



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA INTEGRADA
NÍVEL: MESTRADO ACADÊMICO

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE BUCAL,
PRÁTICAS DE AMAMENTAÇÃO E HIGIENE BUCAL DO BEBÊ NOS
PRIMEIROS 06 MESES DE VIDA**

ALUNA: ISABELA SILVA ROCHA

MARINGÁ – PR

2019

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE BUCAL,
PRÁTICAS DE AMAMENTAÇÃO E HIGIENE BUCAL DO BEBÊ NOS PRIMEIROS
06 MESES DE VIDA**

ISABELA SILVA ROCHA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá como requisito para Obtenção de título de Mestre em Odontologia Integrada.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marina de Lourdes Calvo Fracasso

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isolde Previdelli

MARINGÁ – PR

2019



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada



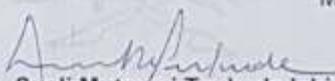
PROVA DE JULGAMENTO DE DISSERTAÇÃO

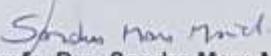
Programa: Pós-Graduação em Odontologia Integrada
Área: Odontologia
Curso: Mestrado Acadêmico
Candidata: Isabela Silva Rocha

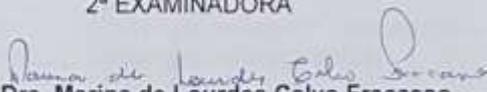
COMISSÃO EXAMINADORA

- 1ª. EXAMINADORA:** Profª. Dra. **Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato**. Doutora Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora associada do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Docente permanente do programa de pós-graduação em enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.
- 2ª EXAMINADORA:** Profª. Dra. **Sandra Mara Maciel** (Secretária), Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. É Professora Voluntária permanente na área de Odontopediatria, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada, do Departamento de Odontologia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Maringá. CPF 439.466.589-20.
- 3ª. EXAMINADORA:** Profª. Dra. **Marina de Lourdes Calvo Fracasso** (Presidente) Doutora em Odontologia (Odontopediatria) pela Universidade de São Paulo. É Professora Associada, do curso de Odontologia, na área de Odontopediatria, do Departamento de Odontologia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Maringá.

Maringá, 08 de março de 2019.


Profª. Dra. Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato
1ª EXAMINADORA


Profª. Dra. Sandra Mara Maciel
2ª EXAMINADORA


Profª. Dra. Marina de Lourdes Calvo Fracasso
3ª EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus e à Nossa Senhora Aparecida, por me iluminar e abençoar durante toda essa trajetória, me fazendo chegar aonde cheguei e me dando forças para enfrentar os momentos difíceis e superá-los, atingindo assim meu objetivo.

Aos meus pais Luiz e Édila e meu irmão Lucas, pelo apoio e por tudo que sempre fizeram por mim, pelo exemplo, amizade e carinho, fundamentais na construção do meu caráter. Além da ajuda incansável, principalmente, psicológica, durante todo o curso de Odontologia e agora na conclusão do Mestrado, não me deixando desanimar nem desistir nos momentos de desespero e dificuldades e sempre na torcida e nas comemorações nos momentos de felicidade e conquistas. MUITO OBRIGADA! Sem vocês nada disso seria possível.

À todos aqueles que estiveram presentes de alguma forma nesta caminhada, especialmente Irma Milena, Fernanda, Amanda e Rafael, pacientemente sempre dando conselhos, força, coragem e incentivo, contribuindo de forma essencial para o meu crescimento e realização de mais esse sonho.

Aos companheiros de turma do mestrado, que fizeram do dia-a-dia de estudos e atendimento mais felizes. Em especial à Tereza Cristina Giffoni por todos os momentos compartilhados e experiências vividas durante esse tempo e desenvolvimento de pesquisa. Com certeza será um amiga para a vida toda. Obrigada. Todos vocês são muito importantes em minha vida.

À minha orientadora, Professora Marina de Lourdes Calvo Fracasso, que confiou e acreditou em mim e na minha capacidade em todo este tempo. Orientou-me durante esses dois anos, sendo um enorme exemplo para meu crescimento pessoal. Com sua tranquilidade e serenidade, deu-me completa liberdade para o desenvolvimento deste trabalho, assim como para realizações das tarefas voltadas ao mestrado, além de me ajudar com paciência e atenção nos momentos de preocupação, de forma sábia e carinhosa. Agradeço por cruzar meu caminho e ser uma pessoa maravilhosa. Obrigada por tudo. 5

À todos os professores e funcionários do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá envolvidos no Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada, por transmitirem a mim e aos meus colegas todo o conhecimento e experiência possível. Em especial às professoras Sandra Mara Maciel e Sueli Mutisumi Tsukuda por aceitarem compor a comissão examinadora, contribuir e prestigiar o trabalho realizado. Além da minha co-orientadora, Isolde Previdelli, pessoa essencial para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigada por ajudar e fornecer orientações diante do desenvolvimento da pesquisa.

E, finalmente, à Fundação CAPES/CNPQ, por financiar e concretizar a realização deste sonho. Muito obrigada.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da implementação de medidas educativas no conhecimento e na prática de gestantes com idade entre 12-18 anos, inseridas em programas de pré-natal da rede pública da cidade de Maringá-PR. As gestantes foram divididas em dois grupos: A (n=7), receberam como informação apenas o material explicativo; e B (n=8) além do material explicativo, participaram de rodas de conversa sobre a temática. A coleta de dados foi realizada em três momentos (pré-natal, um mês e seis meses de puerpério), por meio de entrevistas utilizando-se de um questionário estruturado adaptado. Os dados coletados foram submetidos a análise descritiva e posterior análise estatística (Teste Qui-Quadrado e Fisher). Os dados mostraram que para a maioria a faixa etária variou entre 13 e 18 anos, casadas, moravam com companheiro, ensino médio; não tinham atividade remunerada, baixa renda e não recebem auxílio do governo. Quase a totalidade relatou ser primigesta e a gravidez não foi desejada. Sobre a saúde bucal, 71,42% disseram não ter feito extrações dentárias, relatando algum sangramento gengival; afirmaram realizar a escovação três vezes ao dia, e usar fio dental, hábito de comer entre as principais e frequência da ingestão de refrigerante. Quase a totalidade participou do programa de Pré-Natal desde o início da gestação, assistidas pelo clínico geral, não participaram de palestras sobre as vantagens do AME, não passaram por nenhuma consulta odontológica e não foram orientadas a levar o bebê para consulta odontológica na puericultura. Afirmaram existir relação entre a amamentação e saúde bucal, que a primeira visita do bebê ao dentista deve ser realizada entre seis e nove meses de idade; que a criança deve fazer a escovação dental sem a ajuda da mãe após os três anos de idade; poucas sabiam quando e quais dentes do bebê irrompem primeiro, e em ambos os grupos não sabiam quantos dentes decíduos uma criança possui. Todas relataram gestação a termo; parto normal, e iniciou o aleitamento materno no primeiro dia após o parto. O AME foi o tipo de alimentação do bebê mais relatado; 57% relataram realizar higiene bucal da criança, com gaze/fralda (42,86%), uma ou duas vezes ao dia. A totalidade do grupo A e mais de 80% do grupo B mantiveram o AME até o sexto mês do bebê e nos casos de desmame ofereceram leite em pó (40%- Grupo A) ou de caixinha (50%- Grupo B). A primeira papa de fruta foi oferecida às crianças entre o quinto e o sexto mês de vida em ambos os grupos, assim como a papa salgada, com pouca

oferta de alimentos industrializados. Houve um incremento de mães que realizaram a higienização da boca da criança aos seis meses, porém não passaram por consulta odontológica (100%- grupo A; 83,3%- Grupo B).; 40% do grupo A por não achar necessário, pois a criança ainda quase não tem dentes e 83,3% - Grupo B, por não ter sido indicado pelo médico e/ou enfermeira. O Teste Qui-Quadrado não mostrou diferença estatisticamente entre os grupos avaliados no que diz respeito ao conhecimento e a prática das adolescentes. Conclusão, a implementação do programa educativo para gestantes adolescentes, teve um impacto positivo na incorporação de hábitos saudáveis de forma geral em ambos os grupos, mostrando a necessidade da interdisciplinaridade dentro dos programas de pré-natal, incluindo a maior participação do cirurgião dentista, no desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas para contribuir na melhora da saúde geral deste grupo.

Palavras-chave: Conhecimento; Práticas; Gestantes; Adolescentes; Saúde Bucal.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the impact of the implementation of educational measures on the knowledge and practice of pregnant women aged 12-18 years, inserted in prenatal programs of the public network of the city of Maringá-PR. The pregnant women were divided into two groups: A (n = 7), in which they received as information only a explanatory material; and B (n = 8) in which, in addition to the explanatory material, they participated in conversations about the theme. The data collection was performed in three moments (prenatal, one-month and six-months puerperium) through interviews using a adapted and structured questionnaire. The data collected were submitted to descriptive analysis and subsequent statistical analysis (Chi-Square and Fisher Test). The age range varied between 13 and 18 years; most were married, lived with a partner; and had completed high school; 62.5% had no paid activity and low income, and did not receive government assistance. Almost all reported being primigravida and that the pregnancy was not planned. Regarding oral health, 71.42% reported not having dental extractions, but some gingival bleeding; The majority of the pregnant women participated in the prenatal program from the beginning of gestation, assisted by the general practitioner, who did not participated in lectures on the advantages of the Exclusive Breastfeeding (EB), did not go through any dental consultation and were not advised to take the baby for dental consultation in childcare. They affirmed that there is a relationship between breastfeeding and oral health, that the baby's first visit to the dentist should be performed between six and nine months of age; that the child, after the age of three, should brush her teeth without the help of the mother; few knew when and which baby's teeth erupted first, and in both groups, they did not know how many deciduous teeth a child has. All reported full term gestation; and started breastfeeding on the first day after the child-birth. The most commonly reported type of baby feeding was the EB; 57% reported performing oral hygiene of the child, with gauze/diaper (42.86%), once or twice daily. All group A and more than 80% of group B maintained EB until the 6th month of the baby and in the cases of weaning they offered milk powder (40% - Group A) or canister (50% - Group B). The first fruit potato was offered to children between the 5th and 6th month of life in both groups, as well as the salt potato, with little supply of processed foods. There was an increase in mothers who performed the hygiene of the child's mouth at 6 months, but

did not go through dental consultation (100% - group A, 83.3% - Group B); 40% of group A because they did not find it necessary, since the child still has almost no teeth and 83.3% - Group B, because it was not indicated by the doctor and/or nurse. The chi-square test showed no statistically significant difference between the groups evaluated, regarding the knowledge and practice of adolescent pregnant women. Conclusion, the implementation of the educational program for adolescent pregnant women had a positive impact on the incorporation of healthy habits in both groups, showing the need for interdisciplinarity within the prenatal programs. This include a greater participation of the dentist in the development of individual and collective strategies to contribute to the improvement of the overall health of the pregnant and the child.

Keywords: Knowledge; Practices; Pregnant; Adolescents; Oral Health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Informação a respeito dos aspectos socioeconômicos das gestantes adolescentes dos grupos A e B (n=15)..... **Erro! Indicador não definido.**
- Tabela 2.** Informações a respeito da saúde geral e bucal das gestantes adolescentes dos grupos A e B (n=15)..... 29
- Tabela 3.** Informações a respeito da assistência pré-natal das gestantes adolescentes dos grupos A e B (n=15)..... 31
- Tabela 4.** Avaliação das práticas maternas com relação ao parto, cuidados na amamentação e saúde bucal no primeiro mês de vida do bebê dos grupos A e B (n=15). 34
- Tabela 5.** Avaliação das práticas maternas com relação a amamentação e dieta alimentar nos primeiros seis meses de vida do bebê dos grupos A e B (n=11). 37
- Tabela 6.** Avaliação das práticas maternas com relação a higiene bucal nos primeiros seis meses de vida do bebê dos grupos A e B. 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME- Aleitamento Materno Exclusivo

CECAPS- Comissão de Avaliação de Projetos da Secretaria de Saúde

CRO-PR - Conselho Regional de Odontologia do Paraná

EUA- Estados Unidos da América

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

Índice CEO-D - Índice de dentes decíduos cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o)

Índice CPO-D – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

OMS- Organização Mundial da Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

SB Brasil- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

SIAB/DATASUS - Sistema de Informação de Atenção Básica/ Departamento de Informática do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Contextualização	13
1.2 Revisão de literatura	14
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4. METODOLOGIA	19
4.1 Aspectos éticos da pesquisa	19
4.2 Delineamento do estudo	19
4.3 Estudo Piloto	19
4.4 Critérios de elegibilidade da amostra	19
4.5 Preparo do instrumento de coleta e do Material Educativo	20
4.6 População e amostra do estudo	22
4.7 Coleta de dados.....	24
4.7.1 Descrição dos grupos do estudo	24
4.8 Análise estatística	25
5. RESULTADOS.....	26
6. DISCUSSÃO	42
7. CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICE	59
Folder – Material Explicativo	59
ANEXO	65
Questionário – Instrumento para coleta de dados.....	65

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A adolescência consiste no período entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990). No Brasil ainda existe uma alta prevalência de cárie dentária em crianças e adolescentes com idade entre 12 e 19 anos (VETTORE et al., 2012). De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 (SB Brasil 2010), no país a média do índice CPO-D para crianças de 12 anos é 2,1 e para adolescentes de 15-19 anos, igual a 4,2 (BRASIL, 2011). Assim sendo, observa-se que adolescentes em geral tem um índice de doença cárie muito discrepante em relação às crianças de 12 anos, mesmo as idades sendo muito próximas. Este grande incremento de cárie dentária acontece devido a esta faixa etária ter mais autonomia e domínio sobre sua dieta e seus hábitos de saúde bucal (STEINBERG; MONAHAN, 2007; HALL-SCULLIN, et al., 2015), pois apresentam dietas cariogênicas (SILVA et al., 2009) e também hábitos bucais considerados insatisfatórios, impactando diretamente na sua saúde bucal (STEINBERG; MONAHAN, 2007).

Visto que a adolescência é um período de mudanças biopsicossociais (OLIVEIRA et al, 2012) e também de transição e que a atenção dada à saúde bucal e a dieta é indispensável, esta é a época em que bons hábitos de saúde devem ser estimulados, principalmente em adolescentes grávidas ou que já possuem filhos, pois estas estão particularmente vulneráveis a infecções (MARÍN et al., 2013) e problemas de saúde bucal (FONSECA; WAPRNIARS; TORRES-PEREIRA, 2014).

Informes epidemiológicos mostram que, em 2015, no Paraná, o total de nascidos vivos foi de 160.947 crianças, dentre estes, aproximadamente 16% nasceram de mães adolescentes, sendo 1,7% na cidade de Maringá (BRASIL, 2017). Sabe-se que nesta época é difícil realizar o diagnóstico precoce de gravidez, devido às jovens não conhecerem seu corpo e, muitas vezes, não terem acesso à informação e aos serviços de saúde, por isso é imprescindível que o acompanhamento pré-natal tenha início o mais rápido possível, para que essas jovens entendam a necessidade do atendimento e das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças nesse período (BRASIL, 2012). Além disso, a literatura

evidencia que a interação do binômio mãe-filho é a base para o desenvolvimento saudável da criança (SOUSA; FRACASSO, 2010) e que o pré-natal odontológico é um ótimo momento para esclarecimento, orientação e educação sobre a saúde do bebê (POLITANO et al, 2004; MARÍN et al, 2015). Em seu estudo, Rigo, Dalazen e Garbin (2016) constatou que mães que receberam orientação no período pré-natal, tiveram maior clareza sobre a saúde bucal da criança, em especial no que se refere ao início da higienização bucal, primeira consulta ao dentista, tempo de amamentação e o conhecimento a respeito do aparecimento da cárie dentária.

Dados obtidos por meio dos levantamentos epidemiológicos SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004) demonstram que, aproximadamente "27% das crianças brasileiras de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade", valores considerados altos, visto que, nesta faixa etária, as crianças apresentam dentição decídua completa. Já os dados disponibilizados pelo levantamento realizado no ano de 2010, corroboram com os anteriores, pois afirmam que, aos cinco anos de idade, o índice para dente cariado é de 2,43 dentes (BRASIL, 2011)

Ainda que a saúde bucal de crianças em idade escolar seja regularmente estudada, há carência de publicações na literatura direcionadas à adolescentes (VENANTE, 2017), ainda mais quando se trata de adolescentes grávidas (FONSECA; WAPNIARZ; TORRES-PEREIRA, 2014). Assim, é muito importante a criação de programas preventivos em saúde bucal, voltados para a prevenção das doenças bucais e para a manutenção de uma condição bucal saudável de jovens gestantes e seus bebês (AXELSSON, 2006), para que sejam implementadas práticas positivas de saúde bucal e geral em seu cotidiano, evitando consequências futuras (GONDINHO et al., 2014).

1.2 Revisão de literatura

A gestação é um período significativo na vida da mulher, pois é uma fase em que ocorrem muitas mudanças sistêmicas, físicas e psicológicas (GRANVILLE-GARCIA et al., 2007; ROCHA et al., 2018) emocionais e socioeconômicas, ainda mais quando acontece de forma precipitada, como na adolescência (IFAN, 2014).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL,1990), a adolescência compreende o período entre 12 e 18 anos. Sabe-se, portanto, que a incidência de gravidez neste período vem aumentando cada vez mais (GRANVILLE-GARCIA et al., 2007) e é considerada como fonte de desequilíbrio na vida dessas jovens (MARÍN et al., 2013), além de um grave problema social e de saúde pública, não só no Brasil, mas no mundo, devido aos muitos problemas à ela relacionados (AMORIM; COSTA; COSTA, 2011; GARBIN et al, 2011; MAIA et a.l, 2011; MARÍN et al., 2013; AAPD, 2012) como baixo peso ao nascer, nascimento prematuro (STEVENS; IIDA; INGERSOLL, 2007), doenças sistêmicas na mãe, bem como, aumento do risco de mortalidade da mãe e da criança até os dois anos de idade (HILGERS; DOUGLASS; MATIEU, 2003; AAPD, 2012; IFAN, 2014; DAALDEROP et al., 2018).

Durante a gestação ocorrem manifestações bucais que necessitam de intervenção odontológica (GONDINHO et al., 2014), pode-se citar o aumento da prevalência de cárie dentária, devido à mudança no padrão alimentar, no qual as mães passam a ingerir alimentos, geralmente carboidratos, em menor quantidade, porém em maior frequência associado à má higiene bucal. Pode ser citada também, a doença periodontal ou gengivite gravídica, que está diretamente relacionada à alterações hormonais devido aumento dos níveis de estrógeno e progesterona durante o período gravídico (RUSSEL; MAYBERRY, 2008; OLIVEIRA et al., 2012; DAALDEROP et al., 2018), além do aparecimento do tumor gravídico (RIOS et al., 2007; RUSSEL, MAYBERRY, 2008; BASTIANI et al., 2010) e erosões dentárias relacionadas aos vômitos causados pelo enjoo matinal, principalmente no primeiro trimestre e no período da manhã (RIOS et al., 2007; AAPD, 2018), dentre outros.

A gravidez é o momento em que a mulher está mais aberta a receber informações positivas e adquirir bons hábitos para si e para toda sua família (POLITANO et al., 2004; GRANVILLE-GARCIA et al., 2007; SABOIA et al., 2014; BASTIANI et al., 2010; AMORIM; COSTA; COSTA, 2011; AAPD, 2012; FONSECA; WAPNIARZ; TORRES-PEREIRA, 2014; GONDINHO et al., 2014; RAMAZANI et al, 2014; ROCHA et al., 2018) e estes exemplos, quando passados de mãe para filho desde os primeiros anos de vida, principalmente por meio do processo de imitação, refletem em comportamentos e práticas saudáveis pelo resto da vida (FAUSTINO-

SILVA et al., 2008; MASSONI et al., 2009; GARBIN et al., 2011; MARÍN et al., 2013; RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016; ROSSATO, 2017).

A adolescência é uma fase complexa, pois a jovem gestante ainda não tem maturidade biológica e psicológica para lidar com essa mudança e muitas vezes tem acesso limitado à informação e serviços de saúde necessários para enfrentar esse momento, especialmente, devido ao menor grau de instrução que apresenta nessa fase da vida (AAPD, 2012; MARÍN et al., 2013; IFAN, 2014). E isto acontece, pois, as condições socioeconômicas, como acesso à serviços de saúde, baixo nível de escolaridade e de renda, estão estritamente relacionadas à gravidez na adolescência (HILGERS DOUGLASS, MATIEU, 2003; MARÍN et al., 2013; RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016). Assim, o pré-natal é um momento oportuno para os profissionais realizarem orientações preventivas de saúde para mãe e seu filho que está por vir (STEVENS; IIDA; INGERSOLL, 2007; RAMAZANI et al., 2014).

Para isto, o Estado do Paraná conta com a atuação da Rede de Saúde Mãe Paranaense, implantada no ano de 2012, pelo Governo do Estado, motivado pelos bons resultados obtidos pela Rede Mãe Curitibana, que atingiu ótimos níveis de diminuição da taxa de mortalidade materna e infantil. Com o intuito de “garantir acesso e atenção promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade”, o programa propõe oferecer apoio às mulheres férteis e crianças, por meio da captação precoce da gestante, seu acompanhamento pré-natal, acompanhamento da criança, classificação de risco do binômio e garantir o acesso ao atendimento primário, ambulatorial e especializado. (PARANÁ, 2018, p.15)

2. JUSTIFICATIVA

Desta forma, por considerar relevante que a gestante adolescente tenha consciência a respeito de sua saúde bucal e também do bebê, especialmente devido à situação de vulnerabilidade para o aparecimento de doenças bucais, além de limitação de preparo, de conhecimento e de condições socioeconômicas, é necessário analisar os fatores relacionados ao conhecimento e comportamento das jovens gestantes em relação à sua saúde bucal, práticas de amamentação e higiene bucal do bebê, para que profissionais da saúde, incluindo o cirurgião-dentista, possam intervir de forma completa e adequada na promoção de saúde desse grupo e também salientar o fato de que a prática preventiva precoce é muito relevante neste momento.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o impacto da implementação de medidas educativas no conhecimento e na prática de gestantes adolescentes, inseridas em programas de pré-natal da rede pública da cidade de Maringá-PR, em relação à sua saúde bucal, práticas de amamentação, dieta e higiene bucal do bebê nos primeiros seis meses de vida.

3.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil demográfico-social das gestantes adolescentes.
- Verificar quais fatores sociodemográficos influenciam em sua saúde bucal e na gravidez, por meio da classificação de risco à cárie de acordo com a linha guia do município (obtida no prontuário).
- Em um primeiro momento, verificar como foi a assistência odontológica no período de pré-natal.
- No período de puerpério, analisar as práticas das mães adolescentes em relação ao aleitamento materno, dieta e à higiene bucal da criança no primeiro mês de vida da criança.
- No período de pós-parto, analisar o conhecimento das mães adolescentes em relação aos cuidados em saúde bucal do bebê, desde o período pré-natal e puerpério até os primeiros seis meses de vida da criança.

4. METODOLOGIA

4.1 Aspectos éticos da pesquisa

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12/12/2012. Parecer 2.451.383.

4.2 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo com delineamento experimental, do tipo ensaio clínico controlado e aleatorizado, no qual o pesquisador implementou uma intervenção e observou seus efeitos sobre os desfechos (HULLEY et al., 2008).

4.3 Estudo Piloto

Para melhor adequar o instrumento de coleta, foi realizado um estudo piloto, com dez gestantes adolescentes, para posteriores ajustes, se necessários, tanto do questionário como do folder explicativo, desenvolvidos para este fim. As entrevistas foram realizadas por um único entrevistador devidamente treinado e calibrado. As gestantes participantes do estudo piloto fizeram parte da amostra final do estudo.

4.4 Critérios de elegibilidade da amostra

O município foi organizado estrategicamente em seis regiões, de acordo com as Regionais previamente estabelecidas pela Secretaria de Saúde de Maringá, com um total de 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, seria realizado o cálculo da amostra segundo o número de gestantes cadastradas em cada UBS, de acordo com a listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde do município (Rede Mãe Maringaense), de modo que aquelas unidades com mais gestantes cadastradas contribuiriam, proporcionalmente, com maior número de gestantes na amostra. Porém, durante a realização da pesquisa, devido ao número reduzido de gestantes que se enquadravam nos critérios de inclusão, não foi possível realizar o cálculo amostral, utilizando-se, portanto, de uma amostra não-probabilística por amostragem

ou conveniência, na qual “seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam representar um universo” (MAROTTI, et al., 2008).

Local da Pesquisa

Maringá é um município de porte médio-grande do interior do Paraná com uma área de unidade territorial de 487,052 km² e com a população estimada em 403.063 habitantes. A cidade possui Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$36.336,74 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,808, sendo assim, considerada a terceira maior cidade do estado (Plano Municipal de Saúde de Maringá/PR – 2014/2017; IBGE, 2017).

Contando com 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) disponíveis para serviço de saúde da população, a rede de saúde de Maringá consegue cobrir, por meio do programa Estratégia Saúde da Família, 56% dos habitantes do município e, dentre estes, cerca de 35% com assistência de profissionais em Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família (SIAB/DATASUS, Dez/ 2015). Além disso, Maringá tem um fornecimento público de água fluoretada desde 1969, o que contribui para a promoção de saúde e prevenção de doenças bucais da população.

De acordo com o último levantamento epidemiológico realizado no município de Maringá-PR (2010) a média do índice CPO-D na faixa etária de 12 anos foi 0,94. Já na faixa etária de 15-19 anos de idade foi igual a 2,55 e entre 35-44 anos a média foi de 16,06 (BRASIL, 2017).

4.5 Preparo do instrumento de coleta e do Material Educativo

O instrumento de coleta utilizado nesta pesquisa é um questionário estruturado e adaptado desenvolvido com base no estudo realizado por Rossato (2017), o qual avaliou conhecimento e práticas de mães cadastradas no serviço público de saúde sobre o processo saúde-doença de seu filho, no período entre pré-natal e um ano de vida da criança.

O questionário é dividido em três partes, contendo questões objetivas e subjetivas, aplicadas à gestante adolescente mediante entrevista presencial, nos momentos de pré-natal e puerpério (um mês e seis meses) que foram analisados pela pesquisadora.

A primeira parte é constituída por questões referentes aos dados socioeconômicos (Idade materna, raça, situação conjugal, com quem mora, escolaridade, ocupação, renda, se recebe algum apoio do Governo) e dados sobre a Assistência pré-natal (gravidez e aleitamento materno).

A segunda parte foi aplicada no primeiro mês de puerpério, em visita domiciliar, abordando temas sobre o desenvolvimento da gestação (tempo de gestação e tipo de parto), aleitamento materno (se conseguiu amamentar, se o aleitamento é exclusivo (AME) e a introdução da mamadeira tipo “chuquinha”) e início da higienização bucal do bebê.

A terceira e última parte do questionário, foi aplicada à mãe adolescente aos seis meses de pós-parto, também por intermédio de entrevista em visita domiciliar, com questões voltadas à dieta atual da criança (se manteve o AME, se já introduziu outros alimentos e líquidos na dieta, dentre outros), à prática da higienização bucal da criança (se realiza a higienização, como e em qual momento do dia e/ou da noite) e, por fim, em relação ao acompanhamento da criança com o cirurgião dentista (se já realizou consulta, quantas consultas, etc.).

O material informativo, em formato de folder explicativo, entregue às gestantes adolescentes, abrange referências sobre a importância da prática do AME e sobre a maneira adequada de introdução de novos alimentos à dieta da criança quando acontecer o desmame; sobre as práticas de higienização bucal e importância do tratamento odontológico para bebês e crianças; além de cuidados que devem ser tomados em relação à cárie precoce da infância, problemas bucais referentes ao uso de chupetas e mamadeira.

As gestantes também receberam informes sobre a sua saúde bucal com o mesmo material, pois nele foram abordados temas voltados à promoção de saúde e prevenção de situações que podem levar a consequências para o bebê (parto prematuro, por exemplo), além do esclarecimento sobre os mitos existentes sobre o tratamento odontológico durante a gestação.

4.6 População e amostra do estudo

A definição da amostra do estudo deu início com o deferimento da autorização para a realização da pesquisa pela Comissão de Avaliação de Projetos da Secretaria de Saúde de Maringá (CECAPS) em outubro de 2017, a qual permitiu acesso aos dados nos cadastros de todas as gestantes inseridas no atendimento de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS) de todas as 34 UBS pertencentes à Maringá e distritos vinculados (Iguatemi e Floriano), por meio do programa “Gestor Saúde”.

Foram incluídas na pesquisa, gestantes com idade entre 12 e 18 anos, primíparas ou não, que estivessem no terceiro trimestre da gestação, inseridas em programas de pré-natal das UBS da cidade de Maringá-Paraná, num período de 12 meses, assistidas pelo cirurgião dentista, que estavam presentes na consulta de pré-natal no momento da coleta de dados. As adolescentes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, tratando-se de menores de idade, a assinatura foi feita pelos pais ou responsável.

Como critérios de exclusão, adotou-se: gestantes consideradas de alto risco, adolescentes menores de 18 anos sem presença de responsável, gestantes que interromperem a gestação no último trimestre ou mudarem de cidade.

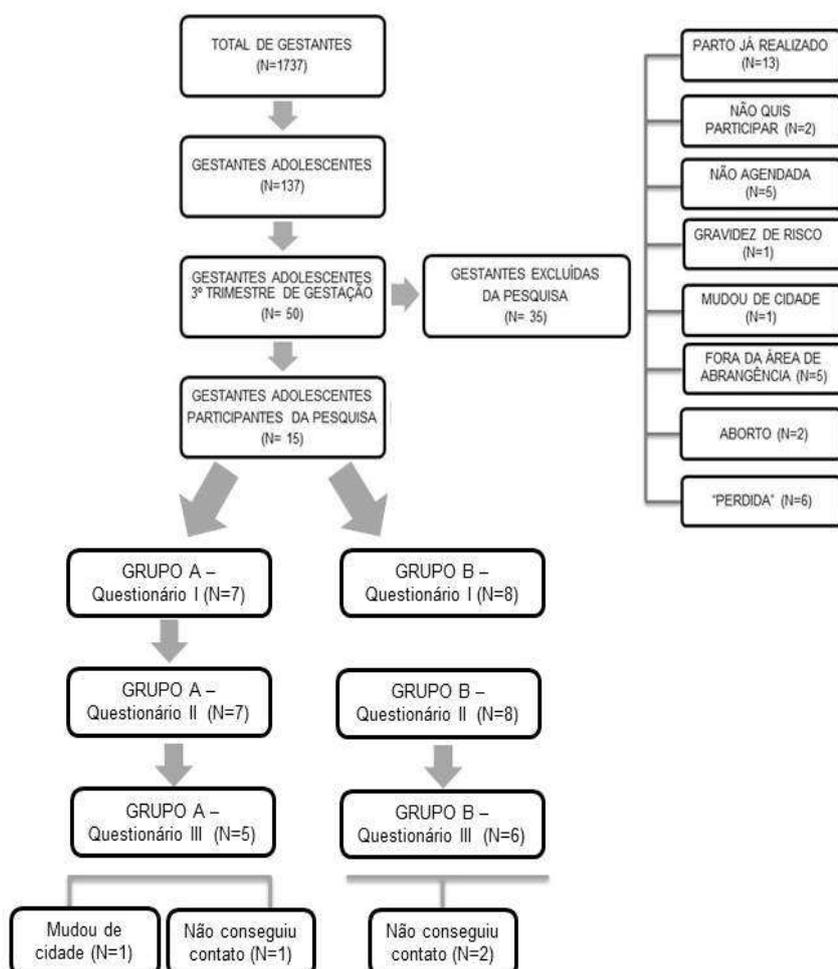
Em janeiro de 2018, foram avaliados 1737 prontuários eletrônicos, dos quais 137 correspondiam à gestantes com idade entre 12 e 18 anos. Destas, 38,6% (n=53) estavam no primeiro trimestre de gestação; 19% (n=26) no segundo trimestre e 42,4% (n=58), no terceiro trimestre, período mais interessante para o desenvolvimento deste estudo.

Nos meses de fevereiro e março, foi realizada uma nova avaliação no programa “Gestor Saúde” para atualização da lista de gestantes e percebeu-se que, das 58 gestantes que se encontravam no terceiro trimestre, oito já haviam realizado o parto. Portanto a amostra final ficou definida em 50 gestantes.

Após estipulado o número da amostra, no período de março a maio, a pesquisadora percorreu pessoalmente todas as UBS para entrega da autorização do CECAPS e verificação de datas e horários de consultas do pré-natal, para que a

primeira parte da entrevista com o questionário fosse realizada. Dentre as 34 UBS existentes na cidade, apenas 10 contaram com gestantes que se enquadravam nos critérios de elegibilidade de amostra da pesquisa.

Porém, durante a coleta de dados em campo, cerca de 35 gestantes acabaram sendo excluídas do estudo, pois dentre elas, 13 já haviam realizado o parto, duas não aceitaram participar da pesquisa, cinco não estavam agendadas para consulta de pré-natal (pois haviam faltado na última consulta e não foram reagendadas), uma apresentava gestação de risco e estava internada em um hospital local, uma havia mudado de cidade e seu cadastro não foi atualizado no gestor, cinco eram consideradas como “fora da área de abrangência” e, portanto não eram assistidas pela Equipe da Família de sua região, duas sofreram aborto e, enfim, seis foram consideradas como “perdidas”, pois em seu registro na UBS, apresentavam apenas o comparecimento à primeira consulta, sem retorno para a continuidade do Programa de Pré-Natal; desconfia-se de que estas continuaram o acompanhamento em Programas Particulares. Sendo assim, a amostra final resumiu-se a 15 gestantes.



4.7 Coleta de dados

Realizou-se a coleta de dados em três momentos distintos, no período de março a novembro de 2018, por meio de um questionário adaptado (ROSSATO, 2017) e previamente testado.

4.7.1 Descrição dos grupos do estudo

Grupo A (Controle):

Neste grupo a amostra foi composta por sete gestantes de 17 a 18 anos, a mesma gestante foi entrevistada em três momentos:

- Momento 01- aconteceu durante o período pré-natal (terceiro trimestre da gestação).

Neste momento, foi realizado o esclarecimento sobre o estudo, obtenção de concordância e assinatura do TCLE.

Em seguida, foi realizada a entrevista e aplicada a primeira parte do questionário, com perguntas objetivas e subjetivas. Após, foi entregue material informativo sobre saúde bucal (Apêndice) sem a realização de orientações sobre os tópicos correspondentes.

- Momento 02- um mês após o parto e com agendamento prévio por telefone foi realizada visita domiciliar, na qual as mães adolescentes responderam a uma nova entrevista com a segunda parte do questionário (Anexo). Após, receberam novamente o material informativo sobre saúde bucal (Apêndice).

Grupo B (Intervenção):

Neste grupo a amostra foi composta por oito gestantes de 13 a 18 anos, a mesma gestante foi entrevistada em três momentos:

- Momento 01- ocorreu de acordo com a primeira fase do grupo A: aplicação de questionário estruturado adaptado, contendo questões objetivas e subjetivas, considerando as variáveis dos dados sociodemográficos e sobre a Assistência pré-natal no terceiro trimestre da gestação. Também foi realizado o esclarecimento sobre o estudo, obtenção de concordância e assinatura do TCLE.

A pesquisa para este grupo foi explicativa, ou seja, após a realização da entrevista, a gestante recebeu orientações sobre os temas abordados, por meio de conversas informais, além entrega de material informativo (Apêndice).

- Momento 02- Na segunda etapa, um mês após o parto e com agendamento prévio por telefone, foram realizadas visitas domiciliares, nas quais as mães adolescentes responderam a uma nova entrevista com a segunda parte do questionário (Anexo). Após, receberam novamente o material informativo sobre saúde bucal e orientações a respeito dos temas abordados nesta fase (Apêndice).
- Momento 03- A terceira e última fase da pesquisa, realizou-se aos seis meses pós-parto, em visita domiciliar, previamente agendada por telefone, aplicando-se a parte final do questionário também por meio de entrevista (Apêndice).

4.8 Análise estatística

Os dados coletados foram examinados por uma cirurgiã-dentista e transcritos para um banco de dados no Excel Office 365 - Microsoft Corporation. Foram então submetidos a uma análise descritiva e as variáveis expressas em frequência absoluta e relativa para todos os grupos da pesquisa. Posteriormente, realizou-se análise bivariada testando-se possíveis comparações entre as variáveis dependentes (conhecimento em saúde bucal) e independentes (raça, escolaridade, faixa etária, etc.) do estudo. Para isso, foram eleitos os testes Qui-quadrado e Fisher, fixando-se o nível de significância em 5%. O teste Fisher foi eleito para análise, pois “Em amostras pequenas (neste caso, com valor menor que 5) o erro do valor de Qui-quadrado é alto e, portanto, o teste não é recomendável” (CONTI, 2009), ou seja, o teste Fisher em amostra pequenas se mostra mais confiável quando comparado ao Qui-quadrado. Os dados foram analisados no programa Software R versão 3.4.4 *for Windows*® (Microsoft Corporation).

5. RESULTADOS

Dentre as 34 UBS que foram visitadas para a coleta de dados, apenas dez apresentavam gestantes com as características correspondentes aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Na tabela 1, pode-se observar que os grupos A e B eram homogêneos em relação aos aspectos demográficos, socioeconômicas, e dados da gestação ($p>0,05$).

Tabela 1. Características dos aspectos socioeconômicos das gestantes adolescentes dos grupos A e B (n=15).

VARIÁVEL	CATEGORIA	A		B		P-VALOR
		N	%	N	%	
UBS	Alvorada I	0	0,0	1	12,5	$\rho=0,8$
	Cidade Alta	0	0,0	1	12,5	
	Floriano	1	14,2	0	0,0	
	Guaiapó-Requião	1	14,2	1	12,5	
	Iguatemi	1	14,2	0	0,0	
	Jd. Universo	1	14,2	2	25,0	
	Maringá Velho	1	14,2	0	0,0	
	Ney Braga	0	0,0	2	25,0	
	Pinheiros	1	14,2	0	0,0	
	Zona Sul	1	14,8	1	12,5	
IDADE	13 anos	0	0,0	1	12,5	$\rho=1,0$
	14 anos	0	0,0	1	12,5	
	16 anos	0	0,0	1	12,5	
	17 anos	3	42,8	2	25,0	
	18 anos	4	57,1	3	37,5	
RAÇA	Branca	5	71,4	7	87,5	$\rho=0,5$
	Negra	1	0,0	0	14,2	

	Amarela	1	0,0	1	14,2	
	Parda	0	0,0	1	12,5	
SITUAÇÃO CONJUGAL	Com companheiro	5	71,4	8	100,0	$\rho = 0,2$
	Sem companheiro	2	28,5	0	0,0	
MORA	Com companheiro	3	42,8	4	50,0	$\chi^2 = 1,0$
	Com pais/sogros	4	57,1	4	50,0	
PRIMEIRA GRAVIDEZ	Sim	6	85,7	8	100,0	$\rho = 0,4$
	Não	1	14,2	0	0,0	
Nº DE FILHOS	0	7	0,0	8	0,0	$\rho = 0,7$
GRAVIDEZ FOI DESEJADA?	Sim	3	42,8	2	25,0	$\chi^2 = 0,8$
	Não	4	57,1	6	75,0	
ESCOLARIDADE	Ensino Fundamental incompleto	0	0,0	3	37,5	$\rho = 0,2$
	Ensino Fundamental completo	1	14,2	0	0,0	
	Ensino médio incompleto	4	57,1	3	37,5	
	Ensino médio completo	2	28,5	2	25,0	
CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO	Renumerada	2	28,5	1	12,5	$\rho = 0,5$
	Não renumerada	0	0,0	2	25,0	

	Não possui	5	71,4	5	62,5	
	Nenhuma	0	0,0	1	0,0	
RENDA (Em Salário Mínimo – R\$937.00 – PR/2017)*	Até um salário mínimo	6	75,0	2	25,0	$p=0.06$
	Um a dois salários mínimos	1	16,6	5	83,3	
	Sim	1	14,2	1	12,5	
RECEBE ALGUM APOIO DO GOVERNO (Ex. bolsa família, vale gás, leite, salário penitenciário, outros)	Não	6	85,7	7	87,5	$\chi^2=1,0$

(Obs: p - Teste de Fisher / χ^2 = - Teste Qui-Quadrado)

As gestantes participantes da pesquisa apresentaram idade entre 13 e 18 anos. A maioria se declarou de raça branca, eram casadas ou namoravam e/ou moravam com companheiro. Quase a totalidade das entrevistadas relatou esta ser a primeira gravidez, porém uma das gestantes relatou já ter tido uma gestação anterior e sofrido um aborto espontâneo. A gravidez não foi desejada para 75% das entrevistadas.

Em relação à escolaridade, apenas 25% das gestantes relataram ter completado o Ensino Médio e cerca de 14% completaram o Ensino Fundamental. Mais da metade (62,5%) não tinha atividade remunerada, porém 75% das gestantes do grupo A relataram ter uma renda mensal de até um salário mínimo enquanto 83.3% do grupo B relatou uma renda de um a dois salários mínimos por mês. Além disso, grande parte delas, em ambos os grupos, não recebia auxílio do governo.

A Tabela 2 demonstra que cerca de 70% das adolescentes não apresentaram doenças sistêmicas, dentre as que apresentaram, relataram ter doença respiratória (asma/bronquite). Quando questionadas sobre a saúde bucal, 71,42% disseram não ter feito extrações dentárias. Dentre a pequena parcela que já extraiu algum dente, os principais motivos no grupo A foram: extração de terceiro molar e cárie dentária. Já no grupo B, a motivação foi: extração de dente decíduo, cárie dentária e realização de tratamento ortodôntico.

Tabela 2. Condições da saúde geral e bucal das gestantes adolescentes dos grupos A e B (n=15).

VARIÁVEL	CATEGORIA	A		B		P-VALOR
		N	%	N	%	
APRESENTA ALGUMA DOENÇA SISTÊMICA?	Sim	2	28,5	0	0,0	$\rho = 0,2$
	Não	5	71,4	8	100,0	
JÁ FEZ ALGUMA EXTRAÇÃO DENTÁRIA?	Sim	2	28,5	2	25,0	■ = 1,0
	Não	5	71,4	6	75,0	
QUAL O MOTIVO?	Não fez	5	71,4	5	62,5	$\rho = 1,0$
	3º molar	1	14,2	0	0,0	
	Cárie	1	14,2	1	12,5	
	Decíduo	0	0,0	1	12,5	
	Ortodontia	0	0,0	1	12,5	
QUANDO?	Não fez	5	71,4	5	62,5	$\rho = 0,5$
	1 mês antes	1	14,2	0	0,0	
	2 anos antes	0	0,0	1	12,5	

	Criança	1	14,8	0	0,0	
	Não lembra	0	0,0	2	25,0	
HOUVE SANGRAMENTO GENGIVAL DURANTE A GESTAÇÃO?	Sim	4	57,1	5	62,5	■=1,0
	Não	3	42,8	3	37,5	
QUAL É A FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO?	2 vezes ao dia	1	14,2	3	37,5	
	3 vezes ao dia	6	85,7	4	50,0	ρ=0,4
	4 vezes ao dia	0	0,0	1	12,5	
USA FIO DENTAL?	Sim	4	57,1	4	50,0	■=1,0
	Não	3	42,8	4	50,0	
TEM HÁBITO DE COMER ENTRE AS REFEIÇÕES PRINCIPAIS?	Sim	5	71,4	7	87,5	■=0,9
	Não	2	28,5	1	12,5	
TOMA REFRIGERANTE COM FREQUÊNCIA?	Sim	2	28,5	6	75,0	
	Não	5	71,4	2	25,0	■=0,2
QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA ANTES DA GESTAÇÃO?	1 a 6 meses antes	2	28,5	3	37,5	
	7 a 12 meses antes	3	42,8	2	25,0	
	24 meses antes	1	14,2	0	0,0	ρ=0,7
	Não sabe	1	14,2	3	37,5	

(Obs: ρ - Teste de Fisher / ■ = - Teste Qui-Quadrado)

Mais da metade das adolescentes de ambos os grupos (57,14% – grupo A; 62,5% - grupo B) relatou ter tido algum sangramento gengival durante o período

gestacional, contudo 85.71% das adolescentes que participaram do grupo A afirmaram realizar a escovação três vezes ao dia, enquanto apenas 50% do grupo B realizam com a mesma regularidade; ainda, aproximadamente metade do total de entrevistadas declarou uso de fio dental para a higiene bucal (57,14%- grupo A; 50% - grupo B).

As adolescentes também foram indagadas a respeito do hábito de comer entre as refeições principais do dia (café da manhã, almoço e jantar) e a frequência da ingestão de refrigerante. No grupo B, a resposta foi positiva para os dois tópicos sendo 87,5% e 75%, respectivamente. Já no grupo A, muitas das adolescentes reconheceram o hábito de fazer “lanchinhos” entre as refeições (71,43%), entretanto, a frequência da ingestão de refrigerante foi bem menor, quando comparada ao grupo B (71,43%)

Além disso, sobre a questão “Quando foi a última consulta odontológica antes da gestação?”, a principal resposta foi de sete a 12 meses antes da gestação para o grupo A (42,86%) e de um a seis meses antes da gestação para o grupo B (37,5%). Neste mesmo grupo, 37,5% das adolescentes também responderam não se lembrar de quando foi a última consulta odontológica antes da gestação.

Como já mencionado anteriormente, a segunda fase da primeira entrevista trouxe informações a respeito da Assistência Pré-Natal recebida pelas gestantes nas UBS que as assistem (Tabela 3).

Tabela 3. Condição da assistência pré-natal das gestantes adolescentes dos grupos A e B (n=15).

VARIÁVEL	CATEGORIA	A		B		P-VALOR
		N	%	N	%	
PARTICIPA DO PRÉ-NATAL NA UBS DESDE O INÍCIO DA GESTAÇÃO?	Sim	7	100,0	7	87,5	p= 1,0
	Não	0	0,0	1	12,5	
QUAL MÉDICO PRESTA ASSISTÊNCIA?	Clínico geral	5	71,4	4	50,0	■ =0,7
	Ginecologista	2	28,5	4	50,0	
QUANTAS CONSULTAS PARTICIPOU COM O MÉDICO?	Uma	0	0,0	2	25,0	p= 0,4
	Pelo menos duas	7	100,0	6	75,0	

A GESTAÇÃO ESTÁ OCORRENDO DENTRO DA NORMALIDADE?	Sim	6	85,7	7	87,5	■ = 1,0
	Não	1	14,2	1	12,5	
PARTICIPOU DA PALESTRA SOBRE AS VANTAGENS DO AM?	Sim	0	0,0	3	37,5	p= 0,2
	Não	7	100,0	5	62,5	
PARTICIPOU DA PALESTRA COM O CD SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL DA GESTANTE?	Sim	0	0,0	1	12,5	p= 1,0
	Não	7	100,0	7	87,5	
QUANTAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS FEZ NO PRÉ-NATAL?	Até duas	3	42,8	3	37,5	p= 0,8
	Mais de três	1	14,2	0	0,0	
	Nenhuma	3	42,8	5	62,5	
	Nenhum	3	42,8	5	62,5	
QUAL O MOTIVO DA CONSULTA ODONTOLÓGICA?	Prevenção	3	42,8	1	12,5	p=0,7
	Tratamento	1	14,2	1	12,5	
	Urgência	0	0,0	1	12,5	
FOI ORIENTADA A TRAZER O BEBÊ NA PUERICULTURA PARA AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA?	Sim	0	0,0	1	12,5	p= 1,0
	Não	7	100,0	7	87,5	
PARTICIPOU DA CONSULTA COM A NUTRICIONISTA?	Sim	0	0,0	2	25,0	p= 0,5
	Não	7	100,0	6	75,0	
VOCÊ ACHA QUE EXISTE RELAÇÃO ENTRE A AMAMENTAÇÃO E A SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA?	Sim	7	100,0	4	50,0	p=0,07
	Não	0	0,0	4	50,0	
COM QUE IDADE VOCÊ ACHA QUE O BEBÊ DEVE FAZER A PRIMEIRA VISITA AO DENTISTA?	CORRETA	1	14,0	1	13,0	■ =1,0
	INCORRETA	6	86,0	7	87,0	
EM SUA OPINIÃO, QUANDO A CRIANÇA DEVE	CORRETA	4	57,0	5	63,0	■ =1,0
	INCORRETA	3	43,0	3	75,0	

COMEÇAR A ESCOVAR SEUS PRÓPRIOS DENTES SEM A AJUDA DA MÃE?						
SABERIA DIZER O QUE É A CÁRIE DENTÁRIA?	Sim	4	57,1	6	75,0	■ = 0,8
	Não	3	42,8	2	25,0	
NA SUA OPINIÃO, A CÁRIE PODE SER EVITADA?	Sim - Não sabe	6	85,7	6	75,0	■ = 1,0
	Outras	1	14,2	2	25,0	
VOCÊ SABE QUANDO NASCE O PRIMEIRO DENTE DE LEITE DO BEBÊ?	Sim	4	57,1	2	25,0	■ = 0,4
	Não	3	42,8	6	75,0	
QUAL DENTE	Não sabe	3	42,8	6	75,0	■ = 0,4
	Inferior	4	57,1	2	25,0	
SABE DIZER, QUANTOS DENTES DE LEITE UMA CRIANÇA TEM (TOTAL)?	CORRETO	2	29,0	2	25,0	■ = 1,0
	INCORRETO	5	71,0	6	75,0	

(Obs: ρ - Teste de Fisher / ■ = – Teste Qui-Quadrado)

Desta forma, pode-se perceber que quase a totalidade das gestantes participa do programa de Pré-Natal da UBS de referência desde o início da gestação (contando a partir do primeiro trimestre). Destas, grande parte relatou ter sido assistida pelo médico clínico geral e ter ido a pelo menos duas consultas médicas neste período. Para a maioria delas, aproximadamente 85% em cada grupo, a gestação ocorreu dentro da normalidade.

Os dados mostram ainda, que uma parcela significativa da amostra, 100% do grupo A e 62,5% do grupo B, relatou não ter participado de palestras sobre as vantagens do aleitamento materno, bem como não ter feito nenhuma consulta odontológica durante o período pré-natal (42,86% e 62,5%, grupo A e B, respectivamente). Porém, dentre a parcela de gestantes que passaram pelo consultório odontológico neste período, tiveram como principal motivo a prevenção.

Quando questionadas a respeito de terem recebido alguma orientação para levar o bebê para consulta odontológica na puericultura, a totalidade das gestantes do grupo A e 87,5% do grupo B relataram não ter recebido nenhuma orientação sobre o assunto. Resultados similares foram obtidos quanto à consulta com a nutricionista: 100% do grupo A e 75% do grupo B não passaram por este atendimento.

Um número expressivo de mãe adolescentes afirmou que acredita existir relação entre a amamentação e saúde bucal da criança e que a primeira visita do bebê ao dentista deve ser realizada no período de seis a nove meses de idade, quando o ideal seria antes dos seis meses. Além disso, a grande maioria delas também declarou que a criança deve fazer a escovação dental sem a ajuda da mãe após os três anos de idade.

As adolescentes também foram questionadas sobre o tema cárie dentária. A maior parte delas declarou saber o que é a cárie dentária (57,14% - grupo A; 75% - grupo B) e que ela pode ser evitada, porém não sabem de que forma. Em relação à erupção dentária do primeiro dente decíduo do bebê, 57,14% das mães adolescentes do grupo A disse saber quando nasce o primeiro dente do bebê e que os primeiros a nascer são os dentes inferiores, enquanto que a maioria do grupo B (75%) não sabia dizer quando e nem qual dente irrompe primeiro. Além disso, a grande parte das adolescentes de ambos os grupos também não sabiam informar de forma correta quantos dentes decíduos uma criança apresenta (71%- Grupo A; 75% - Grupo B).

A segunda etapa de entrevistas desta pesquisa aconteceu em visita domiciliar às novas mães, no período de um mês de pós-parto. Neste momento, foram coletados os dados relacionados às práticas maternas de amamentação e higiene bucal da criança e todas as mulheres que participaram da primeira etapa, responderam a este novo questionário (Tabela 4).

Tabela 4. Características do parto, AME e saúde bucal no primeiro mês de vida do bebê dos grupos A e B (n=15).

VARIÁVEL	CATEGORIA	A		B		P-VALOR
		N	%	N	%	

QUAL O TEMPO DE GESTAÇÃO?	A termo (30-41 semanas)	7	100,0	8	100,0	 = 0,8
COMO FOI O PARTO?	Cesárea	2	28,5	3	37,5	 = 1,0
	Normal	5	71,4	5	62,5	
QUANTO AO ALEITAMENTO MATERNO:	Ocorreu logo após o parto (1º dia)	6	85,7	7	87,5	 = 1,0
	Após o 2º dia	1	14,3	1	12,5	
O BEBÊ NASCEU COM ALGUMA DOENÇA SISTÊMICA?	Não	7	100,0	8	100,0	 = 0,8
VOCÊ RECEBEU ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS COM A SAÚDE DA BOCA/ DENTES DO BEBÊ NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA?	Sim – Muito	0	0,0	2	25,0	$\rho = 0,4$
	Sim – Satisfeito	1	14,3	2	25,0	
	Não	6	85,7	4	50,0	
TIPO DE ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ:	Leite materno exclusivo (AME)	5	71,4	6	75,0	$\rho = 1,0$
	Leite materno, chá e água (AMP)	1	14,3	2	25,0	
	Leite materno e outro leite animal (AMM)	1	14,3	0	0,0	
CASO UTILIZE MAMADEIRA, QUAL O CONTEÚDO (COMO PREPARA)?	Nestogeno®	1	14,3	0	0,0	$\rho = 0,4$
	Não	6	85,7	8	100,0	
COSTUMA OFERECER “CHUQUINHA” DE CHÁ PARA ACALMAR OU RELAXAR O BEBÊ?	Sim	1	14,3	3	37,5	 = 0,6
	Não	6	85,7	5	62,5	
VOCÊ COLOCA AÇÚCAR NO CHÁ?	Sim	1	14,3	0	0,0	$\rho = 0,4$
	Não	6	85,7	8	100,0	
VOCÊ JÁ INICIOU A LIMPEZA DA BOCA DE SEU(A) FILHO(A)?	Sim - gaze/fralda	3	42,8	3	37,5	$\rho = 0,8$
	Sim - dedeira/escova	1	14,2	0	0,0	
	Não	3	42,8	5	62,5	
QUANDO DEVE COMEÇAR A FAZER A LIMPEZA DA BOCA DE SEU BEBÊ?	Antes dos 6 meses	6	85,7	5	62,5	 = 0,6
	Depois dos 6 meses	1	14,3	3	37,5	
LIMPEZA DIÁRIA DA BOCA	1 vez/dia	3	42,8	0	0,0	$\rho = 0,8$

DO BEBÊ:	2 vezes/dia	1	14,2	3	37,5
	Não faz	3	42,8	5	62,5

(Obs: ρ - Teste de Fisher / χ^2 = – Teste Qui-Quadrado)

Todas relataram gestação a termo (idade gestacional entre 30-41 semanas). A maioria teve parto normal em ambos os grupos, bem como iniciou o aleitamento materno no primeiro dia, logo após o parto. Nenhuma das crianças apresentou doença sistêmica ao nascer.

Orientações sobre os cuidados com a saúde bucal do bebê na puericultura aconteceram em apenas 14,28% e em 25% das mães do grupo A e do grupo B, respectivamente. O AME foi o tipo de alimentação do bebê mais relatado em ambos os grupos. Dentre as poucas mães do grupo A que relataram utilizar a mamadeira na alimentação da criança (14,28%), utilizavam a fórmula infantil Nestogeno® na preparação. Poucas também foram aquelas que costumavam oferecer “chuquinha” de chá para acalmar o bebê, sendo 14,29% do grupo A e 37,5% do grupo B. Destas, apenas as participantes do grupo A relataram utilizar açúcar no chá.

A respeito da higiene bucal da criança, cerca de 57% das entrevistadas no grupo A relataram já ter iniciado tal prática, sendo por meio da utilização de gaze/fralda (42,86%) ou dedeira/escova (14,28%), uma ou duas vezes ao dia, respectivamente. Enquanto que a maioria das participantes do grupo B ainda não iniciaram tal atividade (62,5%). Quando comparados às variáveis relacionadas às práticas maternas para com o bebê no primeiro mês do nascimento, observou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre o grupo A e o grupo B ($p < 0,05$).

A terceira (e última) fase da pesquisa foi realizada aos seis meses de pós-parto e analisou informações a respeito do comportamento da mãe em relação aos cuidados em saúde bucal, hábitos de higiene e de dieta da criança (Tabela 5). Porém, no período entre uma entrevista e outra, algumas das participantes não foram localizadas por ligação telefônica, bem como pela tentativa de visita domiciliar. Assim, neste momento, foram entrevistadas apenas 11 mães, sendo cinco componentes do Grupo A e seis do Grupo B.

Tabela 5. Avaliação das práticas maternas com relação a amamentação e dieta alimentar nos primeiros seis meses de vida do bebê dos grupos A e B (n=11).

VARIÁVEL	CATEGORIA	A		B		P-VALOR
		N	%	N	%	
VOCÊ VOLTOU PARA O EMPREGO?	Não	5	100,0	6	100,0	
VOCÊ VOLTOU A ESTUDAR?	Sim	1	20,0	4	66,7	$p = 0,4$
	Não	4	80,0	2	33,3	
QUEM CUIDA DO SEU BEBÊ NA SUA AUSÊNCIA? (MARIDO, MÃE, AVÓ, CRECHE)	Marido	0	0,0	2	33,3	$p = 0,4$
	Mãe	1	20,0	0	0,0	
	Outros	4	80,0	4	66,7	
ATÉ QUE IDADE MANTEVE SOMENTE O LEITE MATERNO (AME)?	5° mês	0	0,0	1	16,7	$p = 1,0$
	6° mês	5	100,0	5	83,3	
QUAL O MOTIVO QUE PAROU DE OFERECER SOMENTE O LEITE MATERNO (AME)?	Desmamou para ir pra creche	1	20,0	0	0,0	$p = 0,01^*$
	Dente nasceu	0	0,0	1	16,7	
	Enfermeira orientou	1	20,0	0	0,0	
	Não parou	2	40,0	0	0,0	
	Pediatra pediu	0	0,0	5	83,3	
	“Tempo certo”	1	20,0	0	0,0	
COM QUAL IDADE INICIOU OFERTA DE OUTRO LEITE PARA SEU FILHO?	4° mês	1	20,0	0	0,0	$p = 0,6$
	5° mês	1	20,0	1	16,7	
	6° mês	1	20,0	4	66,7	
	Não iniciou	2	40,0	1	16,7	
QUAL TIPO DE LEITE INICIOU A OFERTA PARA SEU FILHO?	Leite em pó	2	40,0	2	33,3	$p = 0,3$
	Leite caixinha	0	0,0	3	50,0	

	Leite saquinho	1	20,0	0	0,0	
	Não oferece	2	40,0	1	16,7	
ACORDA PARA AMAMENTAR?	Sim	4	80,0	1	16,7	$\rho = 0,08$
	Não	1	20,0	5	83,3	
SEU FILHO TEM ALIMENTAÇÃO NOTURNA?	Sim	5	100,0	6	100,0	
SEU FILHO USOU OU AINDA USA MAMADEIRA?	Sim	2	40,0	4	66,7	$\rho = 0,6$
	Não	3	60,0	2	33,3	
COM QUE IDADE INICIOU 1ª PAPA DE FRUTA?	5º mês	1	20,0	3	50,0	$\rho = 0,5$
	6º mês	3	60,0	3	50,0	
	Outro	1	20,0	0	0,0	
COM QUE IDADE INICIOU 1ª PAPA SALGADA/ALMOÇO?	5º mês	1	20,0	2	33,3	$\rho = 1,0$
	6º mês	4	80,0	4	66,7	
COM QUE IDADE INICIOU OFERTA DE DUAS PAPAS SALGADAS (ALMOÇO E JANTAR)?	5º mês	1	20,0	1	16,7	$\rho = 1,0$
	6º mês	3	60,0	4	66,7	
	Não iniciou	1	20,0	1	16,7	
COM QUE IDADE INICIOU A OFERTA DE IOGURTE (DANONINHO, YAKUT, ETC)?	2º mês	0	0,0	1	16,7	$\rho = 0,1$
	6º mês	0	0,0	2	33,3	
	Não iniciou	5	100	3	50,0	
COM QUE IDADE INICIOU A OFERTA DE BOLACHA E OUTROS ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS?	5º mês	0	0,0	1	16,7	$\rho = 0,4$
	6º mês	2	40,0	4	66,7	
	Não iniciou	3	60,0	1	16,7	
TIPO DE ALIMENTAÇÃO ATUAL DO SEU FILHO:	Frutas, legumes, carne, arroz	5	100,0	6	100,0	

Após os seis meses de vida do bebê, nenhuma das mães relatou ter voltado a trabalhar, porém, aproximadamente 67% das adolescentes do grupo B afirmaram que voltaram a estudar, enquanto que 80% do grupo A não está estudando, muitas por já terem terminado o ensino médio. E por isso, 80% - Grupo A e 66,67% Grupo B, relataram que apenas elas cuidam de seus filhos, não tendo ajuda no cuidado com a criança.

Quando questionadas sobre AME, a totalidade do grupo A e mais de 80% do grupo B o mantiveram até o sexto mês do bebê. E o motivo para parar de oferecer apenas o leite materno foi, principalmente, por que o pediatra orientou (83,33%- Grupo B), desmamou para ir para a creche, recebeu orientação da enfermeira da UBS e por considerar ser este o “tempo certo” para o desmame (20% - Grupo A em todas as variáveis). Muitas das mães adolescentes declararam oferecer outro tipo de leite aos seus filhos, sendo leite em pó (40%- Grupo A) ou de caixinha (50%- Grupo B).

A totalidade das mães adolescentes afirmou que seus filhos têm alimentação noturna, sendo que 80% dos bebês do grupo A acordam para mamar, enquanto apenas 16,6% do grupo B apresentam este hábito. A maior parte das crianças do grupo A (80%) não utilizam mais mamadeira como forma de alimentação, ao contrário do grupo B, no qual aproximadamente 67% ainda têm este hábito

A respeito do início da introdução de novos alimentos na dieta da criança, a primeira papa de fruta foi oferecida à criança entre o quinto e o sexto mês de vida em ambos os grupos. Já a primeira papa salgada como almoço foi iniciada ao sexto mês, bem como a segunda como jantar. Sobre a oferta de alimentos industrializados como iogurtes e bolachas, a maioria das entrevistadas dos dois grupos relatou ainda não ter introduzido o primeiro tipo de alimento na rotina da criança, porém aproximadamente 67% das mães do Grupo B já ofertam biscoitos doces aos seus filhos. Além disso, todas as mães declararam que a alimentação atual do bebê consiste basicamente em frutas, legumes e proteínas animais, como carne e frango. O teste estatístico apontou não existir diferença significativa entre os grupos, em especial para variável “consumo de alimentos industrializados”, observando que no grupo B o início do consumo destes produtos foi mais precoce.

Em um segundo momento desta mesma entrevista, as mães foram indagadas acerca das práticas de higiene bucal da criança neste período pós-parto (Tabela 6).

Tabela 6. Avaliação das práticas maternas com relação a higiene bucal nos primeiros seis meses de vida do bebê dos grupos A e B.

VARIÁVEL	CATEGORIA	A		B		P-VALOR
		N	%	N	%	
DENTIÇÃO DO SEU FILHO	2 dentes inferiores e 2 superiores	1	20,0	0	0,0	$\rho = 0,03^*$
	2 dentes inferiores	0	0,0	3	50,0	
	1 dente inferior e 1 superior	0	0,0	2	33,3	
	Sem dentição	4	80,0	1	16,7	
VOCÊ COSTUMA HIGIENIZAR (LIMPAR) A BOCA DE SEU FILHO?	SIM - 1 vez/dia	2	40	0	0,0	$\rho = 0,06$
	SIM - 2 vezes/dia	0	0,0	4	66,67	
	Não	3	60	2	33,33	
MOTIVO DE NÃO REALIZAR?	Não é necessário	2	66,7	1	33,3	$\rho = 0,07$
	Não tem hábito	1	33,3	0	0,0	
	Bebê já está dormindo	0	0,0	2	66,7	
HIGIENIZA À NOITE, ANTES DE DEITAR PARA DORMIR?	Sim	0	0,0	1	16,7	$\rho = 1,0$
	Não	4	100,0	5	83,3	
COMO REALIZA A HIGIENIZAÇÃO?	Não realiza	3	60,0	2	33,3	$\rho = 1,0$
	Gaze/ fralda	2	40,0	3	50,0	
	Dedeira	0	0,0	1	16,7	
NESSE 1º SEMESTRE FEZ ACOMPANHAMENTO DO BEBÊ NA UBS?	Sim - Pediatra	3	60,0	5	83,3	$\rho = 0,7$
	Sim- Clínico Geral	1	20,0	0	0,0	
	Não	1	20,0	1	16,7	
NESSES 06 MESES DO SEU FILHO, JÁ O LEVOU AO DENTISTA?	Sim	0	0,0	1	16,7	$\rho = 1,0$
	Não	5	100,0	5	83,3	

MOTIVO DE NÃO LEVAR AO DENTISTA:	Lista de espera UBS	1	20,0	0	0,0	$\rho = 0,5$
	Não é necessário	2	40,0	1	20,0	
	Não houve indicação	2	40,0	4	80,0	
QUAL A IDADE DO SEU FILHO NA PRIMEIRA CONSULTA AO DENTISTA?	6 meses	0	0,0	1	16,7	$\rho = 1,0$
	Não realizou	5	100,0	5	83,3	
QUAL FOI O MOTIVO DA 1 A VISITA DE SEU FILHO AO DENTISTA?	Prevenção	0	0,0	1	16,7	$\rho = 1,0$
	Não realizou	5	100,0	5	83,3	
QUAL O LOCAL DA PRIMEIRA CONSULTA DE SEU FILHO AO DENTISTA?	Não realizou	5	100,0	5	83,3	$\rho = 1,0$
	UBS	0	0,0	1	16,7	
NESSES 06 MESES, SEU FILHO REALIZOU QUANTAS CONSULTAS COM O DENTISTA?	1 a 2	0	0,0	1	16,7	$\rho = 1,0$
	Não realizou	5	100,0	5	83,3	

(Obs: ρ - Teste de Fisher)

Dentre as crianças do grupo A, a maioria (80%) ainda não apresentava dentes, ao passo que, no grupo B, metade delas já tinha dois dentes inferiores irrompidos. Quanto à higienização da boca da criança, 40% das mães do grupo A e 66,67% das mães do Grupo B, atestaram realizá-la uma ou duas vezes ao dia, respectivamente com a utilização de gaze/fralda ou escova própria para bebês. daquelas que não exerciam esta prática, as principais justificativas foram de que ela não julgava necessário devido ao bebê ainda não apresentar dentes ou o bebê já estar dormindo quando ela está disponível para a realização da prática (66,67%- Grupo A e Grupo B).

Em relação ao acompanhamento de seus filhos na UBS, 60% (Grupo A) e 83,3% (Grupo B) deles foram assistidos pelo pediatra da equipe, porém não passaram por consulta odontológica (100%- grupo A; 83,3%- Grupo B). Quando indagadas sobre o porquê de não levá-los ao dentista, 40% do grupo A disse não achar necessário neste momento em que a criança ainda quase não tem dentes ou que não houve indicação pelo médico e/ou enfermeira (40% Grupo A; 83,3% - Grupo B). Entretanto, as adolescentes que levaram seus filhos à consulta odontológica (16,67%- Grupo B),

foi com finalidade de prevenção aos seis meses de idade, na UBS de referência do bairro em que residem.

6. DISCUSSÃO

No Brasil, considera-se a adolescência como um período de riscos para obtenção de doenças bucais, principalmente devido ao alto índice de cárie dentária. Deste modo, há a necessidade de que profissionais da saúde, incluindo o cirurgião-dentista, orientem de forma adequada sobre a promoção de saúde, especialmente de gestantes adolescentes, enfatizando o fato de que a prática preventiva precoce é relevante neste momento para obtenção de hábitos saudáveis de dieta e de higiene e possa influenciar positivamente na saúde bucal de seus filhos.

Embasado no estudo publicado por Abuidhail, Mrayan e Jaradat (2019), este trabalho, foi realizado com adolescentes no final do terceiro trimestre de gravidez (entre 28 e 36 semanas). Isto se justifica pois o intuito foi de acompanhá-las até os seis meses de pós-parto, se a amostra fosse composta por mulheres que estivessem com gestação em períodos mais recentes, não haveria tempo hábil para a realização deste acompanhamento, visto que todo o processo de elaboração, execução e finalização do projeto deveria ser realizado em um período de dois anos. Além disso, Huang et al. (2007) afirmam, em seu estudo que, se os profissionais de saúde fornecerem às gestantes a educação efetiva em amamentação durante o terceiro trimestre de gestação, a duração da amamentação seria prolongada.

Os dados coletados no pré -natal demonstraram que as gestantes possuíam idade média de 17,5 anos no grupo A e 16,3 anos no grupo B, raça branca, com ensino médio incompleto e renda familiar baixa, em ambos os grupos, em consonância com os dados IBGE (2016), os quais mostram que, no Brasil, 57,8 % das mulheres com idade entre 15 e 19 anos e de raça branca, já tem pelo menos um filho e, entre aquelas que apresentam até oito anos de estudo, 56% também já tem um filho ou mais. Fato que ratifica o descrito por Finer e Zolna (2011), o qual relata que quanto menor a escolaridade, maior a taxa de gravidez indesejada para mulheres entre 15-44 anos nos EUA. Todavia este mesmo estudo demonstra que a taxa de gravidez indesejada é maior em mulheres negras, do que em brancas ou

hispânicas. O estudo de AMARAL et al., (2017) identificou que a renda familiar de 50% das gestantes adolescentes era de até R\$1.000,00, e Marín et al, (2013) apontou que a renda de 92,5% das gestantes era entre um e três salários mínimos. Já o estudo de Finer e Zolna (2011), realizado nos EUA, concluiu que a taxa de gravidez indesejada foi cinco vezes maior em mulheres consideradas de baixa renda.

Com respeito a saúde bucal das gestantes, sinais de inflamação gengival, principalmente o sangramento relacionado à gengivite, são muito evidentes em gestantes que se encontram no último trimestre de gestação, devido aos níveis hormonais de progesterona e estrógenos aumentados e que são agravados pela má higiene bucal e respiração bucal frequente neste período (GONZA´LEZ-JARANAY et al., 2017; AAPD, 2018; MURAKAMI et al.,2018). Estes achados são concordantes com o encontrado no atual trabalho, o qual descreve a existência de sangramento gengival em uma parte significativa da amostra, embora a maioria das entrevistadas terem alegado realizar escovação entre duas e três vezes ao dia e usar fio dental, pelo menos uma vez ao dia, assim como o apresentado no estudo de Amorim, Costa e Costa (2011) e Barbieri et al.(2018).

Quanto à última consulta odontológica antes da gestação, a maioria delas relatou ter buscado o atendimento odontológico nos últimos meses, dados que vão contra aos já descritos na literatura, os quais relatam que 85% das gestantes adolescentes não procuraram atendimento odontológico nos últimos 12 meses (AMORIM; COSTA;COSTA, 2011). Isto se justifica, pois mulheres de todas as idades não tem a rotina de procurar o dentista antes do período gestacional, mesmo existindo a necessidade de tratamento odontológico (AAPP, 2018), somado a isso, há a dificuldade na adesão e realização do tratamento devido à existência de crenças e mitos transmitidos de geração a geração sobre este assunto (VASCONCELLOS et al., 2012; CABRAL, SANTOS, MOREIRA, 2013, ROCHA et al, 2018). Porém, em pesquisa realizada em uma UBS da cidade de São Paulo, resultou que 60,5% da amostra acreditavam que o atendimento odontológico durante a gestação deveria ser regular e preventivo (BARBIERI et al., 2018).

Sabendo-se que o período gestacional é um momento em que a adolescente pode estar mais aberta a receber novas informações e incorporar novos hábitos de

saúde que serão transferidos aos seus filhos, é essencial que haja orientações preventivas a respeito de assuntos importantes para esta idade como, por exemplo, hábitos alimentares e, conseqüentemente, lesões de cárie e doenças periodontais. Neste momento é natural a maior ingestão de carboidratos e bebidas açucaradas e/ou ácidas entre as principais refeições (AAPD, 2018), como foi visto neste estudo, no qual a maioria da amostra de ambos os grupos relatou comer entre as principais refeições e no grupo B, 75% disse ingerir refrigerantes com frequência. Ao contrário do observado no estudo feito por Barbieri et al. (2018) no qual apenas 20% das gestantes relataram mudança de hábitos alimentares durante o período gestacional.

Seguindo o pressuposto acima, a gestação na adolescência, é importante a implementação de programas educativos composto por uma equipe multiprofissional, focados na promoção da saúde bucal, estímulo ao aleitamento materno e incentivo a boas práticas para com o bebê. Seria oportuno reforçar que o AME é uma prática primordial para o binômio mãe e filho, pois, além de criar um vínculo afetivo entre eles, traz muitas vantagens para a saúde de ambos, desde benefícios no pós-parto para a mãe, até o crescimento e desenvolvimento correto da face, fonação, respiração e deglutição, bem como da intelectualidade e níveis de escolaridade da criança (ROCHA et al., 2018), além de ser a principal fonte nutricional para o bebê até o sexto mês de idade (MARÍN et al, 2013). Muitas mães não apresentam a autoconfiança em realizar o AME, por isso a importância dos profissionais em saúde, incluindo o cirurgião dentista para fortalecer e incentivar a realização desta prática (ROCHA et al., 2018).

Neste estudo, a grande maioria das mães entrevistadas relatou não ter participado de palestras com a equipe de saúde da UBS, falando sobre as vantagens do AME para a saúde da mãe e da criança, mesmo tendo participado do programa de pré-natal desde o início da gestação e passando por pelo menos uma consulta com o clínico geral ou ginecologista. Porém, elas relataram saber a importância do AME para a saúde bucal de seu filho. Resultado semelhante foi encontrado por Marín et al. (2013), no qual 78,75% das mães entrevistadas sabiam da importância do AME para o bebê. Isto demonstra que, mesmo havendo falhas no sistema de saúde, ainda há a transmissão de informações importantes sobre as

fases da gestação acontecendo de modo que estas mulheres conseguiram absorvê-las. Porém, os dados coletados no final da pesquisa mostraram que as mães realizaram o desmame do bebê próximo aos seis meses e, quando questionadas sobre o motivo de interromper a oferta do AME, a maioria relatou que foi por orientação do pediatra/enfermeira que acompanha o bebê na UBS, comprovando que ainda há lapsos na transmissão de conhecimentos pela equipe multidisciplinar responsável por estas mães.

No que se refere a atuação da equipe de saúde bucal, de acordo com a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2018, p.14), toda gestante inscrita no SUS tem direito ao acompanhamento no pré-natal com, no mínimo sete consultas, sendo pelo menos uma destas odontológica (KOBYLÍŃSKA et al., 2018). No entanto, no presente estudo, quase que a totalidade das gestantes relataram não ter participado de palestras com o cirurgião-dentista sobre saúde bucal e, ainda, pouco mais da metade delas, informou não ter passado por consulta odontológica no pré-natal. Tais achados vão de encontro aos descritos por Amorim, Costa e Costa (2011), os quais avaliaram 40 gestantes na faixa etária de 14 a 18 anos de idade, em um programa de pré-natal em São Luís - Maranhão e identificaram que 70% delas não receberam nenhum tipo de informação de como cuidar de sua boca e do seu filho e, dentre aquelas que receberam, apenas 10% foram através do cirurgião-dentista. Da mesma maneira que o apresentado por Rigo, Dalazen, Garbin (2016), em que “quase a totalidade da amostra (93,7%) realizou o pré-natal durante a gestação, porém a maioria não recebeu orientação odontológica durante esse período (63,3%)”. Todavia, são contrários aos achados de uma pesquisa realizada com gestantes na Polônia, no qual 62,3% das mulheres visitaram o dentista durante a gravidez, sendo que, destas, 17,2% foram encaminhadas pelo ginecologista (KOBYLÍŃSKA et al., 2018).

Além disto, a Linha Guia também garante que “deverá ser feita uma consulta odontológica para o bebê, mesmo antes da primeira dentição, com o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie em crianças de 0 a 36 meses” (PARANÁ, 2018). Porém, neste estudo, quase que a totalidade da amostra disse não ter sido orientada a levar o bebê para avaliação odontológica na puericultura, além de desconhecerem a idade ideal para levar seu filho à primeira consulta odontológica, dados

consistentes com o já relatado em outros estudos, nos quais 50% (AMORIM; COSTA; COSTA, 2001) e 62,5% (MARÍN et al., 2013) das mães não sabem dizer qual é o momento indicado para a primeira visita ao dentista. Outro estudo recente ainda mostrou que, devido à falta de orientação sobre o tratamento odontológico durante o pré-natal, 64,6% das mães levaram seus filhos à primeira visita ao dentista apenas no primeiro ano de vida (RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016).

Ao serem questionadas sobre o conhecimento a respeito da cárie dentária, e erupção dos dentes decíduos a maioria das adolescentes de ambos os grupos demonstraram pouco conhecimento, fato semelhante com o estudo realizado por MARÍN et al. (2013), no qual 58,7% das mães com idade média de 15,5 anos não sabiam quando o primeiro dente apontaria na boca de seu bebê.

Quando foram questionadas a respeito do atendimento odontológico da criança na puericultura, a maioria das mães relataram não ter recebido orientações sobre os cuidados da boca e da alimentação do bebê neste momento. Em cartilha publicada pelo CRO-PR (2018) encontra-se:

Recomenda-se que os pais levem seus filhos para a realização da primeira consulta odontológica nos primeiros seis meses de vida, preferencialmente até o terceiro mês por ser um período oportuno para orientações sobre aleitamento materno e hábitos de sucção nutritiva, não nutritiva e de higiene bucal (CRO-PR, 2018, p.18).

A maior parte das mães adolescentes relatou ser o AME o tipo de alimentação atual do bebê, não oferecendo mamadeira ou chuquinha de chá para acalmar a criança. No entanto, aos seis meses, observou-se que muitas mães adolescentes introduziram alimentos industrializados, reforçando a necessidade da atuação dos profissionais, em especial o cirurgião dentista, nutricionista e pediatra.

Em relação ao início da prática de higienização bucal da criança, a literatura recomenda que deva ser realizada mesmo antes da erupção dentária, para a criação de bons hábitos e também remoção de restos de leite (AMORIM; COSTA; COSTA, 2011). Mesmo tendo recebido essa informação, muitas mães adolescentes desta pesquisa ainda não iniciaram a limpeza da boca de seus filhos, mas sabem que a prática deve ser iniciada antes dos seis meses de vida da criança. Estes achados

foram confirmados por Marín et al (2013), no qual 43,75% das mães reconheceram que a prática deve ser iniciada antes da erupção dentária e contrários ao publicado por Amorim, Costa, Costa (2011), no qual as mães acreditam que o ideal é após o primeiro ano de nascimento e ao obtido por Rigo, Dalazen e Garbin (2016), em que as mães iniciaram a limpeza bucal de seus filhos após o irrompimento do primeiro dente. Os dados deste estudo apontam que, dentre aquelas que já a praticam, limpam a boca da criança apenas uma vez ao dia, principalmente por relatarem medo ou insegurança. A medida que os dentes da criança começaram a irromper, observou-se que as mães melhoraram a higiene bucal, passando a realizar a prática até duas vezes ao dia, se mostrando mais confiantes e interessadas.

Órgãos de saúde recomendam que a amamentação deve ser fonte de alimentação exclusiva para bebês até os seis meses de idade, e que a complementação com outros alimentos sólidos e líquidos, pode ocorrer até aproximadamente os 02 anos (OMS, 2001; WHO, 2011), pois coincide com a fase de erupção dos dentes decíduos - que acontece, geralmente no sexto mês (CRO-PR, 2018). Tais alimentos podem ser: legumes e frutas em forma de papa, que não devem ser adoçadas por já possuírem frutose naturalmente, assim como proteínas e alguns tipos de cereais e /ou tubérculos (carboidratos) (CRO-PR, 2018). Estas informações vão de encontro com o observado no presente estudo, em que quase a totalidade das mães adolescentes, disseram ter realizado o AME até o sexto mês de idade de seus filhos, quando então, passaram a oferecer papinha de fruta e papinha salgada nos horários das refeições principais da família.

As atitudes em relação aos bons hábitos alimentares da criança são reflexo das atitudes dos seus familiares, não deve ser ofertado às crianças todos os alimentos consumidos pelo restante da família, principalmente os industrializados, como doces, iogurtes e refrigerantes. Assim sendo, os resultados demonstram que, em geral, as adolescentes já iniciaram a oferta de iogurtes e bolachas aos seus filhos ao mesmo tempo em que ofertam papinhas de frutas e legumes. Isto se deve ao fato de que mães mais jovens estão mais propensas a se alimentarem de forma não saudável, tornando a alimentação de seu filho reflexo da sua. É importante salientar esta informação, pois estudos demonstram que os principais fatores para a ocorrência de cárie dentária em crianças é a presença de bactérias na cavidade oral

(transmitidas muitas vezes pela mãe) e a exposição ao açúcar (KOBYLÍŃSKA et al., 2018).

Em relação à higiene bucal do bebê, o Conselho Regional de Odontologia do Paraná recomenda que deve ser realizada com gaze ou pano umedecido em água filtrada ou fervida, mesmo antes da erupção dos primeiros dentes, para remover resíduos de leite materno das bochechas e língua (CRO-PR, 2018). Esta informação corrobora com os presentes achados, que evidenciam que as mães que realizam esta prática de forma correta. Como também os expostos por Barbieri et al (2018), nos quais as mães afirmaram que o modo correto para a realização da higienização da boca do bebê era por meio da utilização de gaze ou pano molhado com água limpa (66,7%).

É ainda recomendado que esta prática seja efetuada de duas a três vezes ao dia, principalmente no período noturno (CRO-PR, 2018). Entretanto, os resultados evidenciam que esta atividade é realizada apenas entre uma e duas vezes por dia pelas mães e nunca no período noturno. Mesmo assim, já se observa uma maior incorporação da prática por todo o grupo, mostrando que existe uma maior confiança em realizar a higienização da boca da criança neste momento em que ela já está maior. Achados de um estudo retrospectivo realizado com pacientes da Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina, revelaram que 27,1% dos pacientes que participaram da bebê clínica desde os primeiros meses de vida, escovam os dentes com uma frequência de duas vezes ao dia e 68,6% do total da amostra, escovam três vezes ao dia (AIDA et al., 2017).

Isto demonstra que a orientação a respeito da promoção de saúde e prevenção de doenças, aliados ao encorajamento desde o início da vida do bebê é de grande valia para a incorporação dos hábitos de higiene em sua rotina até a idade adulta (AXELSSON, 2006; WIGEN, WANG, 2014). Desta forma, o atendimento odontológico deve fazer parte do cotidiano da vida de toda a família. Tal informe é diferente do revelado neste estudo, pois quase a totalidade de toda a amostra ainda não havia levado seu filho à consulta odontológica durante os seis meses de vida da criança. Isto se deve ao fato de que acreditam ainda não ser necessário, devido a criança ainda não apresentar muitos dentes e pela falta de orientação do pediatra a respeito da importância da saúde bucal para o desenvolvimento do bebê.

Por fim, observou-se que não houve diferença estatística entre os grupos avaliados. Os resultados demonstraram que, para o grupo B, que recebeu reforço nas orientações em dois momentos distintos, não houve grande impacto nas atitudes e práticas da mãe para com o bebê, talvez pelo fato de que elas se apresentaram mais jovens do que as mães do grupo A. No entanto, observou-se boas práticas em ambos os grupos, mostrando que o contato das adolescentes com profissionais no período de pré-natal permitiu com que elas assimilassem informações benéficas para o seu bem estar e de seu filho.

Algumas limitações podem ser apontadas no presente estudo, como: durante a coleta de dados, ocorreu perda da amostra pois os horários de consultas de pré-natal de várias UBS coincidiam e era necessário optar em qual unidade realizar o primeiro contato com as gestantes e, como as consultas eram mensais, o processo demorava a ser retomado nas demais UBS. Além disso, nem todas as pacientes terminaram o protocolo da pesquisa (avaliação de seis meses), reduzindo o número da amostra na avaliação final. Destaca-se a escassez de publicações que apresentem trabalhos realizados com gestantes adolescentes, focados na promoção de saúde bucal para mães e bebês, prática do AME, e de outros assuntos como a obtenção de hábitos deletérios e alimentares típicos da idade. Entende-se que são necessárias novas pesquisas, ampliando-se a amostra e com maior período de acompanhamento, para avaliar benefícios que um programa de promoção da saúde bucal pode ter ao longo do tempo.

7. CONCLUSÃO

Mesmo com a implementação de medidas educativas por meio de orientações individuais e distribuição de material educativo, não houve diferença significativa entre os grupos A e B, no que diz respeito ao conhecimento e a prática das gestantes adolescentes analisadas neste estudo. Entretanto, quando comparados os dados obtidos nas diferentes fases da pesquisa, percebeu-se uma melhora na incorporação de hábitos saudáveis de ambos os grupos, mostrando que elas absorveram informações que contribuíram para a incorporação destas práticas em seu cotidiano e também de seu filho. Consequentemente, vê-se necessário a implementação de programas de promoção de saúde bucal e o incentivo à interdisciplinaridade dentro dos programas de pré-natal, incluindo a maior participação do cirurgião dentista, para desenvolver estratégias individuais e coletivas e contribuir na melhora da saúde bucal e geral deste grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- AAPD. American Academy of Pediatric Dentistry. **Guideline on adolescent oral health care**, v. 40, n. 6, p.229-236; 2018.
- 2- AAPD. American Academy of Pediatric Dentistry. **Guideline on Oral Health Care for the Pregnant Adolescent**, v.37, n.6, p. 159-165; 2012.
- 3- ABUIDHAIL, J.; MRAYAN, L.; JARADAT, D. Evaluating effects of prenatal web-based breastfeeding education for pregnant mothers in their third trimester of pregnancy: Prospective randomized control trial. **Midwifery**, v. 69, p. 143–149, 2019.
- 4- AIDA, K.L. et al. Influence of a preschool preventive dental programme on caries prevalence, oral care and secretory immunity to *Streptococcus mutans* in young adults. **Int J Dent Hygiene**, p.1–8, 2017.
- 5- AMARAL, C.C et al. Perinatal health and malocclusions in preschool children: Findings from a cohort of adolescent mothers in Southern Brazil. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 152, n. 5, p. 613-621, november, 2017.
- 6- AMORIM, B.F; COSTA, J.F; COSTA, E.L. Percepção de primigestas adolescentes sobre saúde bucal. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v.12, n.2, p.13-17, maio-agosto, 2011.
- 7- AXELSSON P. The Effect of a Needs-Related Caries Preventive Program in Children and Young Adults – Results after 20 Years. **BMC Oral Health**, v.6, n.1, 2006.
- 8- BARBIERI, W. Sociodemographic factors associated with pregnant women's level of knowledge about oral health. **Einstein**, v. 16, n. 1, p.1-8, 2018.

- 9- BASTIANI, C. et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontologia Clínico-Científica (Impresso)**, v. 9, p. 155-160, 2010.
- 10-BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Disponível em: < www.sinasc.saude.pr.gov.br/> [Acesso em 14 junho 2017]
- 11-BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm> [Acesso em 25 março 2019]
- 12-BRASIL. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.
- 13-BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2004.
- 14-CABRAL, M. C. B.; SANTOS, T. D. S.; MOREIRA, T. P. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 173–180, 2013.
- 15- CONTI, F. Biometria – Qui-quadrado. Disponível em < <http://www.ufpa.br/dicas/biome/biopdf/bioqui.pdf>>. Acesso em: 02/02/2019
- 16-CRO-PR. Guia de Orientação para Saúde Bucal nos Primeiros Anos de Vida. Coordenadoras: Leila Maria Cesário Pereira Pinto, Eliane Mara Cesário Pereira Maluf; Autores: Claudete Closs et al. - 2ª ed. Londrina: UEL, 2018.

- 17- DAALDEROP et al. Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes: Overview of Systematic Reviews. **JDR Clinical & Translational Research**, v.3, n. 1, p. 10-27, janeiro 2018.
- 18-FAUSTINO-SILVA, D.D. et al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Ciência**, v.23, n.4, p.375-379, 2008.
- 19- FINER, L.B; ZOLNA, M.R. Unintend pregnancy in the United State: Incidence and disparities, 2006. **Contraception**, v. 84, n. 5, p. 478–485, November 2011.
- 20-FONSECA BB; WAPNIARZ RS; TORRES-PEREIRA CC. Atitudes e acesso à informação de saúde bucal de um grupo de gestantes adolescentes. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v.68, n.3, p.254-8, 2014.
- 21-GARBIN, C.A.S. et al. Saúde Coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v.40, n.4, p.161-165, jul/ago, 2011.
- 22- GONDINHO, B.V.C. et al. Conhecimento das gestantes adolescentes sobre saúde bucal em uma maternidade do município de Teresina-Piauí. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.5, edição especial, p.2274-81, 2014.
- 23- GONZA´LEZ-JARANAY et al. Periodontal status during pregnancy and postpartum. **PLOS ONE**, p. 1-9, maio 2017.
- 24- GRANVILLE-GARCIA, A.F. et al. Conhecimento de gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru – PE. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.36, n.3, p.243-249, 2007.

- 25-HALL-SCULLIN, E. et al. A qualitative study of the views of adolescents on their caries risk and prevention behaviors. **BMC oral Health**, v.15, n.1, p.141, 2015.
- 26- HILGERS, K.K.; DOUGLASS, J.; MATIEU, G.P. Adolescent Pregnancy: A Review of Dental Treatment Guidelines. **Pediatric Dentistry**, v.25, n.5, p.459-467, 2003.
- 27-HUANG, M.Z., KUO, S., AVERY, M.D, CHEN, W., LIN, K., GAU, M. Evaluating effects of a prenatal web-based breastfeeding education programme in Taiwan. **J. Clin. Nurs.**, v.16, p.1571–1579, 2007.
- 28-HULLEY, S.B. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. **Artmed**, 3ed, p. 384, 2008.
- 29- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/maringa/panorama>> [Acesso 15 junho 2017]
- 30- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2016. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>> [Acesso 06 fevereiro 2019]
- 31- IFAN (Instituto Nacional da Primeira Infância). Primeira Infância e Gravidez na Adolescência. Secretaria Executiva – Biênio 2013-2014. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf>> [Acesso 15 junho 2017]
- 32- KOBYLÍŃSKA, A. et al. The role of the gynaecologist in the promotion and maintenance of oral health during pregnancy. **Ginekologia Polska**, v. 89, n. 3, p. 120–124, 2018.

- 33-MAIA, J.M.D. et al. Mãe, pai e casal na adolescência: e agora? Orientações para profissionais da saúde- Manual LAPREV. **São Pedro & João Editores**, São Carlos, 88p., 2011.
- 34-MARÍN, C. et al. Percepção do atendimento odontológico: comparações entre grupos de gestantes adultas e adolescentes. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 46, p. 65-71, out./dez. 2015.
- 35-MARÍN, C. et al. Avaliação do conhecimento de adolescentes gestantes sobre saúde bucal do bebê. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.49, n.3, p.133-139, julho/setembro, 2013.
- 36- MAROTTI, J. et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**; v.20, n.2, p. 186-94, maio-ago/2008.
- 37- MASSONI, A.C.L.T. et al. Conhecimento de Gestantes sobre a Saúde Bucal dos Bebês. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.13, n.1, p.41-47, 2009.
- 38-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno De Atenção Pré-Natal Risco Habitual, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – Rede Mãe Paranaense, 2012. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf> [Acesso 30 maio 2017]
- 39-MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010. Resultados preliminares. Brasília; 2011.
- 40-MURAKAMI, S. et al. Dental plaque–induced gingival conditions. **J Clin Periodontol**, v. 45 (Suppl 20), p. S17–S27, 2018.

- 41-OLIVEIRA, G.J.P.L. et al. Efeito do Stress no Grau de Inflamação Gengival em Adolescentes Grávidas: Estudo Piloto. **Revista Odontológica Brasil Central**, v.21, n.59, 2012.
- 42-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
- 43- PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, 7ª ed, 2018. Linha Guia - Rede Mãe Paranaense. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf> [Acesso 02 fevereiro 2019]
- 44-POLITANO, G. T. et al. Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. **Revista Íbero-americana de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v. 7, n. 36, p. 138-148, 2004.
- 45- PREFEITURA MUNICIPAL DE MARINGÁ- Plano Municipal de Saúde de Maringá - PR 2014 /2017 Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/b65b3c5fcd38.pdf>> [Acesso 15 junho 2017]
- 46- RAMAZANI, N. et al. Effect of Anticipatory Guidance Presentation Methods on the Knowledge and Attitude of Pregnant Women Relative to Maternal, Infant and Toddler's Oral Health Care. **Journal of Dentistry**, Tehran University of Medical Sciences January, v.11, n.1, 2014.
- 47- RIGO L., DALAZEN J., GARBIN R.R. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. **Einstein**, v.14, n.2, p.219-225. 2016.

- 48-RIOS, D. et al. Relato de gestantes quanto à ocorrência de alterações bucais e mudanças nos hábitos de dieta e higiene bucal. **Iniciação Científica - CESUMAR**, v. 9, p. 63-68, 2007.
- 49- ROCHA, I.S. et al. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.23, n.11, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103609&lng=pt&nrm=iso> [Acesso 11 fevereiro 2019]
- 50- ROSSATO, M.D.S. Conhecimento e prática das mães com relação à saúde bucal de seus filhos nos primeiros anos de vida. 61 p. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu – Mestrado em Odontologia. Universidade Norte do Paraná, Londrina, 2017.
- 51- RUSSEL, S.L., MAYBERRY, L.J. Pregnancy and oral health: A review and recommendations to reduce gaps in practice and research. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v.33, n.1, p.32–37, jan 2008.
- 52-SABOIA, V.P.A. et al. Programa odontológico preventivo para gestantes adolescentes - projeto sorridente: relato de experiência. **Extensão em Ação**, Fortaleza, v.2 n. 7, p.140-152, Jul/Dez 2014.
- 53-SILVA, A.R.V. et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.1, p.18-24, 2009.
- 54- SOUSA, J. M., FRACASSO, M. L. C. Comportamento Materno versus Temperamento da Criança: Influência no Padrão de Saúde Bucal. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (Impresso)**, v. 10, p. 47-54, 2010.

- 55-STEINBERG L, MONAHAN K. Age differences in resistance to peer influence. **Developmental Psychology Journal**, v.43, p.1531–43, 2007.
- 56- STEVENS, J.; IIDA, H.; INGERSOLL, G. Implementing an Oral Health Program in a Group Prenatal Practice. **JOGNN**, v. 36, n. 6, p. 581-591, 2007.
- 57- VASCONCELLOS, R.G., VASCONCELLOS, M.G., MAFRA, R.P., JÚNIOR, L.C.A., QUEIROZ, L.M.G., BARBOZA, C.A.G. Atendimento Odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Revista Brasileira de Odontologia**; v.69, n. 1, p.120-124, 2012.
- 58- VENANTE, H.S. Padrão de saúde bucal na adolescência e a sua relação com a implementação de medidas educativo-preventivas nos primeiros anos de vida. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu – Mestrado em Odontologia. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2017.
- 59- VETTORE M.V., MOYSÉS S.J., SARDINHA L.M. et al. Socioeconomic status, tooth brushing frequency, and health-related behaviors in adolescents: an analysis using the PeNSE database. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, p.101-13, 2008.
- 60- WHO- World Health Organization (2001). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization (Technical Report Series, 854).
- 61-WHO- World Health Organization. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. **World Health Organization, Geneva**, 2011. Disponível em: <
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/> [Acesso 13 fevereiro 2019]

62-WIGEN T.I., WANG N.J. Does early establishment of favorable oral health behavior influence caries experience at age 5 years? **Acta Odontol Scand**, v. 73, p.182-187, 2014.

APÊNDICE

(Folder – Material Explicativo)

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO GESTANTES

- Toda gestante deve priorizar sua saúde bucal, pois sua negligência pode acarretar consequências para o bebê, como o parto pré-maturo e problema pulmonar.
- O melhor período para consultas odontológicas, é entre a 16ª e a 24ª semana de gravidez;
- Participe do grupo para gestantes de sua Unidade de Saúde e garanta o pré-natal odontológico;
- Toda gestante tem prioridade ao tratamento odontológico na UBS.
- Em casos de urgência ou mesmo dor de dente, o tratamento odontológico é muito seguro e não causará problemas para o bebê.



MITOS E VERDADES SOBRE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

É perigoso para o bebê tirar Raio X Odontológico?

MITO. desde que sejam utilizados todos os equipamentos de segurança.

Anestesia odontológica causa aborto?

MITO. desde que utilizada corretamente pelo dentista.

Grávida pode tomar medicações?

VERDADE. desde que receitadas corretamente pelo médico ou dentista.

Gravidez enfraquece os dentes?

MITO. Não existe nenhuma relação entre a gestação e a perda de cálcio dos dentes.

SAÚDE BUCAL PARA MÃES E BEBÊS



Realização:

MESTRADO

Odontologia Integrada



AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO

A amamentação é de extrema importância para o bebê e para a mãe: é momento de desenvolvimento e de criação de laços.

LEITE MATERNO

- Deve ser exclusivo até os 6 meses de idade;
- Muito importante para o desenvolvimento físico e emocional da criança;
- Auxilia no sistema imune do bebê, transferindo anticorpos e imunoglobulinas da mãe para o bebê;
- Propicia que deglutição e respiração sejam feitas de forma adequada;
- É mais fácil de ser digerida, por isso os bebês amamentados têm menos cólicas, gases e diarreias;

ALIMENTAÇÃO

- A partir dos 6 meses, ofereça de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
- No caso de não poder amamentar, utilize a fórmula preconizada pelo médico. No desmame, recomenda-se a utilização do copo, com leite puro.
- Evite dar doces e usar açúcar ou mel na alimentação até 02 anos de idade.
- Estimule o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.



LIMPEZA DA BOCA E DENTES DO BEBÊ

Quando nascerem os primeiros dentes realize a limpeza, utilizando uma gaze embebida em água filtrada, após as refeições principais e especialmente a noite, após a última mamada.

A partir dos 2 anos de idade, a higienização deve ser feita com escova dental infantil e pasta dental com flúor (1100 ppm), em pequena quantidade. O uso do fio dental também já é recomendado!



Um grão de arroz cru para crianças que ainda não sabem cuspir.



Um grão de ervilha para crianças que já sabem cuspir.

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA BEBÊS E CRIANÇAS

É recomendada que a primeira consulta do bebê seja agendada antes do 6º mês de vida.

Procure a Unidade Básica de Saúde de sua referência e busque o atendimento odontológico para o seu bebê.

CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA

Até os 03 anos de idade, a ocorrência de cárie precoce da infância é muito alta.

Prevenção é a melhor estratégia



- A mãe deve sempre fazer a higienização da boca da criança; pois esta não possui coordenação motora.
- Evite mamadas de madrugada e alimentos adoçados.

CHUPETA E MAMADEIRA

CUIDADO!

- Evite dar mamadeira e chupeta para o bebê, prevenindo problemas de cárie, dentes tortos e respiração bucal;
- Inicialmente, substitua a mamadeira por copos com bicos e, mais tarde, use copos normais;
- Retire o uso de chupeta e mamadeira até os 2 anos de idade de forma gradual para não causar traumas.



ANEXO

**(Questionário – Instrumento para
coleta de dados)**

Roteiro para Entrevista - Instrumento 1 (1ª Entrevista – Pré-Natal)

Data da Entrevista: ___/___/___.	
Unidade Básica de Saúde: _____ . Equipe: _____	
ACS: _____	
Nome da Mãe: _____	
Número do Cartão SUS: _____	
Endereço: _____ Nº.: _____	
Bairro: _____ Zona: _____	
Telefone: _____.	
Endereço 2: _____ Nº.: _____	
Bairro: _____ Zona: _____	
Telefone: _____	
I. Aspectos Socioeconômicos	
1. Idade materna:	_____ anos.
2. Raça	(1) Branca (2) Negra (3) Amarela (4) Parda
3. Situação conjugal:	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro
4. Com quem você mora?	(1) Com companheiro (2) Com pais/sogro (3) Sozinha
5. Primeira gravidez?	(1) Sim (2) Não
6. Quantos filhos têm?	_____
7. Gravidez foi desejada?	(1) Sim (2) Não
8. Escolaridade:	(1) Nunca estudou (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Nível superior
9. Condição de Ocupação atividade:	(1) Remunerada (3) Não possui (2) Não remunerada Qual? _____
10. Renda: (Em Salário Mínimo – R\$937.00 – PR/2017)*	(1) Até um salário mínimo (2) Um à dois salários mínimos (3) Três à quatro salários mínimos (4) Mais de cinco salários mínimos
11. Recebe apoio do Governo (ex. bolsa família, vale gás, leite, salário penitenciário, outros)?	(1) Sim Qual (is)? _____ (2) Não
12. Possui algum hábito?	(1) Bebida alcoólica (5) Não possui (2) Fuma (3) Drogas Qual? _____ (4) Medicação Qual? _____
13. Apresenta alguma doença sistêmica?	(1) Sim Qual? _____ (2) Não
14. Já fez alguma extração dentária? Qual o motivo? Quando?	(1) Sim Qual motivo? _____ (2) Não
15. Houve sangramento gengival durante a gestação?	(1) Sim (2) Não
16. Qual é a frequência de escovação?	(1) 1 Veze/Dia (2) 2 Vezes/Dia

	(3) 3 vezes/Dia	(4) Outros _____
17. Usa fio dental?	(1) Sim	(2) Não
18. Tem hábito de comer entre as refeições principais?	(1) Sim	(2) Não
19. Toma refrigerante com frequência?	(1) Sim	(2) Não
20. Quando foi a última consulta odontológica antes da gestação? Qual o motivo?	_____	
II. Assistência PRÉ-NATAL		
21. Desde quando participa do Pré-Natal na UBS?	(1) Desde o primeiro trimestre (2) Segundo trimestre (3) Terceiro trimestre	
22. Qual médico presta assistência?	(1) Médico PSF (2) Clínico Geral (3) Ginecologista/ Obstetra	
23. Quantas consultas participou com o médico?	(1) Até 3 consultas (2) Acima de 3 consultas	
24. A gestação está ocorrendo dentro da normalidade?	(1) Sim (2) Não. O que aconteceu: _____	
25. Participou da palestra sobre as vantagens do AM?	(1) Sim	(2) Não
26. Participou da palestra com o CD sobre a importância da saúde bucal da gestante?	(1) Sim	(2) Não
27. Quantas consultas odontológicas fez no pré-natal?	(1) Até 2 (2) Mais de 3 (3) NENHUMA	
28. Qual o motivo da consulta odontológica?	(1) Prevenção (2) Tratamento (3) Urgência	
29. Foi orientada a trazer o bebê na puericultura para avaliação odontológica?	(1) Sim	(2) Não
30. Participou da consulta com a nutricionista?	(1) Sim	(2) Não
31. Você acha que existe relação entre a amamentação e a saúde bucal da criança?	(1) Sim	(2) Não
32. Com que idade você acha que o bebê deve fazer a primeira visita ao dentista?	(1) Antes 3 meses (3) 6 a 9 meses	(2) 3 a 6 meses (4) Após 9 meses
33. Em sua opinião, quando a criança deve começar a escovar seus próprios dentes sem a ajuda da mãe?	(1) Após 3 anos (4) Após 5 anos (5) OUTROS	(2) Após 4 anos (4) Após 6 anos
34. Em que idade você acha que a criança deve fazer primeira visita ao dentista?	(1) Antes dos 6 meses (3) 9 a 12 meses	(2) 6 a 9 meses (4) Após 12 meses
35. Saberá dizer o que é a cárie dentária?	(1) Sim - não sabe responder (3) Sim - por fungos (5) Não	
36. Na sua opinião, a cárie pode ser evitada?	(1) Sim - não sabe (3) Sim - outros _____	
37. Você sabe quando nasce o primeiro dente de leite do bebê?	(2) Sim - pela escovação (4) Não sabe	
38. Se respondeu Sim na pergunta anterior, qual é o dente?	(1) Sim Quando? _____ (2) Não	
39. Sabe dizer, quantos dentes de leite uma criança tem (total)?	_____	
	(1) Sim - 16 DENTES (3) Sim - 24 DENTES (4) Outros _____	
	(2) Sim - 20 DENTES (4) Não sabe dizer	

Roteiro para Entrevista - Instrumento 2 (2ª Entrevista – 01 mês)

Data da Entrevista: ___/___/___. Houve alguma mudança nos dados socioeconômicos relatados anteriormente? _____ _____ _____	
III. 1ª visita domiciliar (01mês)	
40. Qual o tempo de gestação?	(1) A termo (37-41 semanas) (2) Prematuro
41. Como foi o parto?	(1) Cesárea (2) Normal (3) Normal Com fórceps
42. Quanto ao Aleitamento Materno:	(1) Ocorreu logo após o parto – 1º dia (2) Após o 2º dia (3) Não conseguiu amamentar Por qual motivo?
43. O bebê nasceu com alguma doença sistêmica?	_____ _____
44. Você recebeu orientações sobre os cuidados com a saúde da boca/ dentes do bebê nas consultas de puericultura? <i>(Cuidados com a higiene, dieta, uso de flúor, etc.)</i>	(1) Sim - Muito satisfeito (2) Sim - Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Não Porquê? _____
45. Tipo de alimentação do bebê:	(1) Leite materno exclusivo (AME) (2) Leite materno, chá e água (AMP) (3) Leite materno e outro leite animal (AMM) (4) Leite animal (AA)
46. Caso utilize mamadeira, qual o conteúdo (como prepara)?	_____ _____
47. Costuma oferecer “chuquinha” de chá para acalmar ou relaxar o bebê?	(1) Sim Qual chá? _____ (2) Não
48. Você coloca açúcar no chá?	(1) Sim (2) Não
49. O bebê tem sono tranquilo a noite?	(1) Sim (2) Não
50. Você já iniciou a limpeza da boca de seu(a) filho(a)?	(1) Sim - gaze/fralda (2) Sim - dedeira/escova dente (3) Sim – outros (4) Não
51. Quando deve começar a fazer a limpeza da boca de seu bebê?	(1) Antes dos 6 meses (2) Depois dos 6 meses (3) Depois dos 9 meses (4) Depois dos 12 meses (5) Outros
52. Quantas vezes por dia você faz a limpeza da boca de seu filho?	(1) 1 vez/dia (2) 2 vezes/dia (3) 3 vezes/dia (4) 4 vezes/dia (5) mais de 4 vezes/dia

Roteiro para Entrevista - Instrumento 3 (3ª Entrevista – 06 meses)

Data da Entrevista: ___/___/___.

Houve alguma mudança nos dados socioeconômicos relatados anteriormente?

IV. 2ª visita domiciliar (06 meses)

53. Você voltou para o emprego?	(1) Sim (2) Não
54. Você voltou a estudar?	(1) Sim (2) Não Por que? _____
55. Ocupação:	Carga horária semanal _____ Que idade seu bebê estava quando retornou ou começou a trabalhar _____ Cumpriu a Licença Maternidade 4/6 meses (1) Sim (2) Não Motivo.....
56. Quem cuida do seu bebê na sua ausência? (Marido, mãe, avó, creche)	(1) Marido (2) Mãe (3) Avó (4) Creche (5) Irmão (6) Outros
57. Até que idade manteve SOMENTE o Leite Materno (AME)?	(1) 1º mês (4) 4º mês (7) outro _____ (2) 2º mês (5) 5º mês (8) até a atualidade (3) 3º mês (6) 6º mês
58. QUAL O MOTIVO que PAROU DE OFERECER SOMENTE o Leite Materno (AME)?	_____ _____ _____ _____
59. Com qual idade iniciou oferta de OUTRO LEITE para seu filho?	(1) 1º mês (4) 4º mês (7) outro _____ (2) 2º mês (5) 5º mês (3) 3º mês (6) 6º mês
60. ATUALMENTE qual tipo de LEITE oferece para seu filho? (Leite pó ex. Nan, Ninho, etc; Leite caixa ex. integral, desnatado; Leite saquinho ex. mercado ou do GOVERNO).	(1) Leite em pó Qual? _____ (2) Leite caixinha Qual? _____ (3) Leite saquinho Qual? _____ (4) Leite materno (5) Outro
61. Seu filho tem alimentação noturna?	Para dormir? (1) Sim, se parou, usou até _____ meses. (2) Não Acorda para mamar? (1) Sim, Frequência _____ (2) Não
62. Seu filho usou ou ainda usa mamadeira?	(1) Sim, se parou, usou até _____ meses. (2) Não - Se parou, por _____ meses.
63. Com que idade iniciou 1ª PAPA DE FRUTA?.	(1) 1º mês (4) 4º mês (7) outro _____ (2) 2º mês (5) 5º mês (3) 3º mês (6) 6º mês
64. Com que idade iniciou 1ª PAPA SALGADA/ALMOÇO?	(1) 1º mês (4) 4º mês (7) outro _____ (2) 2º mês (5) 5º mês (3) 3º mês (6) 6º mês

65. Com que idade iniciou oferta de DUAS PAPA SALGADAS (almoço e jantar)?	(1) 1º mês (2) 2º mês (3) 3º mês	(4) 4º mês (5) 5º mês (6) 6º mês	(7) outro _____
66. Com que idade iniciou a oferta de IOGURTE (Danoninho, Yakut, etc)?	(1) 1º mês (2) 2º mês (3) 3º mês	(4) 4º mês (5) 5º mês (6) 6º mês	(7) outro _____
67. Com que idade iniciou a oferta de BOLACHA e outros alimentos industrializados?	(1) 1º mês (2) 2º mês (3) 3º mês	(4) 4º mês (5) 5º mês (6) 6º mês	(7) outro _____
68. Tipo de alimentação ATUAL do seu filho:			
69. DENTIÇÃO do seu filho.	(1) 2 dentes inferiores e 2 superiores (2) 2 dentes inferiores (3) 2 dentes superiores (4) dentes inferiores e superiores. (5) Sem dentição		
70. Você costuma higienizar (limpar) os dentes de seu filho?	(1) Sim - 1 VEZ/DIA (2) SIM - 2 VEZES/DIA (3) SIM - 3 VEZES/DIA (4) SIM - MAIS DE 4 VEZES/DIA (5) OUTROS _____ (6) Não. Por que? _____		
71. Higieniza à noite, antes de deitar para dormir?	(1) Sim. (2) Não.		
72. Como realiza a higienização?	(1) Não realiza (2) Gaze/ fralda (3) Escova dental (4) Outro _____		
73. Nesse 1º semestre fez acompanhamento do bebê na UBS?	(1) Sim - Pediatra (2) Sim- PSF (3) Clínico Geral (4) Não – Motivo _____		
74. Nesses 06 meses do seu filho, já o levou ao dentista?	(1) Sim (2) Não – Por que? _____		
75. Na primeira consulta de seu filho ao dentista, qual era idade da criança em meses?	_____		
76. Qual foi o motivo da 1ª visita de seu filho ao dentista?	(1) Prevenção (2) Cárie (3) Trauma (4) Outros _____		
77. Qual foi o local da primeira consulta de seu filho ao dentista?	_____		
78. Nesses 06 meses seu filho realizou quantas consultas com o DENTISTA?	(1) 1 a 2 (2) 3 a 4 (3) 5 a 6 (4) 6 ou mais (5) Não PORQUE _____		
79. LOCAL que seu filho dorme: (Identificar se o bebe dorme com os pais, pois aumenta risco de morte por esmagamento, sufocação, etc.)	(1) Próprio berço (2) Na cama com a mãe (3) Na cama com pai e mãe (4) Outro _____		

