

Percepção das gestantes quanto a sua saúde bucal

Pregnants perception about their bucal healthy

Graciene de Fátima Vieira*
Keli Bahia Felicíssimo Zocratto**

Resumo

A gravidez é um estado de grandes mudanças fisiológicas e psicológicas, sendo necessária uma adaptação de todo o corpo a esta nova condição. Com o objetivo de descrever o conhecimento das gestantes sobre as alterações bucais ocorridas neste período e verificar os fatores associados à crença da gestante de que a gravidez aumenta o número de cáries dentárias, uma amostra constituída de 76 mulheres grávidas foi recrutada no município de Belo Horizonte - MG, no ano de 2005. Um questionário semi-estruturado que aborda características sociodemográficas, econômicas e de comportamento e conhecimento em saúde bucal foi aplicado às gestantes. A análise dos resultados demonstrou que grande parte das gestantes entrevistadas acreditava que a gravidez causa cáries e que o desconhecimento das gestantes sobre a relação cárie e gravidez perpassa por grupos de diferentes condições socioeconômicas e educacionais.

Palavras-chave: Cárie. Gravidez. Percepção. Saúde bucal.

Introdução

Durante anos, mitos foram criados relacionando a gravidez à perda dos dentes. Esses mitos eram baseados em crenças antigas e em argumentos sem qualquer fundamentação científica. Atualmente, sabe-se que as condições biológicas, psicossociais e os limitados conhecimentos sobre as técnicas de higiene bucal pelas gestantes são os responsáveis pelas doenças bucais mais frequentes na gravidez: a cárie e a doença periodontal¹.

A gravidez é um estado de grandes mudanças fisiológicas, em que ocorrem várias alterações hormonais, dentre as quais o aumento dos níveis dos hormônios esteróides (estrógeno e progesterona), que são produzidos pelos folículos ovarianos. A função principal do estrógeno é promover crescimento celular específico e desenvolvimento de características sexuais femininas secundárias. O progesterona é responsável pela preparação do útero para a gravidez e das mamas para a lactação². Níveis elevados de progesterona diminuem a queratinização gengival³ e levam a um aumento do fluxo e permeabilidade vascular, facilitando, dessa forma, o processo inflamatório⁴. Durante a gestação, os níveis desses hormônios aumentam e interferem na saúde bucal da mulher e sua principal manifestação ocorrerá no periodonto⁵.

Eventos frequentes de enjôos e vômitos podem acontecer durante o primeiro trimestre da gravidez, resultando na exposição intermitente do esmalte dentário ao suco gástrico, o que leva a uma possível erosão ou descalcificação desse tecido. Durante o terceiro trimestre, há um aumento na frequência de ingestão de alimentos em razão de um decréscimo na capacidade volumétrica do estômago, por compressão das vísceras e crescimento do feto. Conseqüentemente, as gestantes alimentam-se em pequenas quantidades e com maior frequência, comprometendo sua higienização oral⁶. É percebido também que, durante a gestação, algumas mulheres sofrem a denominada “síndrome da perversão do apetite”, a qual

* Aluna de graduação do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva.

** Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina - UFMG; professora do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva.

determina um aumento do apetite por alimentos açucarados⁷, o que pode favorecer o crescimento de microrganismos acidogênicos na cavidade bucal⁸⁻⁹.

Alterações na microflora bucal caracterizadas pelo aumento do número de alguns microrganismos, como *Streptococcus mutans*, *Lactobacilos* e *Prevotella intermedia*, podem acontecer neste período⁹⁻¹¹, assim como uma diminuição das concentrações de cálcio e fosfato na saliva, afetando a capacidade tampão salivar⁹. Dessa forma, o equilíbrio ácido-básico salivar é alterado pela gravidez¹².

As gengivites, de modo geral, são causadas por um fator local determinante, a placa bacteriana. Durante a gravidez, fatores sistêmicos interagem, podendo agravar ainda mais esse quadro¹. A gravidez por si só não provoca a gengivite, mas pode acentuar a resposta tecidual à placa bacteriana¹³.

As alterações fisiológicas ocorridas durante o período gestacional podem ter efeitos adversos na saúde bucal, desde que estejam associadas a outros fatores. Assim, a problemática das doenças que afetam os indivíduos já não pode mais ser explicada unicamente pelos fatores biológicos que as caracterizam, uma vez que a qualidade de vida decorrente dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade é determinante e essencial¹⁴⁻¹⁵.

Poucos são os trabalhos que buscam avaliar o grau de conhecimento e/ou a percepção das pessoas sobre saúde bucal, tendo como referência os seus valores culturais, crenças e condição socioeconômica. Mais raros ainda são os trabalhos dessa natureza com gestantes, apesar da alta receptividade que estas apresentam durante esse período para incorporar novas informações e conhecimentos, que serão fundamentais para o bom desenvolvimento da saúde do seu filho¹⁶⁻¹⁸.

As gestantes, na busca de informações que solucionariam as suas dúvidas, deparam-se com dados divergentes, não conseguindo muitas vezes distinguir as informações verdadeiras das inverídicas. Questões relacionadas à saúde bucal da gestante constituem exemplos de abordagens envoltas em cultura popular¹⁹. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever o conhecimento das gestantes sobre as alterações bucais ocorridas durante a gravidez, assim como verificar os fatores que estão associados à crença da gestante de que esse período aumenta o número de cáries dentárias.

Materiais e método

Desenho do estudo

O estudo de caráter descritivo e desenho transversal foi realizado com 76 mulheres que se apresentavam grávidas no momento da coleta de dados no município de Belo Horizonte - MG, no ano de 2005. A abordagem às gestantes foi realizada próximo às unidades básicas de saúde que oferecem acompanhamento pré-natal e por meio de busca ativa em locais de grande concentração de pessoas, como supermercados, farmácias e shoppings. O critério de aproximação às mulheres foi o sinal clínico mais evi-

dente neste período: a barriga gestacional. Durante a abordagem face a face, o entrevistador informava o objetivo do estudo e solicitava a participação da gestante na pesquisa.

Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi aplicado um questionário semi-estruturado adaptado²⁰ e previamente testado, abordando variáveis sociodemográficas (idade, profissão, escolaridade), econômicas (renda familiar) e comportamento e conhecimento em saúde bucal (cultura popular e gravidez, hábitos e práticas de autocuidado em saúde bucal, busca de tratamento odontológico).

Amostra do estudo

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado considerando-se a maior (41%) e a menor (22%) prevalência sobre a crença da gestante de haver uma relação entre gestação e o desenvolvimento da doença cárie. Para o cálculo, foi estabelecido um intervalo de confiança de 95% e erro $\alpha = 0,05$, utilizando-se o teste de hipótese para proporções²¹. Foram incluídas no estudo aquelas mulheres que relataram estar grávidas no momento da entrevista. Não foi solicitado exame laboratorial para a confirmação deste dado.

Análise estatística

Na análise descritiva das variáveis quantitativas selecionadas, foram utilizadas as medidas de tendência central, como média aritmética, mediana e desvio-padrão. Na etapa comparativa, as gestantes foram divididas em dois grupos: grupo caso (acreditavam que a gravidez aumenta o número de cáries dentárias) e grupo de controle (acreditavam que a gravidez não aumenta o número de cáries dentárias), no intuito de verificar quais fatores estão associados à percepção das gestantes quanto à relação entre cárie e gravidez. Para a análise univariada utilizou-se o teste qui-quadrado e *odds ratio* (OR) como medida de associação, considerando um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). Utilizou-se na análise dos dados o *software* Epi Info 6.04® (Center of Disease Control - EUA, 2001. Disponível em <http://www.cdc.gov>). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Newton Paiva.

Resultados e discussão

A faixa etária das gestantes entrevistadas variou de 17 a 41 anos, com média de $28,4 \pm 5,46$ anos e mediana de 28 anos, com a maioria das participantes (60,5%) pertencendo ao grupo etário de 25 a 34 anos (Fig. 1). Esses resultados se aproximam dos dados encontrados na literatura, os quais mostram uma média de idade para as gestantes de 23 e 24 anos^{16,22}, com a maioria delas (60,4%) apresentando idade entre 21 e 30 anos²⁰. Segundo a literatura, gestantes jovens, pela própria influência da mídia, apresentam maior receptividade para incorporar hábitos saudáveis¹⁷; no entanto, outros autores descrevem que gestantes jovens têm menos disposição para tarefas relacionadas com a saúde²³.

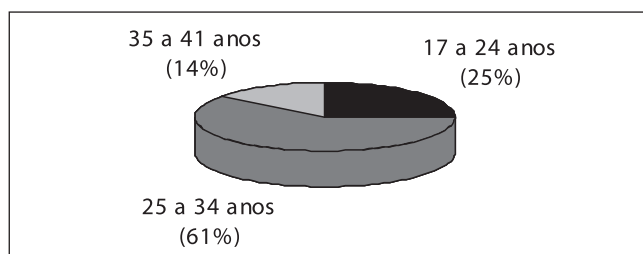


Figura 1 - Distribuição das gestantes participantes do estudo por faixas etárias

No presente estudo, quanto às características socioeconômicas, 11 gestantes (53,2%) relataram possuir renda familiar menor que um salário mínimo (S. M.); 23 (30,3%), renda de um a cinco S. M.; 27 (39,5%), renda de cinco a dez S. M. e 15 (19,7%) renda superior a dez S. M. No que diz respeito à escolaridade, 59 (77,6%) participantes haviam concluído o ensino médio, dentre as quais 31 (40,8%) cursaram ou estavam cursando o ensino superior. É percebido, segundo a literatura, que tanto o nível educacional quanto o nível socioeconômico influenciam significativamente nos conhecimentos e na cooperação dos pacientes¹³. No entanto, nota-se que a desinformação não é exclusividade das gestantes com grau de educação formal baixo²⁴. Esse dado corrobora os achados do presente estudo ao se verificar, na análise univariada, que a crença das gestantes de que gravidez causa cárie não esteve associada significativamente ($p > 0,05$) ao nível socioeconômico ou à escolaridade (Tab. 1). Isso sugere que, independentemente da situação econômica ou educacional, as gestantes acreditam que gravidez causa cárie.

Tabela 1 - Distribuição de variáveis segundo relato das gestantes de que gravidez aumenta o número de lesões cariosas

Variáveis	n (%) (n = 76)	n(%) (n = 45)	OR ¹	IC 95% ²	valor-p
Aumento de consumo de sacarose					
Sim	29 (38,2)	16 (35,6)	0,76	0,30-1,95	0,57
Não	47 (61,8)	29 (64,4)	1,00		
Recebimento de informação					
Sim	39 (51,3)	27 (60,0)	2,38	0,93-6,02	0,07
Não	37 (48,7)	18 (40,0)	1,00		
Recebimento de atendimento odontológico					
Sim	25 (32,9)	14 (31,1)	0,82	0,31-2,17	0,69
Não	51 (67,1)	31 (68,9)	1,00		
Escolaridade					
≤ 1º grau completo	12 (15,8)	6 (13,3)	1,00	0,45-5,38	0,48
> 1º grau completo	64 (84,2)	39 (86,7)	1,56		
Renda familiar (salários mínimos)					
≤ 5	34 (44,7)	21 (46,7)	1,00	0,33-2,08	0,68
> 5	42 (55,3)	24 (53,3)	0,83		
Número de gestações					
1	51 (67,1)	31 (68,9)	1,00	0,31-2,17	0,69
>1	25 (32,9)	14 (31,1)	0,82		
Gestação (meses)					
até 6	34 (44,7)	20 (44,4)	1,00	0,41-2,58	0,95
acima de 6	42 (55,3)	25 (55,6)	1,03		

¹ odds ratio

² Intervalo de confiança 95%

A maioria das gestantes (67,1%) relatou ser primigesta, estando 42 (55,3%) no terceiro trimestre de gestação e 34 (44,7%) no segundo trimestre. No presente estudo mulheres multigestas tiveram quatro vezes mais chance de relatar um aumento de cáries durante a gravidez em relação às primigestas, associação essa que apresentou uma significância limítrofe (OR = 4,66; $p = 0,07$). No entanto, na Tabela 1 observa-se que não houve associação estatisticamente significativa entre o número de gestações ($p = 0,69$) e o trimestre de gestação ($p = 0,95$) com a crença de que gravidez aumenta o número de cáries. Esse dado está em consonância com a literatura, visto que num estudo comparativo sobre o conhecimento do tema pelas gestantes primigestas e multigestas de nível socioeconômico baixo concluiu-se que ambos os grupos apresentavam o mesmo domínio de informações a respeito da doença cárie¹⁹. Acrescido a isso, em outro estudo com um grupo de grávidas observou-se que tanto o número de gestações quanto o trimestre em que se encontravam não implicaram uma maior prevalência de cáries dentárias ou de doenças periodontais²², verificando-se que as gestantes demonstraram uma carência de orientação quanto à questão dos cuidados com a saúde bucal.

As crenças representam uma das estruturas mais importantes do comportamento; quando realmente se acredita em algo, o comportamento ocorre de maneira congruente com a crença²⁵. No presente estudo a crença popular de que a gravidez causa cárie é tida como verdade por 45 (59,2%) das gestantes entrevistadas, estando de acordo com a literatura, onde se verifica que 40,7% das gestantes acreditam em tal fato²⁰. Da mesma forma, há relatos de que essas crenças influenciam significativamente no comportamento da gestante, podendo potencializar o descuido no que se refere aos hábitos de higiene bucal²⁶.

Apesar de a maior parte das grávidas entrevistadas no presente estudo acreditar que existe relação entre doença cárie e gestação, 70 (92,1%) delas relataram não ter ocorrido aumento de lesões cariosas durante a sua gravidez. Em contraponto, outro estudo verificou que 52,4% das grávidas participantes alegaram ter notado novas lesões cariosas durante o período gestacional²⁷.

Em relação aos hábitos de higiene bucal, observou-se que 54 (71,1%) das gestantes entrevistadas relataram não terem apresentado mudanças significativas de prática de higiene bucal. Dentre as que relataram terem alterado a frequência de escovações diárias (n = 22), 16 (72,7%) aumentaram o número de escovações e seis (27,2%) diminuíram. Esses resultados vão de encontro à literatura, onde se constatou que 85,1% das gestantes escovavam os dentes na mesma frequência que antes de engravidar, 12,3% escovavam com maior frequência e 2,6% escovavam menos no período gestacional do que antes da gravidez²³. Por outro lado, em outro estudo com grávidas²⁷ observou-se que, dentre as participantes, 62% haviam diminuído o número de escovações diárias.

No que diz respeito à dieta alimentar, 29 gestantes (38,2%) do presente estudo aumentaram a

frequência de consumo de alimentos açucarados durante a gravidez, da mesma forma que ocorreu num estudo realizado com 108 mães nos períodos pré e pós-parto²⁷, no qual se encontrou um aumento da frequência de consumo desses alimentos durante o período gestacional. Na presente pesquisa observou-se que esse hábito não esteve associado à crença de que gravidez causa cárie ($p = 0,57$) (Tab. 1).

Quanto ao tratamento odontológico, observou-se que a maioria (55,3%) das gestantes entrevistadas não buscou esse tipo de atendimento durante a gravidez, o que está de acordo com vários estudos^{16-17,23}, que apresentaram 82%, 75% e 61%, respectivamente, de gestantes que não procuraram esse serviço. Na presente pesquisa observou-se que, dentre as gestantes que não procuraram atendimento, 21,4% não o fizeram porque acreditavam que grávidas não podem receber tratamento odontológico. Há entre as futuras mães fobia ao dentista e ao tratamento odontológico, cujas razões principais são o medo de que a anestesia traga consequências para o feto e o medo de hemorragias²³.

Informações sobre saúde bucal não foram concedidas durante o período pré-natal a 37 (48,7%) gestantes entrevistadas no presente estudo; porcentagens mais elevadas foram encontradas na literatura^{5,16,20}, onde 95,3%, 66,1% e 83,3% das grávidas, respectivamente, não receberam informações sobre saúde bucal durante a gravidez. A desinformação das grávidas a respeito dos cuidados em saúde bucal é, provavelmente, um dos motivos pelos quais elas não buscam assistência odontológica neste período. Esta postura, possivelmente, alimenta um ciclo vicioso, em que o desconhecimento leva ao descuido com a saúde bucal e este, ao aumento das necessidades odontológicas. Esse tipo de atitude conduz a um aumento da precariedade de sua saúde bucal, podendo fomentar a crença de que “a cada gestação a mulher perde um dente”²³. O despreparo do cirurgião-dentista para receber as gestantes dificulta o acesso desta população à assistência odontológica²³, o que é confirmado por outros estudos, onde uma porcentagem de 15,4% e 36% das gestantes, respectivamente, foi recusada nos consultórios para o atendimento odontológico^{16,27}. Na presente pesquisa verificou-se que os relatos do recebimento de informações sobre saúde bucal durante a gestação ou do atendimento odontológico durante este período não estiveram associados à crença de que gravidez aumenta o número de cáries ($p = 0,07$ e $p = 0,69$, respectivamente) (Tab. 1).

Finalmente, algumas limitações devem ser consideradas no presente estudo. Os dados analisados são relativos apenas ao relato das gestantes; não foi realizado exame clínico para verificar a presença de lesões cariosas ou de qualquer outro tipo de alteração bucal. Outra consideração diz respeito à ausência de exames laboratoriais para confirmar a gestação e de exames complementares para determinar em qual trimestre de gestação a grávida se encontrava. No entanto, a evidência do desconhecimento sobre as alterações ocorridas em saúde bucal e a crença de que gravidez aumenta o número de cáries demonstram

uma necessidade de intervenções em nível primário de atenção à saúde, com enfoque na educação coletiva direcionada às gestantes.

Conclusão

A diminuição no número de escovações diárias, o aumento na frequência de consumo de alimentos açucarados e o aumento no número de lesões cariosas relatadas pelas gestantes durante a gravidez obtiveram menores índices quando comparados a outros trabalhos descritos na literatura realizados com grupos de gestantes. No entanto, grande parte das gestantes entrevistadas (59,2%) acreditava que a gravidez, por si só, aumenta o número de lesões cariosas, evidenciando a desinformação deste grupo em relação à saúde bucal. Dessa forma, observou-se que o desconhecimento das gestantes sobre a relação entre cárie e gravidez perpassa por grupos de diferentes condições socioeconômicas e educacionais, o que evidencia uma necessidade de ações coletivas de educação em saúde direcionadas às gestantes.

Abstract

Pregnancy is a period of great physiological and psychological changes, being necessary an adaptation of all woman's body to this new condition. The objective of this study is to describe the knowledge of pregnant women about the buccal alterations occurred in this period, as well as to verify the facts related to their belief that pregnancy increases the number of dental caries. Then, a sample of 76 pregnant was obtained in Belo Horizonte-MG, in 2005 to accomplish that. A semi-structured questionnaire, which approaches socio-demographic features, economic, behaviour and knowledge in buccal health, was applied to the pregnant. An analysis of the results showed that most of the interviewed pregnant believed that pregnancy might cause caries, and the fact that pregnant do not know about the relation between caries and pregnancy can be found in different socio-economic and educational conditions.

Key words: Carie. Pregnancy. Perception. Bucal healthy.

Referências

1. Rossel FL, Pompeu AABM, Valsecki Jr A. Registro periodontal simplificado em gestante. Rev Saúde Pública 1999; 33(2):157-62.
2. Whitaker SB, Bouquot JE, Alimario AE. Identification and semiquantification of estrogen and progesterone receptors in pyogenic granulomas of pregnancy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 78:755-60.
3. Sooriyamoorthy M, Gower DW. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease. J Clin Periodontol 1989;16:201-8.
4. Cordeiro CC, Costa LCS. Prevenção odontológica associada às alterações hormonais. Rev Bras Odontol 1999; 56:255-6.
5. Silveira RCJ, Carlos Júnior A, Souza EHA. A avaliação das condições de saúde e higiene bucal em gestantes. Rev Cons Reg Odontol Pernambucano 2000; 3(2):61-70.
6. Valladão Jr CAA, Souza JA. Tratamento Odontológico durante a gravidez. Odontol Mod 1993; 20(2):27-9.
7. Thylstrup A, Fejerskov O. Cariologia Clínica. 2. ed. São Paulo: Santos; 1995.

8. Raber-Durlacher JE, Van Steenberghe TJM, Van Der Velden U, De Graaff J, Abraham-Inpijn L. Experimental gingivitis during Pregnancy and Post-Partum: Clinical, endocrinological and microbiological aspects. *J Clin Periodontol* 1994; 21:549-58.
9. Laine MJ. Effect of pregnant on periodontal and dental health. *Acta Odontol Scand* 2002; 60:257-64.
10. Muramatsu Y, Takaesu Y. Oral health status related to subgingival bacterial flora and sex hormones in saliva during pregnancy. *Bull Tokyo Dent Coll* 1994; 35(3):139-51.
11. Kinnby B, Matsson L, Åstedt B. Aggravation of gingival inflammatory symptoms during pregnancy associated with the concentration of plasminogen activator inhibitor type 2 (PAI-2) in gingival fluid. *J Periodont Res* 1996; 31:271-7.
12. Kivela J, Laine M, Parkkila S, Rajaniemi H. Salivary carbonic anhydrase VI and its relation to salivary flow rate and buffer capacity in pregnant and non-pregnant women. *Archives of Oral Biology* 2003; 48:547-51.
13. Sartório ML, Machado WAS. A doença periodontal na gravidez. *Rev Bras Odontol* 2001; 58(5):306-8.
14. Lucas SD. Saúde bucal: reflexo das desigualdades sociais. *Rev CROMG* 1995; 1(1):38-42.
15. Bastos JRM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. *Rev Paul Odontol* 1996; 18(4):38-42.
16. Menino RTM, Bijella VT. Necessidade de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. *Rev Fac Odontol Bauru* 1995; 3(1/4):5-16.
17. Costa ICC, Marcelino G, Berti-Guimarães M, Saliba NAA. Gestante como agente multiplicador de saúde. *RPG Rev Pos-grad* 1998; 5(2):87-92.
18. Costa ICC, Saliba O, Moreira ASP. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. *RPG Rev Pos-grad* 2002; 9(3):232-43.
19. Martins RFO, Martins ZIO. O que as gestantes sabem sobre cárie: uma avaliação dos conhecimentos de primigestas e multigestas quanto à própria saúde bucal. *Rev ABO Nac* 2002; 10(5):278-84.
20. Santos-Pinto L, Uema APA, Galassi MAS, Ciuff NJ. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4(20):429-34.
21. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2. ed. New York: Wiley-Interscience; 2000.
22. Scavuzzi AIF, Rocha MCBS, Vianna MIP. Influência da gestação na prevalência da cárie dentária e da doença periodontal. *Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia* 1999; 18:15-21.
23. Maeda FHI, Toledo LP, Pandolfi M. A visão das gestantes quanto às condições odontológicas na cidade de Franca (SP). *UFES Rev Odontol* 2001; 3(2):8-14.
24. Zardetto CGD, Rodrigues CRD, Ando T. Avaliação dos conhecimentos de alguns tópicos de saúde bucal de gestantes de níveis sócio-culturais diferentes. *RPG Rev Pos-grad* 1998; 5(1):69-74.
25. Dilts R, Halboom T, Smith S. *Crenças, Caminho para a Saúde e Bem-Estar*. São Paulo: Summos; 1993.
26. Oliveira Jr OB, Saad JRC, Ueda JK, Andrade MF, Campanelli V. Contribuição para eficácia de programas de prevenção: identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara [2005 dez.]. Disponível em URL: <http://www.odontologia.com.br/artigos/gestantes.html>.
27. Montadon EM, Dantas PM, Moraes RM, Duarte RC. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2001; 4(18):171-3.

Endereço para correspondência

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto
Rua Tenente Anastácio de Moura, 740/202
CEP: 30240390 – Belo Horizonte - MG
Fone: (31) 3223-2502
E-mail: kelibahia.prof@newtonpaiva.br

Recebido: 25.10.2006 Aceito: 26.03.2007