

NÍVEL SOCIOECONÔMICO, SAÚDE BUCAL E FATORES ASSOCIADOS NO SUPORTE SOCIAL DE GESTANTES: ESTUDO TRANSVERSAL

Lucas Vieira Lesina

Cirurgião Dentista pela Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria (RS), Brasil.

Jessica Knorst

Doutoranda em Ciências Odontológicas com ênfase em Odontopediatria pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas (PPGCO) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria (RS), Brasil.

Gabriela Bohrer Bolsson

Cirurgiã Dentista e Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana (UFN) e Doutoranda em Odontopediatria pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria (RS), Brasil.

Marília Cunha Maroneze

Doutoranda em Ciências Odontológicas com ênfase em Odontopediatria pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas (PPGCO) da Universidade Federal de Santa Maria. Professora do Curso de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde (SOBRESP), Brasil.

Cláudia Zamberlam

Professora adjunta do curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN), Brasil.

Bianca Zimmermann dos Santos

Professora adjunta III do curso de Odontologia e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, da Universidade Franciscana (UFN), em Santa Maria (RS), Brasil.

Autor correspondente:

Bianca Zimmermann dos Santos
E-mail: biancazsantos@hotmail.com

RESUMO: Avaliar a associação entre variáveis socioeconômicas e relacionadas a saúde bucal no suporte social percebido por gestantes. Esse estudo transversal incluiu uma amostra obtida em conglomerados de gestantes atendidas no serviço público de saúde no sul do Brasil. As gestantes responderam questionários acerca de características demográficas, socioeconômicas e relacionadas à saúde bucal. O suporte social foi avaliado através da escala *Medical Outcomes Study*. As variáveis clínicas incluíram cárie dentária não tratada e sangramento gengival. Análise de Regressão de Poisson em multinível foram utilizados para avaliar a influência dos preditores no suporte social. A amostra foi composta por 254 gestantes. Gestantes com pior autopercepção de saúde bucal, níveis extensivos de sangramento gengival e com menor nível socioeconômico apresentaram um pior suporte social. Fatores socioeconômicos e relacionados à saúde bucal exerceram impacto no suporte social percebido por gestantes.

PALAVRAS CHAVE: Apoio social; Estudo observacional; Gestantes; Saúde bucal.

SOCIOECONOMIC LEVEL, ORAL HEALTH, AND ASSOCIATED FACTORS IN THE SOCIAL SUPPORT OF PREGNANT WOMEN: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT: To evaluate the association between socioeconomic and oral health-related variables in the social support perceived by pregnant women. This cross-sectional study included a sample obtained from clusters of pregnant women who attended public health services in southern Brazil. The pregnant women answered questionnaires about demographic, socioeconomic, and oral health characteristics. Social support was assessed using the Medical Outcomes Study scale. Clinical variables included untreated dental caries and gingival bleeding. Multilevel Poisson regression analysis was used to assess the influence of predictors on social support. The sample consisted of 254 pregnant women. Those with poorer self-perceived oral health, extensive levels of gingival bleeding, and lower socioeconomic status, presented poor social support. Socioeconomic factors and factors related to oral health had an impact on the social support perceived by pregnant women.

KEY WORDS: Observational study; Oral health; Pregnant women; Social support.

Recebido em: 28/01/2020

Aceito em: 29/06/2020

INTRODUÇÃO

A gestação é uma experiência fisiológica e emocional desafiadora para a mulher, a qual envolve mudanças físicas e oscilações hormonais que ocorrem em todas as fases da gravidez¹. O nível dos hormônios estrogênio e progesterona encontra-se mais elevado nesse período da vida, especialmente no primeiro trimestre de gestação². Em relação a isso, nesta fase, a ausência de uma higienização bucal adequada pode tornar a gestante ainda mais susceptível a diversas doenças bucais, como a cárie, gengivite e periodontite. Por isso, recomenda-se que esse grupo tenha atendimento prioritário nos serviços de atendimento de saúde geral e odontológica^{2,4}.

O conceito de saúde no contexto atual não se reduz a questões meramente orgânicas, mas está fundamentalmente relacionado às características de cada indivíduo em seu contexto sociocultural e aos significados que atribui ao seu processo de viver e ao de saúde-doença⁵ incluindo as doenças bucais. Ao mesmo tempo, o novo conceito de saúde bucal também é multidimensional e abrange aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais da vida do indivíduo⁶. Neste contexto, é fundamental também considerar o bem-estar social relacionado à família e ao meio em que a gestante vive. Em suma, é preciso que haja um olhar interdisciplinar sobre o indivíduo em todos os seus aspectos, considerando inclusive o contexto em que vive e os seus valores.

Diante disso, o estudo do capital social se tornou importante, pois ele engloba vários aspectos, entre eles o apoio social, que é um sistema de relações formais e informais pelas quais os indivíduos recebem ajuda emocional, material, ou de informação, para enfrentarem situações geradoras de tensão afetiva⁷. Em se tratando de gestantes, a própria realização do pré-natal deveria proporcionar a construção de relacionamentos provedores desse apoio⁸. O apoio social pode ser considerado um desfecho importante e pode sofrer a influência de inúmeros fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos e psicossociais. No entanto, possíveis propulsores do apoio social, bem como, variáveis clínicas ligadas ao mesmo ainda não foram efetivamente explorados, especialmente em gestantes.

Atualmente a maioria das pesquisas tem se concentrado na identificação dos fatores de risco comportamentais individuais das doenças bucais^{9,10}, sem

levar em consideração os aspectos sociais, econômicos, ambientais e psicossociais subjacentes à distribuição das patologias. Os diferentes fatores associados aos níveis de suporte social percebido pelas gestantes ainda não foram muito explorados na literatura, especialmente em regiões do Sul do Brasil. Nesse contexto, estudar esses fatores em uma população de gestantes é fundamental, visto que esses eles podem não só afetar a vida da gestante, como também a do bebê. Além disso, entender o papel dos determinantes socioeconômicos e clínicos relacionados nesse importante desfecho psicossocial possibilita a elaboração de estratégias de saúde pública direcionadas aos determinantes mais específicos das iniquidades em saúde. Neste contexto, o objetivo do estudo foi avaliar a associação entre variáveis socioeconômicas e relacionadas a saúde bucal no suporte social percebido por gestantes. A hipótese do estudo foi que gestantes com as piores condições socioeconômicas e de saúde bucal terão um pior apoio social.

METODOLOGIA

Este estudo foi descrito de acordo com as diretrizes do STROBE (Fortalecendo os Relatórios de Estudos Observacionais em Epidemiologia)¹¹.

DESENHO DO ESTUDO E AMOSTRA

Este estudo observacional analítico transversal avaliou 254 gestantes em atendimento nos serviços públicos de saúde no município de Santa Maria, no sul do Brasil. Santa Maria possui 273.489 habitantes, com uma estimativa de 2.389 mulheres grávidas por ano segundo dados fornecidos pela secretária municipal de saúde do município de Santa Maria. Esse estudo faz parte de um levantamento epidemiológico que avaliou outros desfechos em saúde bucal em gestantes atendidas nas Unidades Básicas desse município.

A seleção da amostra foi realizada por meio de um processo de conglomerados considerando as 8 regiões administrativas da cidade. A unidade amostral primária foram todos os centros de saúde pública do município que apresentavam cobertura pré-natal ($n = 30$), das quais 18 pontos foram selecionados aleatoriamente, considerando o número de gestantes atendidas em cada região. A segunda fase foi composta por todas as gestantes atendidas nos centros de saúde selecionados.

Como não há dados a respeito dos níveis apoio social nessa população, utilizou-se o valor de 50% de acordo com a indicação da literatura¹². Considerando um erro amostral de 4% com nível de confiança de 95%, poder do teste fixado em 80% e adicionando-se 30% para eventuais perdas, obteve-se como valor mínimo considerado uma amostra de 185 gestantes. Contudo, devido a alteração da precisão das estimativas do efeito de delineamento multiplicou-se o tamanho amostral por 1.2 obtendo-se assim um valor total requerido de 241 gestantes. Quanto aos critérios de inclusão, foram consideradas somente gestantes cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, incluindo o exame clínico das gestantes e aplicação de questionários estruturados. Quatro equipes compostas por um examinador, um anotador e um entrevistador estiveram presentes durante todas as entrevistas e exames realizados durante a coleta de dados. Os entrevistadores foram previamente treinados, através de instruções teóricas e treinamento prático.

Os dados a respeito das condições clínicas foram obtidos a partir de exames clínicos realizados na própria unidade básica de saúde. As gestantes foram examinadas dentro dos consultórios odontológicos, individualmente, em um ambiente adequado, iluminado com luz natural e artificial. O exame foi realizado com auxílio de sonda CPI (“ball point”) e espelho clínico¹³. O processo de treinamento e calibração dos quatro examinadores para a avaliação do número de superfícies cariadas, perdidas e obturadas (CPO-S) foi realizado de acordo com metodologia previamente descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu manual básico para levantamentos epidemiológicos¹³. O treinamento foi constituído de avaliação teórica dos parâmetros clínicos, discussão sobre cada categoria e sobre possíveis discordâncias a partir de imagens clínicas e através da avaliação de dentes extraídos por motivos alheios à pesquisa, e foi concluído no momento em que um bom nível de concordância e entendimento foi alcançado. A reprodutibilidade intra-examinador foi aferida através da avaliação de dez gestantes, por meio de exames duplicados

com intervalo de uma semana. A reprodutibilidade inter-examinador foi avaliada através do exame das mesmas pacientes pelos quatro examinadores e verificação das possíveis inconsistências com os resultados obtidos pela pesquisadora considerada padrão-ouro (BZS – doutora em Odontopediatria). Ambas as calibrações foram aferidas por meio da estatística Kappa antes e durante o estudo.

VARIÁVEIS

O apoio social, desfecho desse estudo, foi avaliado por uma escala adaptada do *Medical Outcomes Study* (MOS)¹⁴ e validada para a língua portuguesa¹⁵. Essa escala mede a percepção do indivíduo acerca do grau de apoio social. A escala é composta por 19 itens e 5 dimensões relacionadas ao apoio: emocional (4 itens), material (4 itens), informação (4 itens), afetiva (3 itens) e interação social (4 itens). Cada item apresenta 5 opções de resposta em uma escala ordinal: nunca (0), raramente (1), às vezes (2), quase sempre (3) e sempre (4). Para a análise do apoio social, foi calculado o escore total e por domínio através da soma dos pontos das respostas. Quanto maior a média, maior o apoio social. As gestantes responderam o questionário em uma entrevista face a face realizada por entrevistadores previamente treinados.

As variáveis comportamentais consideradas incluíram questões referentes ao uso do serviço odontológico, frequência de escovação e hábitos nocivos. O hábito de fumar durante a gravidez foi considerado como sim (fumou pelo menos um dia durante a gravidez) ou não (nunca fumou durante a gravidez). Para análise, o hábito de fumar foi dicotomizado em “sim” ou “não”. A frequência do uso e serviços foi avaliada pela pergunta: “Com que frequência você vai ao dentista?”, posteriormente dicotomizada em frequência irregular (0 e 1) ou regular (2, 3 e 4). A frequência de escovação foi avaliada através do número de vezes que a gestante escovava os dentes diariamente e dicotomizada em ≥ 3 ou < 3 vezes por dia.

As variáveis relacionadas aos aspectos demográficos e socioeconômicos foram coletadas por meio de um questionário estruturado e incluíram questões referentes a idade, cor da pele, nível de escolaridade e renda familiar. A idade foi coletada em anos e posteriormente categorizada pelos tercís em < 20 anos; de 20 a 30 anos e $>$ de 30 anos. A cor da pele foi avaliada com base nos critérios estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE) e posteriormente categorizada em branca ou não-branca. A escolaridade foi coletada em anos de estudo e posteriormente dicotomizada em < 8 ou ≥ 8 anos de escolaridade (ensino fundamental incompleto). A renda familiar foi avaliada pelo salário mínimo brasileiro (R\$ 937) e categorizada em tercís para avaliação: T1 (Menor) < 1 SMB; T2 (Médio) 1-2,5SMB; e T3 (mais alto) $> 2,5$ SMB.

A auto percepção de saúde bucal foi mensurada a través da pergunta: “Como você avalia a sua saúde bucal?” com as opções de resposta 0= excelente; 1= boa; 2= regular; 3= ruim ou 4= péssima. Posteriormente a variável foi dicotomizada em excelente/boa (0 e 1) ou regular/ruim (2, 3 e 4). As variáveis clínicas consideradas foram a cárie dentária e o sangramento gengival marginal. A presença de cárie dentária foi avaliada através do índice CPO-S¹³ e posteriormente dicotomizada considerando a prevalência de cárie dentária não tratada como “presente” (correspondente ao componente C diferente de 0 no índice CPO) ou “ausente” (componente C do índice CPO igual a zero). O sangramento gengival marginal foi mensurado de acordo com o Índice de Sangramento Gengival¹³ e dicotomizado em “níveis extensivos de sangramento gengival” ($\geq 15\%$ dos sítios) e “níveis baixos ou ausência de sangramento gengival” ($< 15\%$ dos locais)¹⁶.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise de dados foi realizada utilizando STATA 14 (StataCorp. 2014. *Stata Statistical Software: Release 14.1*. College Station, TX: StataCorp LP). Foi realizada

uma análise descritiva das características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e relacionadas a saúde bucal das gestantes. A média dos escores totais da escala MOS foi considerado o desfecho deste estudo. A distribuição dos escores médios totais e por dimensões da escala MOS de acordo com as características da amostra também foi verificada.

Modelos de regressão de Poisson em multinível foram utilizados para avaliar a influência das diferentes características da amostra no média da escala de apoio social (MOS). A estrutura multinível de análise considerou as gestantes (nível 1) aninhadas nas 18 unidades básicas (nível 2). Uma análise multinível não ajustada foi realizada para verificar a associação entre as diferentes variáveis nos escores totais e as diferentes dimensões da escala MOS. Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise não ajustada foram consideradas para os modelos multivariáveis. O modelo multinível usou o esquema de efeito fixo com intercepto aleatório.

Os modelos estatísticos foram testados de acordo com uma abordagem hierárquica para determinar os preditores do apoio social (Figura 1)¹⁷. Para esta abordagem, três modelos foram descritos. Modelo 1 (“modelo vazio”), um modelo incondicional; o modelo 2 incluiu as variáveis demográficas e socioeconômicas; e modelo 3 (“modelo cheio”) foi composto pelo Modelo 2 mais variáveis comportamentais e de saúde bucal. Em todos os modelos, a qualidade do ajuste foi medida usando a *deviance* ($-2 \log likelihood$). Os resultados são apresentados como razão de médias (RM) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

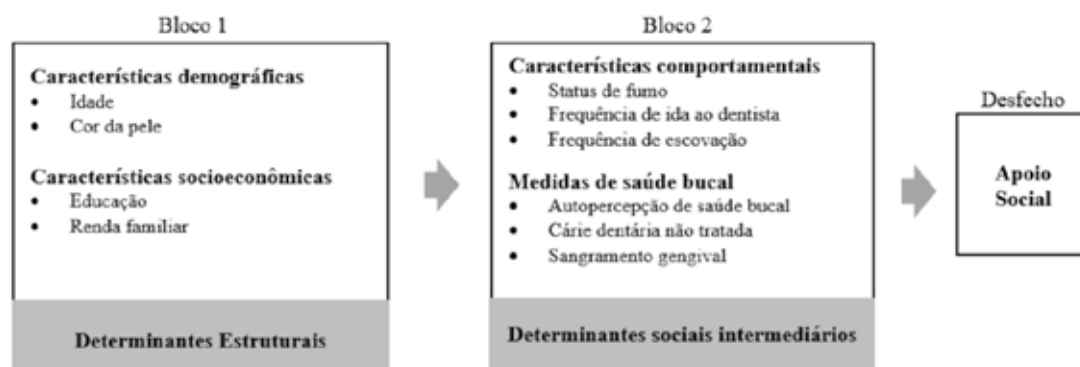


Figura 1. Modelo teórico para o estudo dos diferentes determinantes do apoio social em gestantes, adaptado da Organização Mundial da Saúde (2010)¹⁷.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de uma Universidade do sul do Brasil (número do protocolo 55197616.7.0000.5306). Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Um total de 254 gestantes participaram deste estudo. A idade média das gestantes foi de 25,42 [desvio padrão (DP) 6,57] anos e o tempo médio de gestação foi de 24,60 (DP 9,61) semanas. A concordância inter e intraexaminadores (valores de Kappa) para cárie dentária foi de 0,88 e 0,93, respectivamente. Essa reprodutibilidade se manteve ao decorrer do estudo.

A tabela 1 apresenta a distribuição da amostra de acordo com as características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde bucal. A maioria das gestantes tinham entre 20 e 30 anos de idade (60,6%), tinham cor da pele branca (56,7%) e apresentavam escolaridade igual ou maior que 8 anos (77,3%). Em relação a renda familiar, cerca de 4,8% das gestantes se enquadravam no tercil mais baixo (< 1 SMB) e 75,7% no tercil médio (1 a 2,5 SMB). Em relação às características comportamentais, 12,5% relataram fumar durante a gestação, aproximadamente 69% das gestantes não frequentava o dentista regularmente e 72,3% relataram escovar os dentes pelo menos três vezes ao dia. Quanto a autopercepção de saúde bucal, 60,3% considerava sua saúde bucal regular ou ruim. Considerando às condições clínicas, a maior parte das gestantes apresentava cárie não tratada (62,6%) e 46,4% apresentava sangramento em mais de 15% dos sítios.

A distribuição descritiva dos escores totais e das dimensões específicas da escala MOS estão apresentados na tabela 2. Em relação ao escore total, a variação observada foi de 8 a 76, e a média foi de 54,48 (DP 15,16). A variação observada especificamente para as dimensões emocional e de informação foi de 0 a 16, quanto a dimensão material e de interação social a variação foi de 2 a 16, já a afetiva foi de 0 a 12. Das dimensões observadas, a Interação social foi a que apresentou os maiores valores médios [12,36 (DP 3,31)].

A tabela 3 apresenta a distribuição dos escores totais e das dimensões específicas da escala MOS de acordo com as características da amostra. Considerando os escores totais, as variáveis cor da pele, educação, renda, frequência de escovação, autopercepção de saúde bucal e sangramento gengival foram associadas as médias de apoio social ($p < 0,05$). Considerando a dimensão emocional, educação e sangramento gengival foram associadas. Na dimensão material, a autopercepção de saúde bucal foi associada, e na dimensão informação, a educação, autopercepção de saúde bucal e fumo ($p < 0,05$). Nenhuma variável foi relacionada a dimensão afetiva. Em relação a dimensão Interação social, cor da pele, educação e frequência de escovação foram associadas ($p < 0,05$).

A análise multinível ajustada das variáveis independentes com os escores totais da escala MOS são demonstradas na tabela 4. No modelo 2, as variáveis escolaridade e renda foram associadas ao desfecho. Gestantes que apresentavam menor escolaridade apresentaram menores médias no MOS, ou seja, um suporte social mais baixo (RM 0,88; 95% IC 0,84-0,92). Em relação a renda, gestantes que eram dos gradientes mais altos relataram um maior apoio social. As variáveis comportamentais e relacionadas a saúde bucal foram incluídas no modelo 3, e a média do MOS foi estatisticamente menor nas gestantes que percebiam sua saúde bucal como regular/ruim (RM 0,95; 95%IC 0,92-0,99) e que apresentavam sangramento gengival em $\geq 15\%$ dos sítios (RM 0,93; 95%IC 0,89-0,97).

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com as características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde bucal

Variáveis	(Continua)	
	n	%
<i>Características demográficas e socioeconômicas</i>		
Idade		
< 20 anos	49	19,1
20-30 anos	165	60,6
> 30 anos	52	20,3
Cor da pele		
Branca	145	56,7
Não-branca	111	43,3
Educação		

Variáveis	(Conclusão)	
	n	%
<i>Características demográficas e socioeconômicas</i>		
≥ 8 anos de educação formal	198	77,3
< 8 anos de educação formal	58	22,7
Renda familiar em SMB ^c		
Baixa (1º tercil)	12	4,8
Média (2º tercil)	190	75,7
Alta (3º tercil)	49	19,5
<i>Características comportamentais</i>		
Fumo durante a gravidez		
Não	224	87,5
Sim	32	12,5
Frequência de ida ao dentista		
Irregular	173	68,9
Regular	78	31,1
Frequência de escovação		
≥ 3 vezes ao dia	18	72,3
< 3 vezes ao dia	71	27,7
<i>Características de saúde bucal</i>		
Autopercepção de saúde bucal		
Excelente/boa	100	39,2
Regular/ruim	155	60,3
Cárie não tratada		
Não	93	37,4
Sim	156	62,6
Sangramento gengival		
< 15% dos sítios	133	53,6
≥ 15% dos sítios	115	46,4

Valores menores que 256 são devidos a dados perdidos.

^aSMB, Salário mínimo brasileiro.

Tabela 2. Distribuição descritiva dos escores totais e das dimensões específicas da escala MOS

Dimensões	Número de itens	Escores médios MOS (DP) ^b	Varição possível	Varição observada
<i>Emocional</i>	4	10,99 (4,01)	0 – 16	0 – 16
<i>Material</i>	4	10,82 (3,63)	0 – 16	2 – 16
<i>Informação</i>	4	10,75 (3,91)	0 – 16	0 – 16
<i>Afetiva</i>	3	9,89 (2,39)	0 – 12	0 – 12
<i>Interação social</i>	4	12,36 (3,31)	0 – 16	2 – 16
MOS^a (pontuação total)	19	54,48 (15,16)	0 – 76	8 – 76

^aMOS, *Medical Outcomes Study*;

^bDP, desvio padrão.

Tabela 3. Distribuição dos escores totais e das dimensões específicas da escala MOS de acordo com as características da amostra

Variáveis	(Continua)					
	MOS Total	Emocional	Material	Informação	Afetiva	Interação social
	Média (DP) ^a	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
<i>Idade</i>						
< 20 anos	53,3 (18,4)	11,1 (4,1)	11,5 (3,5)	10,9 (4,3)	9,6 (2,8)	11,5 (4,1)
20-30 anos	54,7 (13,9)	11,0 (3,7)	10,7 (3,6)	10,8 (3,6)	9,9 (2,3)	11,5 (3,1)
> 30 anos	54,9 (15,7)	10,8 (4,8)	10,8 (3,8)	10,4 (4,6)	10,3 (2,3)	11,8 (3,1)
<i>Cor da pele</i>						
Branca	55,9 (15,5)	11,4 (4,0)	10,9 (3,9)	11,0 (3,9)	10,2 (2,4)	12,8 (3,4)
Não-branca	52,6 (14,6)*	10,5 (3,9)	10,7 (3,22)	20,3 (3,9)	9,5 (2,3)	11,8 (3,3)*
<i>Educação</i>						
≥ 8 anos de educação formal	55,9 (14,7)	11,3 (4,0)	11,0 (3,6)	11,1 (3,8)	10,1 (2,2)	12,7 (3,2)
< 8 anos de educação formal	49,8 (15,7)*	9,9 (3,8)*	10,3 (3,9)	9,7 (4,0)*	9,3 (2,9)	11,2 (3,6)*
<i>Renda familiar em SMB^c</i>						
Baixa (1º tercil)	51,2 (22,3)	10,2 (5,4)	11,4 (4,7)	9,8 (5,6)	9,8 (3,4)	11,8 (4,5)
Média (2º tercil)	54,4 (15,1)*	10,0 (4,0)	10,8 (3,6)	10,8 (3,8)	9,8 (2,4)	12,3 (3,3)
Alta (3º tercil)	56,3 (13,2)*	11,2 (3,8)	10,9 (3,5)	11,1 (3,7)	10,3 (1,9)	12,9 (2,9)
<i>Fumo durante a gravidez</i>						
Não	54,7 (15,3)	11,1 (3,9)	10,8 (3,7)	10,9 (3,8)	9,9 (2,5)	12,3 (3,4)
Sim	53,2 (14,0)	10,2 (4,6)	10,8 (2,8)	9,6 (4,5)*	10,1 (1,9)	12,5 (3,0)
<i>Frequência de ida ao dentista</i>						
Irregular	54,5 (15,1)	11,0 (4,0)	10,8 (3,7)	10,8 (3,8)	9,9 (2,5)	12,4 (3,4)
Regular	55,2 (14,4)	10,9 (3,9)	11,0 (3,5)	10,8 (4,0)	10,1 (1,9)	12,4 (2,9)
<i>Frequência de escovação</i>						
≥ 3 vezes ao dia	55,7 (14,4)	11,2 (4,0)	10,8 (3,7)	11,0 (3,9)	10,1 (2,2)	12,7 (3,0)
< 3 vezes ao dia	51,7 (16,7)*	10,6 (3,9)	10,9 (3,6)	10,2 (3,9)	9,3 (2,7)	11,5 (3,7)*
<i>Autopercepção de saúde bucal</i>						
Excelente/boa	57,2 (14,3)	11,5 (3,8)	11,5 (3,5)	11,3 (3,8)	10,3 (2,1)	12,9 (3,0)
Regular/ruim	52,9 (15,4)*	10,7 (4,0)	10,4 (3,6)*	10,4 (4,0)*	9,7 (2,5)	12,0 (3,4)
<i>Cárie não tratada</i>						

Variáveis	(Conclusão)					
	MOS Total	Emocional	Material	Informação	Afetiva	Interação social
	Média (DP) ^a	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Não	55,3 (14,0)	10,9 (3,9)	10,0 (3,4)	10,9 (3,8)	10,0 (2,0)	12,6 (3,1)
Sim	54,3 (15,4)	11,0 (4,1)	10,7 (3,8)	10,7 (4,0)	9,9 (2,5)	12,3 (3,3)
Sangramento gengival						
< 15% dos sítos	56,3 (13,8)	11,3 (4,0)	10,9 (3,6)	11,1 (3,8)	10,3 (1,9)	12,8 (3,0)
≥ 15% dos sítos	52,9 (15,9)*	10,6 (4,0)*	10,7 (3,8)	10,5 (3,9)	9,6 (2,6)	12,0 (3,4)

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$) comparado com a primeira categoria (regressão de Poisson Multinível Univariada).

^aDP, desvio padrão

Tabela 4. Análise ajustada das variáveis independentes com os escores totais da escala MOS, determinada utilizando regressão de Poisson multinível

Variáveis	(Continua)		
	Modelo 1 ^a	Modelo 2 ^b	Modelo 3 ^c
	RM ^d (95% IC) ^e	RM (95% IC)	RM (95% IC)
Componente fixo			
Intercepto	54,56 (52,06-57,20)	50,66 (45,74-56,10)	58,84 (52,67-65,74)
<i>Características demográficas e socioeconômicas</i>			
Idade			
< 20 anos		1	1
20-30 anos		0,98 (0,94-1,03)	0,96 (0,91-1,01)
> 30 anos		1,01 (0,96-1,07)	1,00 (0,94-1,08)
Cor da pele			
Branca		1	1
Não-branca		0,97 (0,94-1,01)	0,97 (0,93-1,01)
Educação			
≥ 8 anos de educação formal		1	1
< 8 anos de educação formal		0,88 (0,84-0,92)*	0,92 (0,88-0,96)
Renda familiar em SMB ^e			
Baixa (1º tercil)		1	1
Média (2º tercil)		1,10 (1,01-1,20)*	1,02 (0,93-1,11)
Alta (3º tercil)		1,16 (1,05-1,27)*	1,07 (0,97-1,18)

Variáveis	(Conclusão)		
	Modelo 1 ^a	Modelo 2 ^b	Modelo 3 ^c
	RM ^d (95% IC) ^e	RM (95% IC)	RM (95% IC)
Componente fixo			
Intercepto	54,56 (52,06-57,20)	50,66 (45,74-56,10)	58,84 (52,67-65,74)
<i>Características demográficas e socioeconômicas</i>			
<i>Características comportamentais</i>			
Frequência de ida ao dentista			
Irregular			1
Regular			1,00 (0,96-1,04)
Frequência de escovação			
≥ 3 vezes ao dia			1
< 3 vezes ao dia			0,97 (0,93-1,01)
<i>Características de saúde bucal</i>			
Autopercepção de saúde bucal			
Excelente/boa			1
Regular/ruim			0,95 (0,92-0,99)*
Sangramento gengival			
< 15% dos sítos			1
≥ 15% dos sítos			0,93 (0,89-0,97)*
Componente randômico			
Deviance = (-2 loglikelihood)	2677,39	2564,40	2317,07

*Valor de $p < 0,05$;

^aModelo 1: modelo nulo, representa o modelo incondicional.

^bModelo 2: ajustado pelas variáveis demográficas e socioeconômicas.

^cModelo 3: modelo completo, ajustado pelas variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde bucal.

^dRM, razão de médias;

^eIC, intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

Esse estudo fomenta a hipótese de que fatores relacionados ao nível socioeconômico e à saúde bucal exercem influência no apoio social percebido por gestantes. Os dados demonstraram que a menor escolaridade e a baixa renda familiar estão associadas ao baixo apoio social. Os resultados também sugerem que a pior autopercepção de saúde bucal e níveis extensivos de sangramento gengival estão relacionados a menores

níveis de apoio social. Na literatura há poucos estudos que avaliaram o suporte social recebido por mulheres grávidas^{18,19}. Ainda, os resultados deste estudo fortalecem a ideia da importância da epidemiologia social, que vai além do modelo biomédico de saúde, centrado na etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças, sem levar em conta outros aspectos, como o ambiente físico e social em que os indivíduos estão inseridos, sua qualidade de vida e apoio social recebido²⁰. É preciso ir além e compreender a influência dos aspectos sociais sobre a saúde e vice-versa, para abrir caminhos para a construção de ações multiprofissionais e interdisciplinares de saúde, que melhorem a vida de gestantes, de seus filhos e da população como um todo.

A pior autopercepção de saúde neste estudo, foi relacionada a menores médias no MOS, de modo que, gestantes que avaliavam sua saúde bucal como regular ou ruim apresentaram menores níveis de apoio social, o que corrobora com estudos prévios em diferentes populações^{21,22}. Lamarca et al.²² ao avaliar 685 gestantes brasileiras, também demonstrou que o baixo capital social individual durante a gravidez, considerando o suporte social e o nível de redes sociais, foi associado à baixa autopercepção de saúde bucal²¹. Outro estudo, com 60 idosos brasileiros também demonstrou uma relação diretamente proporcional entre aqueles que possuem uma baixa autopercepção de saúde geral com o menor nível de apoio social. Nesse sentido, o apoio social tem sido relatado como um fator importante e fundamentalmente conectado ao bem-estar materno durante a gravidez²³. A associação entre a autopercepção de saúde bucal e o apoio social pode ser explicada por meio dos benefícios psicológicos oriundos de altos níveis de suporte social, os quais, atuam como fator de proteção ao estresse, podendo beneficiar a saúde geral e bucal^{21,24} das gestantes e consequentemente do seu bebê.

Ainda, considerando características relacionadas à saúde bucal, este estudo verificou que gestantes que apresentaram níveis extensivos de sangramento gengival foram mais propensas a relatar baixo suporte social. Esses achados estão de acordo com estudos prévios em outra população os quais relataram uma associação entre diferentes *proxys* de capital social e sangramento gengival^{25,26}. Uma explicação coerente para esse achado

é que a carência de apoio social pode estar relacionada a uma pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), assim como se percebe em outro estudo^{8,27}. Desse modo, é possível que uma pior condição de saúde bucal esteja associada a uma pior QVRSB, e consequentemente, também está relacionada à menores níveis de capital social²⁸, embora neste estudo não tenha sido aferida a QVRSB.

Em relação as características socioeconômicas, gestantes que tinham menor escolaridade e renda familiar apresentaram menores médias no MOS, ou seja, baixo apoio social, nesta pesquisa. A escolaridade e a renda familiar são consideradas *proxy* para a condição socioeconômica e tem sido evidenciado que baixos níveis socioeconômicos estão relacionados a diversos fatores de risco à saúde²⁹, como por exemplo a susceptibilidade ao menor acesso aos serviços odontológicos inclusive durante a gestação²⁹. O menor acesso aos serviços odontológicos por sua vez, tem sido descrito como uma das vias que relaciona o capital social mais baixo à piores índices de saúde bucal³⁰. Nesse sentido, essas relações podem explicar os resultados entre o menor nível socioeconômico e o menor apoio social. Nesse contexto, também é ressaltada a importância do engajamento dos profissionais que compõe a equipe de saúde no sentido de encaminhar as gestantes que realizam o pré-natal no serviço público de saúde para a realização do pré-natal odontológico, desmistificando crenças e mitos de que o atendimento odontológico ao longo da gestação poderia causar danos à saúde do binômio mãe-bebê, contribuindo para a ampliação do uso dos serviços odontológicos por gestantes. Além disso, o engajamento e interlocução entre os diferentes profissionais que compõe a equipe de saúde são essenciais na busca por melhores intervenções na saúde dos indivíduos, que devem ser vistos como um todo³¹. A compreensão acerca desse processo por parte destes pode direcionar ações de promoção de saúde, assegurando uma melhoria à qualidade de vida de gestantes, puérperas e naturalmente beneficiando recém-nascidos³¹, levando às práticas de excelência em saúde.

Esse estudo apresenta algumas limitações, que, por se tratar de um estudo transversal com as gestantes atendidas no sistema público, o mesmo, limita-se a estimar a frequência que um determinado evento de saúde se manifesta nesta população específica, além dos

fatores associados, o que não permite o estabelecimento da relação causa-efeito. Esse estudo também se baseou nos relatos das gestantes, podendo haver algum viés de aferição. No entanto, destaca-se a importância dessa pesquisa, uma vez que as associações estudadas ainda não haviam sido exploradas em uma população de gestantes do sul do Brasil. Outro ponto forte desse estudo diz respeito à realização de uma análise multinível e hierárquica a qual levou em consideração os diferentes níveis de influência de diferentes variáveis no suporte social. Além disso, esse estudo avaliou os fatores relacionados ao suporte social percebido, o que é fundamental para o aprimoramento das estratégias de promoção de saúde bucal nessa população.

CONCLUSÃO

Gestantes com pior autopercepção de saúde bucal e níveis extensivos de sangramento gengival, bem como menor escolaridade e menor renda familiar apresentaram um pior suporte social. Considerando o impacto positivo do suporte social sobre a saúde dos indivíduos, compreender fatores relacionados a ele é fundamental para a equipe de saúde aprimorar as estratégias de promoção de saúde integral às gestantes e, com isso, melhorar a qualidade de vida desta população e conseqüentemente de seus filhos.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento EP, Andrade FS, Costa AMDD, Terra FS. Gestantes frente ao tratamento odontológico. *Rev. Bras. Odontol.* 2012;69(1):125-130
2. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. *Acta Odontol. Latinoam.* 2016;29(2):186-193.
3. Kateeb E, Momany E. Dental caries experience and associated risk indicators among Palestinian pregnant women in the Jerusalem area: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2018;18:170.
4. Rocha JS, Arima L, Chibinksi AC, Werneck RI, Moyses SJ, et al. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Caderno de Saúde Pública.* 2018;34(8).
5. Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc. Anna Nery.* 2012;15(2):389-394.
6. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *British dental journal.* 2016; 221(12):792.
7. Tofani AA, Lamarca GA, Sheiham A, Vettore MV. The different effects of neighbourhood and individual social capital on health-compromising behaviours in women during pregnancy: a multi-level analysis. *BMC Public Health.* 2015;15:890.
8. Heberlein EC, Picklesimer AH, Billings DL, Covington-Kolb S, Farber N, Frongillo EA. Qualitative Comparison of Women's Perspectives on the Functions and Benefits of Group and Individual Prenatal Care. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 2016; 43(2):224-234.
9. Paula BG, Almeida MRB, Alves JFCS. Oral problems in elderly people in a nursing home – literature review. *Ver. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.* 2014;26(3):219-226.
10. Watt RG. Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40 Suppl 2:44-48.
11. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFPD. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública.* 2010; 44(3), 559-565.
12. Fontanini H, Marshman Z, Vettore M. Social support and social network as intermediary social determinants of dental caries in adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015;43:172-182.
13. World Health Organization. *Oral Healthy Surveys: Basic Methods;* 2013.
14. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science & medicine.* 1991;32(6):705-714.
15. Silva KS, Coutinho ESF. Escala de apoio social

- aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos itens. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21:979-983.
16. American Dental Association (ADA). Acceptance Program Guidelines Toothbrushes. 1998.
 17. World Health Organization (WHO). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. 2010.
 18. Thiengo DL, Santos JFCS, Fonseca DL, Abelha L, Lovisi GM. Depression during pregnancy: a study about the association between risk factors and social support among pregnant. *Cad. Saúde Colet*. 2012;20(4):416-426.
 19. Lamarca GA, Leal MCL, Leao ATT, Sheiham A, Vettore MV. The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42(2):139-150.
 20. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(5):513-517.
 21. Lamarca GA, do C Leal M, Sheiham A, Vettore MV. The association of neighbourhood and individual social capital with consistent self-rated health: a longitudinal study in Brazilian pregnant and postpartum women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13(1).
 22. Busato MA, Gallina LS, Teo CRPA, Ferretti F, Pozzagnol M. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014;38(3):625-635.
 23. Elsenbruch S, Benson S, Rück M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. 2007;22(3):869-877.
 24. Jonsdottir SS, Thome M, Steingrimsdottir T, et al. Partner relationship, social support and perinatal distress among pregnant Icelandic women. *Women Birth*. 2017;30(1):e46 e55.
 25. Tomazoni F, Vettore MV, Zanatta FB, Tuchtenhagen S, Moreira CHC, et al. The associations of socioeconomic status and social capital with gingival bleeding among schoolchildren. *Journal of public health dentistry*. 2017;77(1):21-29.
 26. Sfreddo CS, Moreira CHC, Celeste RG, Nicolau B, Ardenghi TM. Pathways of socioeconomic inequalities in gingival bleeding among adolescents. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2018;47(2):177-184.
 27. Nascimento SRC, Amorim MHC, Primo CC, de Castro DS. Factors of risk for the development of depression in the gestation. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2009;11(2):18-23.
 28. Knorst JK, Menegazzo GR, Emmanuelli B, Mendes FM, Ardenghi TM. Effect of neighborhood and individual social capital in early childhood on oral health-related quality of life: a 7-year cohort study. *Qual Life Res*. 2019;28(7):1773-1782.
 29. Turrel G, Sanders AE, Slade GD, Spencer AJ, Marcenes W. The independent contribution of neighborhood disadvantage and individual-level socioeconomic position to self-reported oral health: A multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016;35:195-206.
 30. Rouxel PL, Heilmann A, Aida J, Tsakos G, Watt RG. Social capital: theory, evidence, and implications for oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2015;43(2):97-105. DOI: 10.1111/cdoe.12141.
 31. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*. 2012;2(1):25-28.