

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 Neto¹, Maria da Luz Rosário de Sousa⁴, 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 χ^2 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, χ^2 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⁾

Como citar este artigo:

Barbieri W, Peres SV, Pereira CB, Peres Neto J, Sousa ML, Cortellazzi KL. Fatores sociodemográficos associados ao grau de conhecimento em saúde bucal de gestantes. *einstein* (São Paulo). 2018;16(1):eAO4079.

Autor correspondente:

Wander Barbieri
Rua Lima e Silva, 379 – Ipiranga
CEP: 04215-020 – São Paulo, SP, Brasil
Tel.: (11) 995744378
E-mail: wanderbarbieri@hotmail.com

Data de submissão:

4/4/2017

Data de aceite:

2/10/2017

Conflitos de interesse:

não há.

Copyright 2018



Esta obra está licenciada sob
uma Licença *Creative Commons*
Atribuição 4.0 Internacional.

Fatores como nível de escolaridade e percepção da necessidade de tratamento influenciam na obtenção de conhecimentos e de cuidados em saúde.⁽⁶⁾ 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.⁽⁷⁾ 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.^(1,4,5,8-11) Agravos em saúde bucal são decorrentes 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.^(1,12)

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.^(7,10,11,13,14)

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.⁽¹⁵⁾ A incorporação de comportamentos mais saudáveis pelas gestantes é condicionada por fatores socioeconômicos, como grau de

escolaridade, número de filhos e idade.^(6,16,17) 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.^(7,18,19)

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.⁽²⁰⁾

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 excluídas 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 Frasso et al., para a avaliação do conhecimento em saúde bucal.⁽¹⁵⁾

Desenvolveu-se um escore dado pela soma dos valores das respostas das questões, em que cada resposta correta equivalia 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, multiplicou-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), trabalha 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 com a variável dependente, realizou-se o teste χ^2 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 decíduo e o período de troca de dentição para a saúde bucal. No que se referiu 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 entre 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	134 (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 98 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 contém 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 nascer 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*	25 (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...

....Continuação

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 (ex: 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 fluoretada	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 χ^2 ou exato de Fisher entre as variáveis independentes com a dependente

Variáveis	Conhecimento em saúde bucal		χ^2	OR	IC95%	Valor de p
	Adequado n (%)	Inadequado n (%)				
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)				
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)				
Trabalha fora						
Não	67 (69,1)	30 (30,9)	0,093	1,0	0,30-1,10	0,094
Sim	78 (79,6)	20 (20,4)				
Carga horária/dia, horas						
4-8	58 (79,5)	15 (20,5)	1,000	1,0	0,33-3,17	0,976
9-14	19 (79,2)	5 (20,8)				
Faixa etária, anos						
14-19	18 (62,1)	11 (37,9)	0,053	1,0	0,27-1,47	0,284
20-29	81 (72,3)	31 (27,7)				
≥30	46 (85,2)	8 (14,8)				
Filhos						
Nenhum	56 (62,2)	34 (37,8)	0,002	1,0	0,14-0,62	0,001
1-2	72 (84,7)	13 (15,3)				
≥3	17 (85,0)	3 (15,0)				
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)				
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)				

Categoria "inadequado" é a referência da variável dependente. χ^2 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 ajustada pela variável contínua idade da gestante; a categoria "inadequado" é a referência da variável dependente. OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

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 decíduos 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 decíduos pode trazer sérias consequências para a dentição perma-

nente, 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 ato 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.⁽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 privações 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.⁽⁴⁾ 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 primigestas, 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, Moysés SJ, Moysés 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.

2. Nourijelyani K, Yekaninejad MS, Eshraghian MR, Mohammad K, Rahimi Foroushani A, Pakpour A. The Influence of mothers' lifestyle and health behavior on their children: an exploration for oral health. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(2):e16051.
3. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJ. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):250-8.
4. Peres MA, Latorre MR, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, et al. [Effects of Social and biological factors on dental caries in 6-year-old children: a cross sectional study nested in a birth cohort in Southern Brazil]. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(3):294-306. Portuguese.
5. Silva JV, Machado FC, Ferreira MA. Social Inequalities and the Oral Health in Brazilian Capitals. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(8):2539-48.
6. Davoglio RS, Aerts DR, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. [Factors associated with oral health habits and use of dental services by adolescents]. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):655-67. Portuguese.
7. Nogueira LT, Valsecki Júnior A, Martins CR, Rosell FL, Silva SR. [Delay in seeking dental treatment and perception of oral health in pregnant women]. *Odontol Clin Cient*. 2012;11(2):127-31. Portuguese.
8. Chung LH, Gregorich SE, Armitage GC, Gonzalez-Vargas J, Adams SH. Sociodemographic disparities and behavioral factors in clinical oral health status during pregnancy. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42(2):151-9.
9. Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann WF Jr. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *J Am Dent Assoc*. 2012;143(9):972-80.
10. Nagaraj A, Pareek S. Infant Oral Health Knowledge and Awareness: Disparity among Pregnant Women and Mothers Visiting a Government Health Care Organization. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2012;5(3):167-72.
11. Vilella KD, Alves SG, de Souza JF, Fraiz FC, Assunção LR. The association of oral health literacy and oral health knowledge with social determinants in pregnant Brazilian women. *J Community Health*. 2016;41(5):1027-32.
12. Boggess KA, Urlaub DM, Massey KE, Moos MK, Matheson MB, Lorenz C. Oral hygiene practices and dental service utilization among pregnant women. *J Am Dent Assoc*. 2010;141(5):553-61.
13. Jeremias F, Silva SR, Valsecki Junior A, Tagliaferro EP, Rosell FL. [Self-perception and oral health status in pregnant women]. *Odontol Clin Cient*. 2010;9(4):359-63. Portuguese.
14. Bamanikar S, Kee LK. Knowledge, attitude and practice of oral and dental healthcare in pregnant women. *Oman Med J*. 2013;28(4):288-91.
15. Frazão P, Marques DS. [Influence of community health agents on perception of women and mothers about oral health knowledge]. *Cienc Saude Colet*. 2006;11(1):131-44. Portuguese.
16. Granville-Garcia AF, Leite AF, Smith LE, Campos RV, Menezes VA. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru - PE. *Rev Odontol UNESP*. 2007;36(3):243-9.
17. Catarin RF, Andrade SM, Iwakura ML. Conhecimentos, práticas e acesso a atenção à saúde bucal durante a gravidez. *Rev Esp Saude*. 2008;10(1):16-24.
18. Codato LA, Nakama L, Melchior R. [The beliefs of pregnant women about dental care during gestation]. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(3):1075-80. Portuguese.
19. Figueira TR, Ferreira E, Schall V, Modena C. [The health belief model and the oral health-disease-care process]. *Rev Odontol Bras Central*. 2013;22(63):169-73. Portuguese.
20. Robles AC, Grosseman S, Bosco VL. [Practices and meanings of oral health: a qualitative study with mothers of children assisted at the Federal University of Santa Catarina]. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(Supl2):3271-81. Portuguese.
21. Simioni LR, Comiotto MS, Rêgo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *Rev Pos Grad*. 2005;12(2):167-73.
22. Gouvêa GR, Silva MA, Pereira AC, Mialhe FL, Cortellazzi KL, Guerra LM. Evaluation of knowledge of Oral Health of Community Health Agents connected with the Family Health Strategy. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(4):1185-97.
23. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HM, Jesus MC, Moraes ME, Soares MG. [Health education as a strategy for the promotion of oral health in the pregnancy period]. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(1):269-76. Portuguese.
24. Prestes AC, Martins AB, Neves M, Mayer RT. [Maternal and child oral health: an integrative review]. *Rev Facul Odontol*. 2013;18(1):112-9. Portuguese.
25. Braz G, Machado FC, Oliveira AS, Otenio CC, Alves RT, Ribeiro RA. A experiência de um programa de atenção à saúde bucal no atendimento às gestantes. *HU Revista*. 2010;36(4):324-32.
26. Cruz AA, Gadelha CG, Cavalcanti AL, Medeiros PF. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande - PB. *Pesq Bras Odontoped Integr*. 2004;4(3):185-9.
27. Martins RF, Martins ZI. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto a própria saúde bucal. *Rev ABO Nac*. 2002;10(5):278-84.
28. Silva BD, Forte FD. Acesso a serviço odontológico, percepção de mães sobre saúde bucal e estratégias de intervenção em Mogeiro, PB, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2009;9(3):313-19.
29. Melo NS, Ronchi R, Mendes CS, Mazza VA. [Food habits and oral hygiene influencing pregnant women's oral health]. *Cogitare Enferm*. 2007;12(2):189-97. Portuguese.
30. Bastiani C, Cota AL, Provenzano MG, Fracasso ML, Honório HM, Rios D. [Pregnant's knowledge about oral alterations and dental treatment during pregnancy]. *Odontol Clin-Cientific*. 2010;9(2):155-60. Portuguese.