

INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS NA PERCEPÇÃO MATERNA DE SAÚDE BUCAL DE MÃE/FILHO

ALINE DE LIMA HARTER¹; DENISE PAIVA DA ROSA²; MARIANA GONZALEZ CADEMARTORI³; MARÍLIA LEÃO GOETTEMS⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – alinelimaharter@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – nisypel@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – marianacademartori@ymail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – mariliagoettems@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A acuidade de se entender como as pessoas percebem sua condição bucal está no fato de que seu comportamento é dependente não só dessa percepção, mas também da importância dada a este auto relato, que se soma a seus valores culturais e experiências passadas (STEELE et al., 1996). A situação de saúde bucal atual brasileira reflete a grande desigualdade socioeconômica vigente e o difícil acesso à assistência odontológica, decorrente da oferta limitada dos serviços públicos e do alto custo da prática privada (ANTUNES; PERES; MELLO, 2006).

A percepção dos pais em relação a necessidade de tratamento odontológico de seus filhos tende a ser subestimada ou identificada tardiamente, o que demonstra que o conhecimento dos pais sobre saúde bucal ainda pode ser insuficiente (GUIMARÃES et al., 2009). Além disso, evidências científicas apontam que há associação entre classe social/renda e prevalência/severidade de cárie dentária.

Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo avaliar a influência das condições socioeconômicas da família e o nível de escolaridade da mãe na percepção materna de sua saúde bucal e de seu filho.

2. METODOLOGIA

Uma amostra de conveniência foi selecionada, a partir da solicitação de todas as mães de crianças que frequentaram a Unidade de Clínica Infantil da FO/UFPEL no período de junho de 2013 a fevereiro de 2014. As crianças que procuram a Unidade são provenientes de livre demanda ou encaminhadas de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município ou por outros profissionais. Crianças portadoras de transtornos neuropsiquiátricos, comorbidades com doença mental e alterações físicas na saúde geral foram excluídas do estudo.

As mães dos pacientes foram previamente elucidadas quanto ao estudo a ser desenvolvido através da leitura de uma Carta de Informação e aquelas que concordaram em participar, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – autorizando a participação da díade neste estudo – foram incluídas. As que não aceitaram fazer parte da pesquisa continuaram sendo atendidas normalmente, sem qualquer prejuízo para seus filhos(as).

A coleta de dados se deu através da aplicação de um questionário às mães, com perguntas sobre dados demográficos, condições socioeconômicas da família, nível de escolaridade materno e duas questões para identificar a percepção materna sobre sua saúde bucal e a de seu filho, respectivamente. As entrevistas foram realizadas na sala de espera da Clínica Infantil.

Sexo e idade da criança, bem como a idade materna foram as características demográficas coletadas. Em relação às características socioeconômicas, a renda foi coletada em reais e categorizada em tercís.

Informações sobre a educação materna foi coletada em anos de estudos e, categorizada em 8 anos ou menos de estudos, o que correspondente ao ensino fundamental, e acima de 8 anos de estudos. A formação familiar também foi identificada. Esta variável foi categorizada em nuclear e não nuclear. Nuclear consiste na presença de um pai e de uma mãe constituindo uma família. Nesta categoria, foram incluídos padrastos e madrastas, bem como casais homoafetivos. A categoria não nuclear, consistiu na presença de uma mãe ou de um pai, ou responsável legal e outros parentes.

Para identificar a percepção materna sobre sua saúde bucal, foi realizada a pergunta: “Comparando com as pessoas da sua idade, a senhora considera a saúde bucal dos seus dentes, da boca, das gengivas”: a) Muito boa; b) Boa; c) Regular; d) Ruim; e) Muito ruim. Em relação à saúde bucal de seu filho, foi realizada a pergunta: “Comparando com as crianças da idade da(o) [nome da criança], como você considera a saúde dos dentes, boca e gengivas dela(e)?”: a) Muito boa; b) Boa; c) Regular; d) Ruim; e) Muito ruim. Estas variáveis foram posteriormente dicotomizadas em: Positiva (as alternativas “Muito Boa” e “Boa”) e Negativa (as alternativas “Regular”, “Ruim”, “Muito Ruim”). Os dados foram digitados duplamente em Planilha do Excel e analisados no programa Stata 12.0 (Stata Corporation, CollegeStation, TX, USA). A análise descritiva foi realizada para descrever as frequências absolutas e relativas e calcular a prevalência das variáveis de interesse deste estudo. O teste Qui Quadrado foi utilizado para analisar o efeito das variáveis categóricas e nominais no desfecho.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO/UFPEL) sob o protocolo nº 29/2013

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 111 díades mãe/filho e as crianças tinham entre 7 e 13 anos de idade, sendo 55,9% do sexo feminino.

A menor renda familiar esteve associada com uma percepção materna negativa de sua própria saúde bucal (Tabela 1) e da saúde bucal de seu filho (Tabela 2). Estes dados estão de acordo com o estudo realizado por Marcenes e Bonecker (2000), que relatam que pessoas de nível socioeconômico baixo apresentam pior condição de saúde que as de nível médio, que por sua vez apresentam piores condições se comparado as de alto nível social. Sob a mesma perspectiva, segundo Freitas; Lacerda; Neumann (2013), a severidade de cárie das crianças está associada a pior percepção materna de saúde bucal dos filhos e piores condições socioeconômicas. Contudo, fica bem estabelecido que pessoas com baixas condições socioeconômicas são mais propensas à exposição a vários fatores que afetam negativamente a sua percepção sobre sua saúde geral e bem-estar (GASPAR et al., 2009).

A idade da mãe, escolaridade da materna e o tipo de família (nuclear ou não nuclear) não influenciaram na percepção de saúde bucal.

Também foi possível verificar que as mães que tinham uma percepção mais negativa da própria saúde bucal também mantinham este padrão no que se refere à percepção de saúde bucal do filho ($p < 0,001$). O mesmo ocorre no estudo realizado por Rocha (2013), onde mães que apresentaram pior estado de saúde bucal no exame clínico perceberam essa condição na avaliação de auto percepção, bem como, os filhos que obtiveram piores resultados nos exames clínicos foram relatados na percepção da mãe.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo percepção materna da própria saúde bucal e variáveis socioeconômicas. Pelotas, RS, Brasil, 2014. (n=111)

Variáveis	PERCEPÇÃO MATERNA DA PRÓPRIA SAÚDE BUCAL		p*
	Positiva n(%)	Negativa n(%)	
Sexo			0,405
Masculino	36(73,5)	13(26,5)	
Feminino	41(66,1)	21(33,9)	
Idade mãe (anos)			0,663
20 – 29	11(61,1)	7(38,9)	
30 – 39	37(71,5)	14(27,5)	
≥40	29(69,0)	13(31,0)	
Renda familiar em quintis (reais)			<0,001
3º Tercil (> 1380 – 4.600)	39(95,1)	2(4,9)	
2º Tercil (1001 – 1380)	27(79,4)	7(20,6)	
1º Tercil (≤ 1000)	11(30,6)	25(69,4)	
Escolaridade materna (anos)			0,954
≥8	29(69,1)	13(30,9)	
<8	48(69,6)	21(30,4)	
Família			0,139
Nuclear	53(65,4)	28(34,6)	
Não nuclear	24(80,0)	6(20,0)	

* Qui-quadrado

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo percepção materna da saúde bucal do filho e variáveis socioeconômicas. Pelotas, RS, Brasil, 2014. (n=111)

Variáveis	PERCEPÇÃO MATERNA DA SAÚDE BUCAL DO FILHO		p*
	Positiva n(%)	Negativa n(%)	
Sexo			0,682
Masculino	38(77,6)	11(22,4)	
Feminino	46(74,2)	16(25,1)	
Idade mãe (anos)			0,932
20 – 29	13(72,2)	5(27,8)	
30 – 39	39(76,5)	12(23,5)	
≥40	32(76,2)	10(23,1)	
Renda familiar em quintis (reais)			0,041
3º Tercil (> 1380 – 4.600)	33(88,5)	8(19,5)	
2º Tercil (1001 – 1380)	29(85,3)	5(14,71)	
1º Tercil (≤ 1000)	22(61,1)	14(38,9)	
Escolaridade materna (anos)			0,921
≥8	32(76,2)	10(23,8)	
<8	52(75,4)	17(24,6)	
Família			0,252

Nuclear	59(72,8)	22(27,6)
Não nuclear	25(83,3)	5(16,7)

* Qui-quadrado

4. CONCLUSÕES

A renda familiar influencia na percepção materna de saúde bucal. A percepção materna negativa de sua própria saúde bucal e saúde bucal de seu filho mostram as desigualdades em saúde bucal e está associada a condições socioeconômicas mais desfavoráveis. Estes achados podem ser úteis na identificação de mães e crianças com maior necessidade de atendimento, como também na evidenciação de problemas de autoestima, aspecto fundamental a ser abordado nas estratégias de promoção de saúde.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A.; MELLO, T.R.C. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p. 79-87, 2006.

GASPAR, T.; RIBEIRO, J.L.; MATOS, M.G.; LEAL, I.; FERREIRA, A. Psychometric properties of a brief version of the Escala de Satisfação com o Suporte Social for children and adolescentes. **The Spanish Journal of Psychology**, v.12, n.1, p. 360-372, 2009.

GUIMARÃES, M.B.C.T; KUCHLER, E.C; CASTRO, G.F.B.A; MAIA, L.C. Percepção de responsáveis sobre as necessidades normativas de tratamento odontológico de pacientes infantis. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p.55-60, 2009.

MARCENES, W.; BONECKER, M.J. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: BUISCHI, YP. (org). *Promoção da saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo, **Editora Artes Médicas**, 2000.

ROCHA, N.B. **Saúde bucal do binômio mãe-filho: Aspectos clínicos, sócio-comportamentais e qualidade de vida**. 2013. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”

STEELE, J.G.; WALLS, A.W.G.; AYATOLLAHI, S.M.T.; MURRAY, J.J. Major clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. **British Dental Journal**, v.180, p.17-2, 1996.