência passada de uma gestação anterior pode ajudar a direcionar as intervenções de saúde bucal de pré-natal. Gestantes primígraves, mesmo apresentando inadequado conhecimento sobre cuidados em saúde bucal, podem ser consideradas propícias à incorporação de novos hábitos, pois as futuras mães estariam, provavelmente, mais dispostas a adquirirem conhecimentos e novas práticas relacionadas à saúde. (17)

Uma possível limitação deste estudo foi o fato da amostra ser de conveniência, dificultando a generalização dos achados, restrito ao local de estudo.

CONCLUSÃO

A maioria das gestantes apresentou nível de conhecimento adequado em saúde bucal, mas existem algumas lacunas de conhecimento sobre aspectos do cuidado em saúde bucal, principalmente sobre métodos preventivos, etiologia da cárie dentária e mitos sobre o tratamento odontológico durante a gestação. As gestantes com maior nível de escolaridade e que tinham de um a dois filhos apresentaram menor chance de possuir inadequado conhecimento em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Gabardo MC, Moyoés SJ, Moyoés ST, Olandoski M, Olinto MT, Pattussi MP. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. Cienc Saude Colet. 2015;20(5):1531-40.
