



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

WANDER BARBIERI

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO GRAU DE CONHECIMENTO EM
SAÚDE BUCAL DE GESTANTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO
PAULO - SP

PIRACICABA

2016

WANDER BARBIERI

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO GRAU DE CONHECIMENTO EM
SAÚDE BUCAL DE GESTANTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO
PAULO - SP

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba da Universidade Estadual Campinas
como parte dos requisitos exigidos para a obtenção
do título de Mestre em Odontologia em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karine Laura Cortellazzi Mendes
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria da Luz Rosario de Sousa

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO
WANDER BARBIERI E ORIENTADO PELA
PROF(A) DR(A) KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

PIRACICABA

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

B234f Barbieri, Wander, 1978-
Fatores sociodemográficos associados ao grau de conhecimento em saúde bucal de gestantes de uma unidade básica de saúde de São Paulo - SP / Wander Barbieri. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Karine Laura Cortellazzi Mendes.
Coorientador: Maria da Luz Rosario de Sousa.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Gestantes. 2. Saúde bucal. 3. Cuidado pré-natal. I. Cortellazzi, Karine Laura, 1973-. II. Sousa, Maria da Luz Rosario de, 1965-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Sociodemographic factors associated with the knowledge level of oral health in pregnant

Palavras-chave em inglês:

Pregnant women

Oral health

Prenatal care

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Karine Laura Cortellazzi Mendes [Orientador]

Edna Alves Silva

Maria Paula Maciel Rando Meirelles

Data de defesa: 07-07-2016

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 07 de Julho de 2016, considerou o candidato WANDER BARBIERI aprovado.

PROF.^a DR.^a KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES

PROF.^a DR.^a EDNA ALVES SILVA

PROF.^a DR.^a MARIA PAULA MACIEL RANDO MEIRELLES

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu filho, Arthur Jun Inoue Barbieri, por estar sempre ao meu lado. Sua presença em minha vida é a inspiração para a idealização e condução desse projeto.

AGRADECIMENTO

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, coordenador do curso de Mestrado Profissionalizante da FOP-UNICAMP, pela oportunidade e experiências transmitidas ao longo de todo o mestrado.

À Prof.^a Maria da Luz Rosario de Sousa pela orientação, paciência e dedicação e durante todo esse período. Sou grato por todos os conselhos e trocas de experiências. Seu entusiasmo e conhecimento são inspiradores!

À Prof.^a Karine Laura Cortellazzi Mendes, pela orientação e dedicação durante todo esse período. Sou muito grato pelo seu apoio para conduzir esse estudo!

À minha família pelo apoio incondicional, compreensão nos momentos de ausência e carinho nos períodos mais difíceis.

Aos meus amigos do trabalho, em especial à minha gestora Carla de Britto Pereira, aos amigos Alessandra de Lima Rocha, Thamires Turi Baldusco, Cleiton Carlos Christiano, Stela Verzinhasse Peres e minha equipe de saúde bucal da UBS Paraisópolis I.

Aos meus amigos do curso de Mestrado Profissionalizante, em especial ao amigo João Peres Neto, pela inestimável generosidade.

RESUMO

Introdução: As condições sociais exercem significativa influência não apenas sobre hábitos e comportamentos do indivíduo, mas também no conhecimento, percepção e capacidade de autogerenciamento da sua condição de saúde. O grau de conhecimento e percepção das gestantes sobre vários aspectos da saúde bucal são influenciados por esses fatores.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento em saúde bucal e os fatores sociodemográficos associados em gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Paraisópolis I, São Paulo-SP.

Metodologia: Estudo com delineamento transversal analítico. A amostra foi constituída de 195 gestantes, com idades entre 14 e 48 anos. Foi aplicado um questionário composto por onze questões a fim de avaliar o conhecimento em saúde bucal. Os dados sociodemográficos foram coletados do prontuário de acompanhamento da gestação do programa Mãe Paulistana. Para avaliar a associação entre as variáveis independentes e a variável dependente realizou-se o teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada foram testadas no modelo de regressão logística múltipla. Assumiu-se um nível de significância de 5% para todas as análises.

Resultados: O estudo verificou que escolaridade igual ou maior a 8 anos de estudo unido à presença de 1 a 2 filhos estão associados a um conhecimento adequado sobre saúde bucal em gestantes. No que se refere ao grau de conhecimento em saúde bucal, 74,4% das gestantes apresentaram um conhecimento de moderado a alto.

Conclusão: Para diminuir as lacunas de conhecimento sobre saúde bucal em gestantes, estratégias de promoção de saúde bucal durante o pré-natal devem levar em consideração aspectos sociodemográficos que estão associados ao grau de conhecimento desse grupo.

Palavras-chave: Gestantes, Saúde Bucal, Pré-Natal.

ABSTRACT

Introduction: Social conditions have a significant influence not only on individual habits and behaviors, but also in the knowledge, awareness and self-management capacity of their health condition. The degree of knowledge and perception of pregnant women on various aspects of oral health are influenced by these factors.

Objective: The aim of this study was to evaluate the oral health knowledge and associated sociodemographic factors of pregnant women in Paraisópolis, São Paulo-SP.

Methodology: Analytical cross-sectional study. The sample consisted of 195 pregnant women aged 14-48 years old. a questionnaire composed of eleven questions in order to evaluate the oral health knowledge was applied. Demographic data were collected from medical records of monitoring of pregnancy Mãe Paulistana program. . To evaluate the association between the independent variables and the dependent variable was held Fisher's chi-square or exact test. The variables with $p < 0.20$ in the univariate analysis were tested in a multiple logistic regression model. a 5% significance level for all analyzes was assumed.

Results: The study found that educational level equal to or above 8 years of study and have 1-2 children are associated with adequate knowledge about oral health in pregnant women. With regard to knowledge about oral health, 74.4% of pregnant women had a knowledge of moderate to high.

Conclusion: To reduce the gaps in knowledge about oral health in pregnant women, oral health promotion strategies for prenatal care should take into account socio-demographic aspects that are associated with the degree of knowledge of this group.

Keywords: Pregnant, Oral Health, Prenatal.

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 Introdução..... | 10 |
| 2 Artigo: FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO GRAU DE CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL DE GESTANTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO PAULO - SP..... | 13 |
| 3 Conclusão..... | 37 |
| Referências..... | 38 |
| Apêndices..... | 39 |
| Apêndice 1 – Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido..... | 39 |
| Apêndice 2 – Questionário Conhecimento Sobre Saúde Bucal..... | 41 |
| Anexos..... | 43 |
| Anexo 1 – Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 43 |
| Anexo 2 – Submissão Revista CSC..... | 46 |

INTRODUÇÃO

A relação entre as condições sociais e as condições de saúde das populações é objeto de estudo na literatura há alguns anos (Peres MA *et al*, 2003; Peres KG *et al*, 2012; Nourijelyani K *et al*, 2014; Gabardo MCL *et al*, 2015; Silva JV *et al*, 2015). Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma população geram uma estratificação dos indivíduos, conferindo-lhes diferentes posições sociais, influenciando diretamente nas condições de saúde de uma população (Silva JV *et al*, 2015). O reconhecimento das desigualdades socioeconômicas como determinantes para o aumento das iniquidades em saúde, bem como a identificação da magnitude dessas desigualdades são imprescindíveis para a promoção de políticas públicas que possam dirimir essas diferenças (Peres KG *et al*, 2012). Em grupos populacionais que apresentam grandes desigualdades sociais e econômicas, os níveis de saúde e bem-estar são inferiores aos das comunidades nas quais as diferenças são menores (Nogueira LT *et al*, 2012).

Hábitos e comportamentos de saúde são influenciados por fatores sociodemográficos, psicossociais e o estilo de vida do indivíduo ao longo de toda a vida. Fatores como nível de escolaridade e a percepção da necessidade de tratamento influenciam na obtenção de conhecimentos e cuidados em saúde (Davoglio RS *et al*, 2009). Indivíduos com maiores privações sociais têm crenças fatalistas sobre sua saúde e menor percepção da necessidade de cuidados. Nesse contexto, a saúde e o bem-estar são conceitos que expressam crenças sociais e populacionais, que são influenciadas por valores culturais e demográficos, que decorrem de sua relação com um território e suas características (Nogueira LT *et al*, 2012). Dessa forma, as condições sociais exercem significativa influência não apenas sobre hábitos e comportamentos do indivíduo, mas também no conhecimento, percepção e capacidade de autogerenciamento da 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 hábitos orais com as condições sociais e econômicas da população (Peres MA *et al*, 2003; Hom JM *et al*, 2012; Nagaraj A, 2012; Chung LH *et al*, 2014; Gabardo MCL *et al*, 2015; Silva JV *et al*, 2015; Vilella KD *et al*,

2016). Agravos em saúde bucal são decorrentes de fatores diversos, incluindo a má distribuição de renda, o desemprego, a baixa escolaridade e a inadequação dos serviços odontológicos. Pessoas economicamente desfavorecidas são afetadas desproporcionalmente pela cárie dentária e doenças periodontais (Boggess KA *et al*, 2010). As percepções de saúde são influenciadas pelo apoio social recebido, sendo que indivíduos com maior coesão social tendem a apresentar uma melhor saúde bucal (Lamarca GA *et al*, 2012). Com relação à renda familiar, evidências científicas mostram que a baixa renda da família está ligada a uma pior percepção da condição bucal (Gabardo MCL *et al*, 2015) e quanto menor a renda, menor a proporção de pessoas que tem acesso aos serviços odontológicos (Boggess KA *et al*, 2010).

Entre as fases da vida em que aspectos sociais e demográficos podem influenciar as condições de saúde e induzir, inclusive, a formação de subgrupos de maior vulnerabilidade, podemos destacar o pré-natal. As gestantes são consideradas na literatura como um grupo populacional estratégico para a aplicação de programas educativos (Jeremias F *et al*, 2010), reconhecendo a gravidez uma fase favorável para o estabelecimento de hábitos mais saudáveis, pois a gestante apresenta-se psicologicamente receptiva para adquirir novos conhecimentos (Vilella KD *et al*, 2016), podendo esses induzi-la à adoção de novas e melhores práticas de saúde, cujos benefícios se estenderão aos demais membros da família (Nagaraj A, 2012; Nogueira LT *et al*, 2012; Bamanikar S, 2013).

A criação de programas tais como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, e o Programa de Atenção à Saúde Bucal da Gestante, em 1993, propunha garantir às gestantes condições de manter sua saúde bucal e a de seus filhos reconhecendo a influência de fatores sociais e comportamentais para essa manutenção. A garantia da saúde bucal das grávidas e dos seus filhos também foi reforçada pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Reis DM *et al*, 2010), sendo as ações em saúde bucal incluídas transversalmente no Programa de Atenção à Saúde da Mulher. Seguindo esses preceitos, a saúde bucal, incorporada oficialmente no Programa de Saúde da Família, em dezembro de 2000, com a publicação da Portaria MS 1.444/2000, passou a integrar as ações dirigidas às linhas de cuidado voltadas a grupos prioritários, dentre os quais, o pré-natal, fortalecendo um comprometimento pactuado entre profissional e usuário na promoção da educação, vigilância e cuidado em saúde (Prestes ACG *et al*, 2013).

Apesar das ações programáticas em saúde bucal estarem bem estabelecidas e consolidadas ao longo dos anos, é importante verificar o conhecimento que as futuras mães têm sobre saúde bucal e o quanto essas informações influenciam nas suas práticas de cuidado em saúde bucal (Frazão P, 2006). Reduzido conhecimento materno sobre saúde bucal está associado a piores práticas de higiene oral, o que é um fator de risco para a cárie dentária (Vilella KD *et al*, 2016). A incorporação de comportamentos mais saudáveis pelas gestantes são condicionados por fatores socioeconômicos (Davoglio RS *et al*, 2009), como grau de escolaridade (Granville-Garcia AF *et al*, 2007), renda (Borges HC *et al*, 2012), número de filhos e idade (Catarin RFZ *et al*, 2008).

Além das crenças enraizadas na população, a baixa percepção de necessidade e o baixo conhecimento sobre aspectos da saúde bucal determinam uma menor propensão em adquirir hábitos e comportamentos mais saudáveis (Codato LAB *et al*, 2008; Nogueira LT *et al*, 2012; Figueira TR *et al*, 2013; Chung LH *et al*, 2014). 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 (Robles ACC *et al*, 2010). Devemos, portanto, reconhecer as diferenças culturais e sociais no que diz respeito a barreiras no acesso que podem influenciar a transmissão de conhecimento para as gestantes.

Dessa forma, a promoção da saúde bucal deve partir da compreensão da relação da doença com as condições sociais e econômicas da população. Assim, a obtenção de melhores condições de saúde bucal está ligada, tanto à melhoria dos determinantes sociais, quanto à reorientação dos serviços de saúde (Figueira TR *et al*, 2008). Esta reorientação deve levar em conta o grau conhecimento e percepção das gestantes sobre vários aspectos da saúde bucal, bem como fatores sociais e demográficos que podem ser considerados moduladores para a aquisição de hábitos mais saudáveis. O reconhecimento desses aspectos permitirá dirimir barreiras da adesão das gestantes ao tratamento e combater iniquidades dos serviços odontológicos ofertados.

O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento em saúde bucal e os fatores sociodemográficos associados em gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Paraisópolis I, São Paulo-SP.

ARTIGO

O presente estudo foi realizado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP n°284/2015 e submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, Manuscript ID CSC-2016-1804, em 01 de Julho de 2016, com o título: **Fatores sociodemográficos associados ao grau de conhecimento em saúde bucal de gestantes de uma unidade básica de São Paulo - SP.**

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO GRAU DE CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL DE GESTANTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO PAULO - SP

Resumo

Introdução: As condições sociais exercem significativa influência não apenas sobre hábitos e comportamentos do indivíduo, mas também no conhecimento, percepção e capacidade de autogerenciamento da sua condição de saúde. O grau de conhecimento e percepção das gestantes sobre vários aspectos da saúde bucal são influenciados por esses fatores.

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento em saúde bucal e os fatores sociodemográficos associados em gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Paraisópolis I, São Paulo-SP.

Metodologia: Estudo com delineamento transversal analítico. A amostra foi constituída de 195 gestantes, com idades entre 14 e 48 anos. Foi aplicado um questionário composto por onze questões a fim de avaliar o conhecimento em saúde bucal. Os dados sociodemográficos foram coletados do prontuário de acompanhamento da gestação do programa Mãe Paulistana. Para avaliar a associação entre as variáveis independentes e a variável dependente realizou-se o teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada foram testadas no modelo de regressão logística múltipla. Assumiu-se um nível de significância de 5% para todas as análises.

Resultados: O estudo verificou que escolaridade igual ou maior a 8 anos de estudo unido à presença de 1 a 2 filhos estão associados a um conhecimento adequado sobre saúde bucal em gestantes. No que se refere ao grau de conhecimento em saúde bucal, 74,4% das gestantes apresentaram um conhecimento de moderado a alto.

Conclusão: Para diminuir as lacunas de conhecimento sobre saúde bucal em gestantes, estratégias de promoção de saúde bucal durante o pré-natal devem levar em consideração aspectos sociodemográficos que estão associados ao grau de conhecimento desse grupo.

Palavras-chave: Gestantes, Saúde Bucal, Pré-Natal.

Abstract

Introduction: Social conditions have a significant influence not only on individual habits and behaviors, but also in the knowledge, awareness and self-management capacity of their health condition. The degree of knowledge and perception of pregnant women on various aspects of oral health are influenced by these factors.

Objective: The aim of this study was to evaluate the oral health knowledge and associated sociodemographic factors of pregnant women in Paraisópolis, São Paulo-SP.

Methodology: Analytical cross-sectional study. The sample consisted of 195 pregnant women aged 14-48 years old. A questionnaire composed of eleven questions in order to evaluate the oral health knowledge was applied. Demographic data were collected from medical records of monitoring of pregnancy Mãe Paulistana program. . To evaluate the association between the independent variables and the dependent variable was held Fisher's chi-square or exact test. The variables with $p < 0.20$ in the univariate analysis were tested in a multiple logistic regression model. A 5% significance level for all analyzes was assumed.

Results: The study found that educational level equal to or above 8 years of study and have 1-2 children are associated with adequate knowledge about oral health in pregnant women. With regard to knowledge about oral health, 74.4% of pregnant women had a knowledge of moderate to high.

Conclusion: To reduce the gaps in knowledge about oral health in pregnant women, oral health promotion strategies for prenatal care should take into account socio-demographic aspects that are associated with the degree of knowledge of this group.

Keywords: Pregnant, Oral Health, Prenatal.

Introdução

A relação entre as condições sociais e as condições de saúde das populações é objeto de estudo na literatura há alguns anos^{1,2,3,4,5}. O reconhecimento das desigualdades socioeconômicas como determinantes para o aumento das iniquidades em saúde, bem como a identificação da magnitude dessas desigualdades são imprescindíveis para a promoção de políticas públicas que possam dirimir essas diferenças³. Fatores como nível de escolaridade e a percepção da necessidade de tratamento influenciam a obtenção de conhecimentos e cuidados em saúde⁶. Indivíduos com maiores privações sociais têm crenças fatalistas sobre sua saúde e menor percepção da necessidade de cuidados. Nesse contexto, a saúde e o bem-estar são conceitos que expressam crenças sociais e populacionais, que são influenciadas por valores culturais e demográficos, que decorrem de sua relação com um território e suas características⁷. Dessa forma, as condições sociais exercem significativa influência não apenas sobre hábitos e comportamentos do indivíduo, mas também no conhecimento, percepção e capacidade de autogerenciamento da 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 hábitos orais com as condições sociais e econômicas da população^{1,4,5,8,9,10,11}. Agravos em saúde bucal são decorrentes de fatores diversos, incluindo a má distribuição de renda, o desemprego, a baixa escolaridade e a inadequação dos serviços odontológicos. Pessoas economicamente desfavorecidas são

afetadas desproporcionalmente pela cárie dentária e doenças periodontais¹². Com relação à renda familiar, evidências científicas mostram que a baixa renda da família está ligada a uma pior percepção da condição bucal¹ e quanto menor a renda, menor a proporção de pessoas que tem acesso aos serviços odontológicos¹².

Entre as fases da vida em que aspectos sociais e demográficos podem influenciar as condições de saúde e induzir, inclusive, a formação de subgrupos de maior vulnerabilidade, podemos destacar o pré-natal. As gestantes são consideradas na literatura como um grupo populacional estratégico para a aplicação de programas educativos¹³, reconhecendo a gravidez como uma fase favorável para o estabelecimento de hábitos mais saudáveis, pois a gestante apresenta-se psicologicamente receptiva para adquirir novos conhecimentos¹¹, podendo esses induzi-la à adoção de novas e melhores práticas de saúde, cujos benefícios se estenderão aos demais membros da família^{7,10,14}.

Apesar das ações programáticas em saúde bucal estarem bem estabelecidas e consolidadas ao longo dos anos, é importante verificar o conhecimento que as futuras mães têm sobre saúde bucal e o quanto essas informações influenciam as suas práticas de cuidado em saúde bucal¹⁵. A incorporação de comportamentos mais saudáveis pelas gestantes são condicionados por fatores socioeconômicos⁶, como grau de escolaridade¹⁶, renda²¹, número de filhos e idade¹⁷. Além das crenças enraizadas na população, a baixa percepção de necessidade e o baixo conhecimento sobre aspectos da saúde bucal determinam uma 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 saúde²⁰.

O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento em saúde bucal e os fatores sociodemográficos associados em gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Paraisópolis I, São Paulo-SP.

Metodologia

Trata-se de estudo com delineamento transversal descritivo, realizado na UBS Paraisópolis I. A comunidade do Paraisópolis, localizada na região sul de São Paulo, caracteriza-se pelos altos níveis de privação socioeconômica, população predominantemente jovem e com elevado número de gestantes.

A amostra foi constituída de 195 gestantes, com idades entre 14 e 48 anos de idade, que pertencem à área de abrangência da UBS Paraisópolis I, entre os meses de novembro de 2011 a março de 2012. Foram excluídas da pesquisa as gestantes analfabetas ou portadoras de transtornos psiquiátricos graves.

Este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética do Hospital Israelita Albert Einstein e da Secretaria Municipal de Saúde. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado aos participantes, em cumprimento à Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos. Neste termo foram explicados os objetivos do estudo bem como informado que a recusa ou impossibilidade em participar não implicaria em nenhuma penalidade ou perda dos benefícios aos quais tenha direito durante o pré-natal. Somente após a anuência por meio da assinatura do mesmo, a gestante foi considerada participante do estudo.

Logo após a confirmação da gravidez, a gestante era inserida nas reuniões de grupo de gestantes realizadas pela equipe de saúde da família duas vezes na semana (as segundas e quintas-feiras). Neste momento, efetuava-se o cadastro da gestante na UBS e

as informações eram lançadas no Sistema de Informação em Saúde Pré-Natal (SIS Pré-Natal). Além disso, as gestantes recebiam pedidos de exames e participavam de palestras sobre a gestação e cuidados com o bebê realizadas por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, assistente social, nutricionista e equipe de saúde bucal. Nesses encontros, iniciava-se a atenção odontológica através de uma triagem de risco, onde as gestantes eram estratificadas segundo risco biológico, determinando um fluxo ao atendimento odontológico segundo a vulnerabilidade da gestante.

Durante a primeira visita da gestante às reuniões de grupo, aplicava-se um questionário composto por onze questões, a fim de avaliar o conhecimento em saúde bucal. As opções de respostas foram dispostas em alternativas mutuamente exclusivas e, em todas as questões havia a opção “não sabe ou não respondeu”. As alternativas indicadas como corretas foram distribuídas em diferentes posições para evitar possíveis tendências de escolha. Este questionário foi adaptado de Frazão e Marques (2006)¹⁵, que originalmente continha quatorze questões. A exclusão de quatro questões e a elaboração de uma nova pergunta foi realizada por um grupo formado por cinco cirurgiões dentistas, dois enfermeiros especialistas em saúde materno-infantil, um médico e um analista epidemiológico. As informações foram coletadas por profissionais de saúde bucal treinados, compreendendo cirurgiões dentistas e técnicos em saúde bucal. Os dados demográficos e socioeconômicos foram coletados do prontuário de acompanhamento da gestação do programa Mãe Paulistana.

Para avaliação do conhecimento em saúde bucal, desenvolveu-se um escore dado pela soma dos valores das respostas das 11 questões em que cada resposta correta equivalia a um (1) ponto. Deste, 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 tercís 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.

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 \geq 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 do Qui-quadrado 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 um nível de significância de 5% para todas as análises. Os dados foram digitados em Excel e analisados pelo programa SPSS versão 17.0 para *Windows*.

Resultados

No período de novembro de 2011 à março de 2012, 228 gestantes iniciaram o pré-natal na UBS Paraisópolis I, segundo dados do Sistema de Informação em Saúde Pré-Natal (SIS Pré-Natal). Destas, 198 gestantes participaram da pesquisa. Na fase de análise dos dados, 3 gestantes foram excluídas da amostra inicial por falta de informações no SIS Pré-Natal. A amostra final foi composta por 195 gestantes com média de idade de 26,5 anos e desvio padrão=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 e parda. Apenas 2 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 apresentaram um conhecimento de moderado a alto.

Tabela 1. Número e porcentagem de gestantes, segundo características sociodemográficas e de conhecimento em saúde bucal. UBS Paraisópolis I, São Paulo – SP.

| Variável | Categoria | n | % |
|-----------------------|---------------------|-----|-------|
| Escolaridade (anos) | 1 a 3 | 10 | 5,1 |
| | 4 a 7 | 52 | 26,7 |
| | 8 a 11 | 94 | 48,2 |
| | 12 e + | 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 a 8 horas | 73 | 75,3 |
| | 9 a 14 horas | 24 | 24,7 |
| Gravidez alto risco | Não | 193 | 99,0 |
| | Sim | 2 | 1,0 |
| Idade | 14 a 19 anos | 29 | 14,9 |
| | 20 a 29 anos | 112 | 57,4 |
| | 30 anos e + | 54 | 27,7 |
| Número filhos | Nenhum | 90 | 46,2 |
| | 1 a 2 | 85 | 43,6 |
| | 3 e mais | 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 a 55%) | 73 | 37,5 |
| | Alto (> 55%) | 72 | 36,9 |
| Total | | 195 | 100,0 |

*percentual sobre as 98 gestantes que trabalham fora, evidencia-se um valor ignorado

No que se refere aos primeiros meses de vida do bebê, mais de 60% das gestantes respondeu corretamente às questões a respeito do aleitamento materno e da limpeza da boca do bebê. A maioria reconheceu a higienização e 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. Entretanto, a maioria das mulheres apresentou dúvidas quanto à etiologia da doença cárie e apenas 20% da amostra reconhecem as mudanças de hábitos alimentares na gestação como fator de risco. Além disso, 30% da amostra reconheceu a importância do dente decíduo 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 o atendimento deve ser periódico e preventivo (Tabela 2).

Tabela 2. Número e porcentagem de gestantes, segundo as alternativas das questões:

| Questionário – Conhecimento sobre saúde bucal em gestantes | | 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 ... | 11 | 5,6 |
| | No primeiro semestre de vida do bebê, o leite é essencial e o ideal é o produzido pela mãe, ... | 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, a opção 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 pára 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 partir dos 2 anos de idade a criança pode realizar sozinha a escovação dos dentes | 8 | 4,1 |
| | Os pais deverão ajudar e supervisionar a escovação e o uso do fio dental de seus filhos até os seis 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 | 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 | Má formação 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 freqüente 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 |
| 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 |
| | Total | 195 | 100,0 |

* A alternativa corresponde à resposta certa

Verifica-se na Tabela 3 que gestantes com escolaridade ≥ 8 anos de estudo tiveram menos chance de um conhecimento inadequado quando comparadas aquelas que estudaram menos de 8 anos (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. Em relação ao número de filhos observou-se que ter entre 1 a 2 filhos é fator protetor para um

inadequado conhecimento em saúde bucal (OR=0,30; p=0,001). Para a gestação anterior, mulheres que tiveram filhos apresentaram uma menor chance de conhecimento inadequado quando comparadas as gestantes sem filhos (OR=0,37; p=0,004).

Tabela 3. Associação pelo teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher entre as variáveis independentes com a dependente.

| Variáveis | Conhecimento em saúde bucal | | X ² | Odds Ratio | IC95% ^ε | p-valor |
|---------------------|-----------------------------|------------|----------------|------------|--------------------|---------|
| | Adequado | Inadequado | | | | |
| | n (%) | n (%) | | | | |
| Escolaridade (anos) | | | | | | |
| 1 a 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 | | |
| Raça | | | | | | |
| Branca | 41 (80,4) | 10 (19,6) | 0,269 | 1,0 | 0,71 – 3,40 | 0,271 |
| Negra/parda/amarela | 103 (72,5) | 39 (27,5) | | 1,55 | | |
| 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) | | 0,57 | | |
| Carga horária/dia | | | | | | |
| 4 a 8 horas | 58 (79,5) | 15 (20,5) | 1,000 | 1,0 | 0,33 – 3,17 | 0,976 |
| 9 a 14 horas | 19 (79,2) | 5 (20,8) | | 1,02 | | |
| Faixa etária | | | | | | |
| 14 a 19 anos | 18 (62,1) | 11 (37,9) | 0,053 | 1,0 | 0,27 – 1,47 | 0,284 |
| 20 a 29 anos | 81 (72,3) | 31 (27,7) | | 0,63 | | |
| 30 anos e + | 46 (85,2) | 8 (14,8) | | 0,28 | | |
| Número de filhos | | | | | | |
| Nenhum | 56 (62,2) | 34 (37,8) | 0,002 | 1,0 | 0,14 – 0,62 | 0,001 |
| 1 a 2 | 72 (84,7) | 13 (15,3) | | 0,30 | | |
| 3 e mais | 17 (85,0) | 3 (15,0) | | 0,29 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |

^ε Intervalo de 95% de confiança; categoria “inadequado” é a referência da variável dependente

Na análise de regressão logística múltipla, observou-se que os fatores protetores independentes para um conhecimento inadequado em saúde bucal foram a escolaridade e o número de filhos. Ou seja, gestantes com oito anos ou mais de estudo apresentaram menos chance (OR=0,36; p=0,007) de ter um conhecimento inadequado

em saúde bucal quando comparadas aquelas com escolaridade <8 anos. Além disso, mães com 1 a 2 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.

| Variável | Conhecimento inadequado em saúde bucal | OR _{ajustada*} | IC95% | p-valor |
|---------------------|----------------------------------------|-------------------------|-------------|---------|
| Escolaridade (anos) | 1 a 7 | 1,0 | | |
| | ≥ 8 | 0,36 | 0,17 – 0,75 | 0,007 |
| Número de filhos | Nenhum | 1,0 | | |
| | 1 a 2 | 0,34 | 0,16 – 0,75 | 0,007 |
| | 3 e mais | 0,36 | 0,07 – 1,76 | 0,208 |

*ajustada pela variável contínua idade da gestante; categoria “inadequado” é a referência da variável dependente.

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 reconhece a importância do aleitamento materno, bem como seus benefícios, resultado este similar ao estudo de Simioni et al.(2005)²⁹, onde todas as gestantes entrevistadas pretendiam amamentar seus filhos, referindo-se ao leite materno como o melhor alimento no primeiro ano de vida do bebê. O aleitamento materno é considerado o mais natural e importante método de alimentação infantil, no que diz respeito aos aspectos fisiológicos, físicos e psicológicos. O estado de saúde e nutricional das mães e crianças estão intimamente ligadas, portanto a promoção do aleitamento materno é uma importante estratégia para incentivar as práticas saudáveis de alimentação infantil¹⁰.

Mesmo apresentando um bom entendimento sobre a higienização da boca do recém-nascido e a importância 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 (2006) apresentou resultados semelhantes a estes achados, embora seu estudo não tenha se limitado a gestantes¹⁵. A perda precoce dos dentes decíduos pode trazer sérias consequências para a dentição permanente, provocando a instalação de prováveis problemas ortodônticos, dificuldades de alimentação e até mesmo comprometimento psicológico da criança³⁰.

Neste estudo, apenas 20% das gestantes associou o aparecimento de cárie dentária à mudança de padrões alimentares durante a gestação, ou seja, a maioria relacionou a outros fatores tais como o enfraquecimento do dente pela perda de cálcio (29,2%), alterações hormonais (19%) e uso de medicamentos (6,7%). No estudo de Simioni (2005), 48,75% das gestantes consideram normal o aparecimento de cárie na gravidez, relacionando a isso o fato de que há uma transferência de cálcio do dente da mãe para o do bebê²⁹. A relação da gestação com problemas dentários é uma noção enraizada em valores e crenças populares. Entretanto, 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 essa fase^{19,31,32}. Somam-se a isso os limitados conhecimentos sobre higiene bucal pelas gestantes^{26,33,34,35,36}.

Observou-se neste estudo que a maioria das gestantes (58,5%) não associou o uso da escova e fio dental como método mais eficaz para prevenção de doenças gengivais. Quanto ao uso do fio dental, esse método pode estar condicionado ao fator socioeconômico, por se tratar de um produto relativamente caro, sendo inacessível para uma parcela significativa da população. Resultados semelhantes foram identificados nos

estudos de Bamanikar (2013), Chung (2014) e Melo (2007) quanto à percepção do uso do fio dental diariamente para prevenir doenças bucais (40,9%, 42%, e 44% respectivamente relataram fazer uso do método)^{8,14,37}. Bastiani (2010) revelou que apenas 20% das grávidas correlacionaram o ato de escovar os dentes como método preventivo para a gengivite³⁸. No estudo de Frazão et al. (2006), os autores observaram que o principal meio de prevenção das gengivites, segundo as entrevistadas, seria com relação ao uso de enxaguatórios bucais¹⁵. 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. Segundo o estudo de Gouvêa et al. (2015), que avaliou o grau de conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS), os ACS vinculados a equipes de saúde bucal demonstraram ótimo conhecimento quando responderam a questão acerca da evolução do sangramento gengival e sobre as medidas preventivas a serem adotadas para melhorar essa condição³⁰.

Com relação à percepção do que determina uma dentição “forte”, as gestantes deste estudo associaram a importância de cuidados com a higiene bucal e a alimentação, em detrimento de alternativas, como a herança dos pais, raça e condição financeira do indivíduo, corroborando com os resultados do estudo de Frazão (Frazão, 2006)¹⁵.

Quanto ao tratamento odontológico durante a gestação, a maioria das entrevistadas (60,5%) relatou que o atendimento deve ter caráter preventivo e periódico. Entretanto, 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 saúde²⁰. Existem mitos e barreiras fortemente arraigados sobre atendimento odontológico durante a gestação, relacionados a preocupações com a

possibilidade de sequelas à saúde do bebê¹⁸. A desinformação das grávidas quanto a importância dos cuidados em saúde bucal é um dos motivos pelos quais elas não buscam assistência odontológica¹⁴. Outras barreiras relatadas pelas gestantes são: tempo de espera para conseguir atendimento odontológico, distância da residência ao estabelecimento de saúde e atitudes negativas de profissionais de saúde¹⁴. O atendimento odontológico deve fazer parte do pré-natal, com uma melhor integração entre os profissionais da área da saúde, favorecendo uma padronização no fornecimento de orientações quanto a importância do atendimento odontológico durante a gestação.

O presente estudo verificou que escolaridade igual ou acima de 8 anos de estudo e ter 1 a 2 filhos estão associados a um conhecimento adequado sobre saúde bucal em gestantes.

Essas associações podem ser explicadas pelo fato de que famílias com maiores desvantagens sociais apresentam menor capacidade de cuidar de si e seus filhos. Estas famílias enfrentam dificuldades na obtenção de cuidados profissionais nos serviços de saúde e não identificam problemas dentários através de cuidados preventivos durante os primeiros estágios de sua doença²¹. Piores determinantes sociais estão associados a um menor acesso à informação e a um baixo nível de educação⁹.

Em relação às gestantes da comunidade do Paraisópolis, as consequências das privações sociais têm sido dirimidas pelo aumento do acesso desse grupo aos serviços odontológicos, sobretudo à 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 de saúde da família dessa unidade. Nesse período, houve um 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 moradia⁴. Famílias com maior nível de educação provavelmente apresentam atitudes mais positivas e maior nível de conhecimento sobre cuidados preventivos em saúde bucal^{2,14,22}. Estudos demonstram que mães que têm maior grau de escolaridade influenciam de forma positiva a saúde bucal de seus filhos¹⁶. Um baixo nível de educação é reconhecido como um fator associado à baixa literacia em saúde bucal¹¹.

No estudo conduzido por Bamanikar *et al* (2013), 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 trabalho¹⁴. Em um estudo de coorte, Feldens *et al* (2012) descobriram que um menor grau de escolaridade em mães foi significativamente associada com a ingestão de alimentos cariogênicos em crianças²³. No estudo de Nogueira *et al* (2012), observou-se uma correlação entre a quantidade de filhos e o estágio de formação escolar, indicando que quanto menor o nível escolar, maior a quantidade de filhos⁷.

Quanto ao número de filhos, o presente estudo observou que mães com 1 a 2 filhos apresentaram menos chance de ter um inadequado conhecimento em saúde bucal do que aquelas mães sem filhos. Isso pode ser explicado pelo fato de que mulheres com mais de um filho tendem a possuir maior conhecimento e domínio sobre práticas de higiene bucal pela história passada²⁴. Também podemos atribuir esses 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 de Saúde da Família. O acesso aos serviços odontológicos pode ser considerado, portanto, um fator positivo para que a maioria das gestantes da

comunidade do Paraisópolis apresentassem um adequado grau de conhecimento em saúde bucal.

Baker *et al* (2016) analisaram a influência da gestação anterior no conhecimento e nas crenças das mulheres grávidas sobre saúde bucal do lactante. Os autores descobriram que as mulheres multigestas possuem mais conhecimento sobre saúde bucal infantil quando comparado com mulheres primigestas e sugerem que o fato da mãe ter dado à luz anteriormente poderia alterar o nível de informação de uma mãe²⁵.

Por outro lado, Vieira (2007), avaliando o comportamento e conhecimento sobre saúde bucal de gestantes primigestas e multigestas de nível socioeconômico baixo concluiu-se que ambos os grupos apresentavam o mesmo domínio de informações a respeito da doença cárie²⁶. No entanto, Cabieses *et al* (2014), sugere que uma experiência passada negativa pode ter um papel importante na escolha da mãe²⁷.

A experiência passada de uma gestação anterior pode ajudar a direcionar as intervenções de saúde bucal de pré-natal. Gestantes primigestas, mesmo apresentando um 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 adquirir conhecimentos e novas práticas relacionadas à saúde^{17,28}.

O processo de adaptação do questionário, bem como o treinamento para aplicação dessa ferramenta pela equipe de saúde bucal, teve apoio técnico de uma equipe multiprofissional (5 cirurgiões dentistas, dois enfermeiros especialistas em saúde materno-infantil, um médico e um analista epidemiológico), porém, ao longo da fase de coleta de dados, observamos que algumas questões apresentaram difícil compreensão e interpretação, o que gerou dúvidas no grupo estudado. Como exemplo, destacamos a questão 7 “A cárie não é provocada por:”. Neste item, 41,5% das gestantes responderam

“Não sei”, o que reforça o fato de que o enunciado da questão, bem como as alternativas de resposta, podem ter dificultado a interpretação pela gestantes. A revisão e reformulação dessa questão deve ser considerada para utilizações futuras desse questionário.

Conclusão

A maioria das gestantes apresentaram nível de conhecimento adequado em saúde bucal, entretanto 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 tem de 1 a 2 filhos apresentam menor chance de possuir um inadequado conhecimento em saúde bucal.

Referências bibliográficas

1. Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5):1531-1540, 2015.
2. Nourijelyani K, Yekaninejad MS, Eshragian MR, Mohammad K, Foroushani AR, 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, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):250-8.
4. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, Maas AMN, Romano AR, Victora CG. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol. 6, Nº 4, 2003.
5. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8):2539-2548, 2015.
6. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L . Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3):655-667, mar, 2009.
7. Nogueira LT, Valsecki Jr A, Martins CR, Rosell FL, Silva SRC. Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, 11 (2) 127-131, abr./jun., 2012 www.cro-pe.org.br.
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 dentistry and oral epidemiology*. 2014;42(2):151-159.
9. Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann Jr. WF. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *J Am Dent Assoc.* 2012 September ; 143(9): 972–980.

10. Nagaraj A, Pareek S. Infant Oral Health Knowledge and Awareness: Disparity among Pregnant Women and Mothers visiting a Government Health Care Organization. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, September-December 2012;5(3):167-172.
11. Vilella KD, Alves SGA, Souza JF, Fraiz FC, Assunção LRS. "The Association of Oral Health Literacy and Oral Health Knowledge with Social Determinants in Pregnant Brazilian Women". *Journal of Community Health* (2016): 1-6.
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. [PubMed: 20436103].
13. Jeremias F, Silva SRC, Valsecki Junior A, Tagliaferro EPS, Rosell FL. Autopercepção e Condições de Saúde Bucal em Gestantes. *Odontol. Clín.-Cient., Recife*, 9 (4) 359-363, out./dez., 2010.
14. Bamanikar S, Kee LK. Knowledge, Attitude and Practice of Oral and Dental Healthcare in Pregnant Women. *Oman Medical Journal* (2013) Vol. 28, No. 4:288-291.
15. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, 2006; 11(1): 131-144.
16. Granville-Garcia AF, Leite AF, Smith LEA, Campos RVS, Menezes VA. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru - PE. *Revista de Odontologia da UNESP.* 2007; 36(3): 243-249.

17. Catarin RFZ, Andrade SM, Iwakura MLH. Conhecimentos, práticas e acesso a atenção à saúde bucal durante a gravidez. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*, v. 10, n. 1, p. 16-24, dez. 2008.
18. Codato LAB, Nakama L, Melchior R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3):1075-1080, 2008.
19. Figueira TR, Ferreira E, Schall V, Modena C. O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença-cuidado bucal por gestantes. *Rev Odontol Bras Central* 2013;22(63).PesquisaISSN 1981-3708.
20. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 2):3271-3281, 2010.
21. Borges HC, Garbín CAS, Saliba O, Saliba NA, Moimaz SAS. Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. *Braz Oral Res.*, (São Paulo) 2012 Nov-Dec;26(6):564-70.
22. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *RGO, Porto Alegre*, v.55, n.3, p. 271-274, jul./set.2007.
23. Feldens, CA. "Maternal education is an independent determinant of cariogenic feeding practices in the first year of life". *European Archives of Paediatric Dentistry*.13(2), 70-75. 2012.
24. Faustino-Silva, Lima DL, Rosito DB, Ribeiro SMF, Figueiredo MC. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. *RFO*, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto 2008.

25. Baker SD, Quiñonez RB, Boggess K, Phillips CEIB. Pregnant Women's Infant Oral Health Knowledge and Beliefs: Influence of Having Given Birth and of Having a Child in the Home. *Matern Child Health J* DOI 10.1007/s10995-016-1930-3, March, 2016.
26. Vieira GF, Zocratto KBF. Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal. *RFO*, v.12, n.2, p. 27-31, maio/agosto 2007.
27. Cabieses B, Waiblinger D, Santorelli G, McEachan RR. What factors explain pregnant women's feeding intentions in Bradford, England: a multi-methods, multi-ethnic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Jan 28;14:50. doi: 10.1186/1471-2393-14-50.
28. Scavuzzi AIF, Nogueira PM, Laporte ME, Alves AC. Avaliação dos Conhecimentos e Práticas em Saúde Bucal de Gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 8(1):39-45, jan./abr. 2008.
29. Simioni LRG, Comiotto MS, Rêgo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *RPG Rev Pós Grad* 2005; 12(2): 167-73.
30. Gouvêa GR, Silva MAV, Pereira AC, Mialhe FL, Cortellazzi KL, Guerra LM. Avaliação do conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde vinculados à estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4):1185-1197, 2015.
31. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes Mel, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1): 269-276, 2010.

32. Prestes ACG, Martins AB, Neves M, Mayer RTR. Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. RFO, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 112-119, jan./abr. 2013.
33. Braz G, Machado FC, Oliveira AS, Otenio CCM, Alves RT, Ribeiro RA. A experiência de um programa de atenção à saúde bucal no atendimento às gestantes. HU Revista, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 324-332, out./dez. 2010.
34. Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros PFV. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande – PB. Pesq Bras Odontoped Integr, João Pessoa, 2004; 4(3): 185-189.
35. Martins RFO, Martins ZIO. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto a própria saúde bucal. Revista ABO Nacional 2002; 10(5):278-284.
36. Silva BDM, Forte FDS. Acesso a serviço odontológico, percepção de mães sobre saúde bucal e estratégias de intervenção em Mogeiro, PB, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 9(3):313-319, set./dez.2009.
37. Melo NSFO, Ronchi R, Mendes CS, Mazza VA. Hábitos alimentares e de higiene oral influenciando a saúde bucal da gestante. Cogitare Enferm. 2007 Abr/Jun; 12(2):189-97.
38. Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. Odontologia.Clín-Científic,Recife,9(2): 155-160, abr/jun.,2010.

CONCLUSÃO

A maioria das gestantes apresentaram nível de conhecimento adequado em saúde bucal, entretanto 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 tem de 1 a 2 filhos apresentam menor chance de possuir um inadequado conhecimento em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- Figueira TR, Leite ICG. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. *Pesq Bras Odontop Cli Integr*, João Pessoa, 8(1): 87-92, jan./ abr. 2008.
- Lamarca GA, Leal MC, Leao ATT, Aubrey Sheiham A, VettoreMV. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and workbased networks. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:5. <http://www.hqlo.com/content/10/1/5>

Apêndices

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: Avaliação da percepção e conhecimento de gestantes sobre sua Saúde Bucal e de seu bebê

Pesquisador responsável: Wander Barbieri

Instituição: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. (SBIBHAE)

Local da coleta de dados: Unidade Básica de Saúde Paraisópolis I, região do Campo Limpo – São Paulo – S.P.

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa e a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as questões, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Justificativa do estudo: práticas saudáveis e programas de promoção da saúde bucal, durante a gestação e após o nascimento do bebê, são apontados como os períodos ideais para introduzir bons hábitos e adotar padrões de comportamento que possam permanecer profundamente fixados.

Objetivos do estudo: Esta pesquisa visa identificar o conhecimento que a gestante possui sobre hábitos de higiene bucal.

Procedimentos: Para esta pesquisa a senhora responderá 1 (um) Questionário de Conhecimento sobre Saúde Bucal, que será aplicado na matrícula e após o nascimento de seu filho(a). Também serão coletadas as informações sobre características demográficas e sociais, participação nos grupos e em consultas com o cirurgião dentista.

Riscos e desconfortos: O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para a senhora e seu filho(a). A senhora poderá esclarecer com o pesquisador qualquer dúvida ou dificuldade que venha a ocorrer.

Benefícios: Esta pesquisa pretende gerar maior conhecimento para a senhora, a fim de melhorar a conduta de higiene bucal para com seu filho.

Assistência: O atendimento da senhora, assim como de seus familiares **não** será

prejudicado em qualquer momento. A senhora pode se recusar em participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase desta pesquisa, sem que isto afete seu atendimento.

Esclarecimentos: A senhora poderá entrar em contato a qualquer momento para solicitar informações ou esclarecer suas dúvidas referentes a esta pesquisa.

Custos: A senhora **não** terá nenhum custo para participar desta pesquisa e **não** receberá nenhum pagamento referente à participação.

Sigilo: Todas as informações fornecidas pela senhora serão mantidas em sigilo, sendo de conhecimento apenas dos investigadores responsáveis pela pesquisa. A senhora não será identificada em relatórios e publicações científicas.

Ao participar desta pesquisa a senhora assinará uma via deste Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido que ficará de posse dos pesquisadores e receberá uma via para consultá-la a qualquer momento.

Tendo conhecimento das informações contidas neste documento, concordo em participar do estudo:

Nome _____

RG _____

**Assinatura do Sujeito da
Pesquisa** _____

**Consentimento e Assinatura do
responsável em caso de gestante menor
de 18 anos**

Nome responsável _____

RG responsável _____

Assinatura do responsável _____

que é _____ do menor.

Testemunha

Nome _____

RG.: _____

**Assinatura do responsável pela
Pesquisa** _____

Data ____/____/20____

Dúvidas sobre as questões éticas da pesquisa poderão ser respondidas através do telefone 3397-2464 ou pelo e-mail smscep@gmail.com do Comitê de Ética em Pesquisa

da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS, Rua General Jardim, 36 1º andar.

Demais informações sobre a pesquisa poderão ser respondidas através dos telefones

3744-5223 falar com Wander (wbarbieri@einstein.br) e 2151-7072 falar com Stela (stela.peres@einstein.br) IIRS-Hospital Albert Einstein.

Apêndice 2 – Questionário Conhecimento sobre Saúde Bucal

Nome: _____, ID: _____.

Unidade Básica de Saúde Paraisópolis 1

1.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)
- 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
- O leite materno possui anticorpos responsáveis pela defesa do organismo
- A amamentação significa para a criança motivo de satisfação, prazer e segurança.
- Todas as alternativas estão corretas

2.Quanto à higiene bucal do recém-nascido, é correto:

- Usar somente escova dental
- Usar escova e pasta de dentes com flúor
- Usar gaze ou fralda umedecida em água limpa
- Por ser bebê e ainda não ter dentes, não é necessário limpar a boca
- Somente o dentista deve limpar a boca do bebê
- Não sei

3.Na sua percepção, em relação aos dentes de leite, a opção correta é:

- Por serem dentes temporários, não necessitam de cuidados
- Guiam a erupção ou o “nascimento” dos dentes permanentes
- Surgem na boca quando a mãe pára de amamentar o bebê
- São dentes que caem facilmente porque não têm raízes
- Não sei

4.Quanto à higiene bucal da criança,é correto:

- A partir dos 2 anos de idade a criança pode realizar sozinha a escovação dos dentes
- A criança começará a usar o fio dental à partir dos 7 anos
- Os pais deverão ajudar e supervisionar a escovação e o uso do fio dental de seus filhos até os seis anos de idade
- Até os 3 anos ,a criança não utilizará pasta de dente na escova.
- Não sei

5. Em que idade começam a nascer o primeiro dente permanente?

- Por volta de 6 meses a 1 ano 5
- De 2 a 3 anos
- De 5 a 6 anos
- De 8 a 9 anos
- De 11 a 12 anos

6. Algumas pessoas possuem dentição forte devido a:

- Herança dos pais (nascença)
- Tipos de raça
- Boa condição financeira
- Cuidados com a higiene bucal e alimentação
- Não sabe/não informou

7. A cárie não é provocada por:

- Má formação da estrutura dos dentes
- Bactérias aderidas aos dentes
- Uso constante de antibióticos
- Falta de saliva na boca
- Ingestão freqüente de produtos açucarados
- Não sei

8. Para evitar a inflamação da gengiva, é preciso realizar procedimentos de higiene bucal, utilizando corretamente:

- Apenas escova dental
- Escova dental e pastas com flúor somente
- Escova e fio dental
- Líquidos especiais para bochechos e soluções de flúor
- Não sei

9. Durante a gravidez, o aumento do número de cáries se deve a

- Enfraquecimento dos dentes pela perda de cálcio
- Maior consumo de produtos açucarados
- Alterações hormonais
- Medicamentos (ex: antibióticos)
- Não sei

10. Durante a gravidez, você acha que o tratamento dentário deve ser?

- Preventivo e periódico
- Evitado durante toda a gestação
- Para os casos de urgência
- Para a gestante que não utiliza água fluoretada
- Não sei

11. O flúor é importante:

- Apenas na infância, na época de formação e erupção dos dentes
- Na vida adulta
- Na terceira idade
- Em todas as fases da vida
- Não sei

ANEXO 1 – Certificado CEP


SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0127.0.028.162-11
 São Paulo, 04 de Outubro de 2011
 PARECER Nº 319/11 – CEP/SMS

Ilmo. Sr.
 Wander Barbieri

Projeto de Pesquisa: Avaliação da percepção e conhecimento de gestantes sobre sua Saúde Bucal e de seu Bebê

Tipo: Pesquisa em Serviço.

Pesquisador responsável: Wander Barbieri

Instituição: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Instituto Israelita de Responsabilidade Social Hospital Albert Einstein

Local onde os dados serão coletados: Unidade Básica de Saúde Paraisópolis I

Patrocinador: Instituto Israelita de Responsabilidade Social do Hospital Albert Einstein

I - Sumário Geral do Protocolo

A descrição abaixo, entre aspas, faz parte do resumo que foi descrito pelo pesquisador e que está no corpo do projeto:

“Os fatores associados à cárie dentária em crianças até três anos de idade estão quase sempre associados ao hábito de amamentação noturna, alto consumo de carboidratos fermentáveis e negligência na higiene bucal, podendo ser reflexo da falta de conhecimento de mães e gestantes sobre práticas corretas de higiene bucal”. Este estudo tem como Objetivo geral: Avaliar o conhecimento sobre saúde bucal das gestantes no momento que ingressam na Unidade Básica de Saúde e após o parto e como Objetivos Específicos: Descrever as características demográficas, socioeconômicas, hábitos de saúde e de saúde bucal das gestantes; e Verificar os fatores associados à mudança de status quanto ao conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal.

Tipo de Pesquisa: Será um estudo de coorte prospectivo.

Instrumentos para a coleta dos dados: serão utilizados o SIS Pré-Natal, Mapa de Grupo, questionário sobre conhecimento da saúde bucal, planilha de acompanhamento e grupos realizados com as gestantes nos 1º, 2º e 3º trimestres de gestação.

Forma de coleta de dados: as gestantes serão convidadas a participar do estudo no momento da matrícula na UBS para o acompanhamento do Pré-Natal. Estas receberão o TCLE e responderão um questionário sobre conhecimento de saúde bucal. Os dados demográficos, socioeconômicos, antropométricos, clínicos e o comparecimento às consultas ao cirurgião dentista serão coletados do prontuário de acompanhamento da gestação do programa Mãe Paulistana.

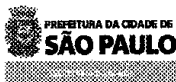
As entrevistadas serão realizadas em espaço reservado dentro do grupo de gestantes para abertura do SIS - Pré Natal. Estes grupos ocorrerão duas vezes na semana. Após esta etapa, as gestantes participarão do primeiro ciclo de palestras que compreende informações nutricionais, de saúde bucal, práticas saudáveis, amamentação e acompanhamento do pré-natal. Durante a gestação, a participação nos grupos será coletada por uma lista de presença denominada Mapa de Grupo. A partir do nascimento, num período até um mês, esta mãe responderá, novamente, o questionário sobre o conhecimento da saúde bucal. As informações serão coletadas por profissionais de saúde bucal treinados, cirurgiões dentistas e técnicos.

Número de amostras: 250 gestantes

Critério de inclusão: gestantes de todas as idades, que iniciarão o pré-natal em qualquer momento da gestação, registradas no Sistema de Informação em Saúde Pré-Natal (SIS Pré-Natal), acompanhadas na Unidade Básica de Saúde Paraisópolis I. Os critérios de exclusão: serão excluídas as gestantes analfabetas ou portadoras de transtornos psiquiátricos graves.

Análise dos dados obtidos: Será realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo).

Será utilizado o teste de McNemar, para verificar a mudança de status do conhecimento da gestante quanto à saúde bucal, entre o período de ingresso na unidade e após o parto. Os fatores associados à mudança de status serão avaliados pelo teste do Quiquadrado e pela análise de regressão logística uni variada e múltipla. Os dados serão digitados em uma planilha Excel e analisados pelo programa R versão 1.5.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0127.0.028.162-11

II - Considerações.

Apresentação do Protocolo e Avaliação dos riscos e benefícios

A folha de rosto que acompanha o Projeto está devidamente preenchida pela pesquisadora. A folha de Controle do Projeto informa o tipo de projeto, nem mesmo na capa ou no corpo do o pesquisador menciona.

O currículo do pesquisador é mínimo, apenas menciona que fez uma especialização na USP, sem referir sobre qual tema ou departamento desta especialização. Não apresenta um orçamento, apenas menciona que os custos do projeto serão referentes ao material de escritório papel sulfite, canetas e cartucho de tinta para impressão dos questionários e do TCLE, e serão arcados pelo Instituto Israelita de Responsabilidade Social do Hospital Albert Einstein.

Os critérios de inclusão e exclusão são claros.

O pesquisador não deixa claro o procedimento metodológico. Inicialmente, no item 3.2, pg. 7 ele aponta que a coleta dos dados será realizada de 1 de setembro a 30 de novembro de 2011 (denominado período de captação das gestantes), e que a coleta se estenderá até setembro de 2012. No cronograma ele aponta que irá fazer a redação do artigo em novembro de 2011, ficando subentendido que a pesquisa já tenha sido concluída. Portanto ele deverá esclarecer a relação de tempo de pesquisa, se a pesquisa tem dois momentos (coleta de dados durante a gestação e após a gestação) como ele irá proceder, pois está descrito de forma contraditória. Sendo assim o cronograma necessita de retificação.

O pesquisador pretende acessar o prontuário da gestante "prontuário de acompanhamento da gestação", ele não descreve como será este procedimento, não apresenta solicitação de autorização ao responsável pela guarda dos prontuários, não apresenta TCLE solicitando a permissão para o sujeito.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O TCLE necessita de retificações. Há um excesso das expectativas do benefício da pesquisa, pois afirma que a pesquisa trará como benefício "maior conhecimento e proteção aos dentes de seu filho", deveria mencionar que a pesquisa pretende trazer....

Esclarece que a qualquer fase da pesquisa o consentimento poderá ser retirado, sem penalizações e sem prejuízo ao sujeito. A pesquisadora menciona que para esclarecimentos referentes à pesquisa, o sujeito poderá entrar em contato por meio de telefone, mas fornece outros nomes, não o do pesquisador. Não fornece telefone nem endereço do CEP-SMS, para dúvidas em relação às questões éticas.

OBS.: Todas as pendências apontadas nas Considerações acima, foram corrigidas pelo pesquisador responsável e aprovada pelos pareceristas.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.


 Amaury Zatorre Amaral
 Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS



ALBERT EINSTEIN
INSTITUTO ISRAELITA DE
ENSINO E PESQUISA

São Paulo, 10 de agosto de 2011.

Processo CEP/Einstein nº. 11/1630 Projeto de Grupo III

Título: "Avaliação da percepção e conhecimento de gestantes sobre sua saúde bucal e de seu bebê."
Protocolo e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentados sem número de versão e data.

Pesquisador Responsável: Wander Barbieri

Instituição proponente: Unidade Vila Mariana do Hospital Israelita Albert Einstein

Instituição co-participante: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Responsável institucional: Ivanilda A. Marques – Coordenadoria de Saúde Sul

Patrocinador: Instituto de Responsabilidade Social do HIAE

PARECER CEP/EINSTEIN Nº 256/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein no cumprimento de suas atribuições, **analisou e aprovou** o projeto de pesquisa supracitado, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aproveitamos a oportunidade para orientar o pesquisador sobre os seguintes itens:

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 196 Item III. 3.z)
- De acordo com a Carta Circular nº 003/2011 CONEP/CNS de 21 de março de 2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apondo sua assinatura na última página do referido termo. O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apondo sua assinatura na última página do referido termo.
- O CEP deve ser informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 96 item V.4).
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Ao pesquisador cabe elaborar e apresentar ao CEP/Einstein os relatórios semestrais e o relatório final (Res. CNS 196, IX.2.c), inicialmente em 10 de fevereiro de 2012, conforme o modelo padronizado disponível em <http://apps.einstein.br/forms/pesquisa/form-padr.html>



Prof. Dr. José Pinus
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Israelita Albert Einstein

ANEXO 2 – Submissão Revista CSC

01/07/2016

ScholarOne Manuscripts



Ciência & Saúde Coletiva

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2016-1804

Title

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS AO GRAU DE CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL DE GESTANTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SÃO PAULO - SP

Authors

Barbieri, Wander

Cortellazzi, Karine

Sousa, Maria

Peres, João

Pereira, Carla

Verzinhasse Peres, Stela

Date Submitted

01-Jul-2016

[Author Dashboard](#)

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2016. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

