



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

TEREZA CRISTINA ROSCHEL GIFFONI

**IMPACTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DESENVOLVIDA NA
GESTAÇÃO TARDIA COM RELAÇÃO A AMAMENTAÇÃO, DIETA ALIMENTAR
E HIGIENE BUCAL DO BEBÊ**

MARINGÁ
2019

TEREZA CRISTINA ROSCHEL GIFFONI

**IMPACTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DESENVOLVIDA NA
GESTAÇÃO TARDIA COM RELAÇÃO A AMAMENTAÇÃO, DIETA ALIMENTAR E
HIGIENE BUCAL DO BEBÊ**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá como requisito para realização da Dissertação.

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

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

MARINGÁ
2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR, Brasil)

G458i Giffoni, Tereza Cristina Roschel
Impacto das ações de promoção de saúde desenvolvida na gestação tardia com relação a amamentação, dieta alimentar e higiene bucal do bebê / Tereza Cristina Roschel Giffoni. -- Maringá, PR, 2019.
81 f.: il. color.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Marina de Lourdes Calvo Fracasso.
Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Isolde Previdelli.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada, 2019.

1. Saúde bucal. 2. Higiene bucal. 3. Gestantes - Saúde bucal. 4. Recém-nascido - Higiene bucal. I. Fracasso, Marina de Lourdes Calvo, orient. II. Previdelli, Isolde, orient. III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada. IV. Título.

CDD 23.ed. 617.601

TEREZA CRISTINA ROSCHEL GIFFONI

IMPACTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DESENVOLVIDA NA GESTAÇÃO TARDIA COM RELAÇÃO A AMAMENTAÇÃO, DIETA ALIMENTAR E HIGIENE BUCAL DO BEBÊ.

Esta dissertação foi julgada e aprovada para
obtenção do título de Mestre em Odontologia Integrada através
da Universidade Estadual de Maringá.

Dissertação aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Orientador – Prof^a. Dr^a. Marina de Lourdes Calvo Fracasso
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Membro Avaliador – Prof^a. Dr^a. Sandra Mara Maciel
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Membro Avaliador – Prof^a. Dr^a. Sueli Mutisumi Tsukuda
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Dedico esse trabalho aos meus pais José Henrique (*in memoriam*) e Maria Aparecida; ao meu marido Marcelo e aos meus filhos Eduardo, Felipe, Caroline (*in memoriam*) que sempre me apoiaram para realizar este sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, todos os dias, por tudo que tenho e que possibilitou a realização deste sonho. Ele iluminou todos os meus dias e sempre esteve ao meu lado em todos os momentos. Obrigado Deus por mais uma etapa vencida!!!

Aos meus queridos pais José Henrique (*in memoriam*) e Maria Aparecida, que sempre colocarem a educação como prioridade diante de todas as dificuldades que enfrentaram para nos educar e por estarem presentes em todas as etapas da minha vida. Sou grata por tudo que fizeram por mim.

Ao meu esposo Marcelo, que me apoiou em todos os momentos que passamos juntos, por me ajudar e ter paciência comigo nos momentos difíceis. Obrigado por fazer parte da minha vida!

Aos meus filhos Eduardo, Caroline (*in memoriam*), Felipe que são bênçãos de Deus e compreenderam a minha ausência em alguns momentos do mestrado. Amor Incondicional!!!

Aos meus irmãos José Henrique, Paulo e Maria Rita que sempre me apoiaram nessa jornada.

À minha orientadora Marina de Lurdes Calvo Fracasso, por todo o conhecimento transmitido durante este mestrado.

À minha coorientadora Isolde Previdelli e a mestranda Talita Evelin Nabarrete Tristão de Moraes, que ajudaram na nossa pesquisa, contribuindo com a parte de bioestatística.

À Prof^a Sandra Mara Maciel, pela contribuição na pesquisa.

Às minhas amigas Renata Carreira e Suzana Goya que acreditaram no meu potencial e ajudaram a iniciar a minha carreira acadêmica.

Aos colegas de mestrado, Isabela Freitag, Isabela Rocha, Letícia, Letícia Yuki, Marcelo, Mariucha, Monique, Rossano, Yuri; em especial a Isabela Rocha pois trabalhamos juntas nesses dois anos da nossa pesquisa. Vocês me ajudaram em momentos difíceis e tiveram muita paciência e carinho comigo e juntos trilhamos

mais uma etapa de nossas vidas profissionais. Obrigada pela amizade e momentos que compartilhados.

A Secretária de Saúde de Campo Mourão, Rosemeire do Carmo Martelo Cruz, a qual admiro por sua competência e profissionalismo, que me incentivou e me apoiou desde o início até o término do mestrado.

Aos demais docentes do curso de mestrado que agregaram conhecimento nestes dois anos de aprendizagem.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, representado pelo coordenador Prof. Dr. Sérgio Sábio.

Aos diretores das UBS, em especial a diretora Robsmeire Zurita, que me ajudaram a localizar as gestantes inseridas no pré-natal, para participar da pesquisa.

Às mulheres participantes deste estudo, que aceitaram compartilhar conosco suas opiniões e experiências pessoais. Sem elas essa pesquisa não seria possível realizar.

“Aprender é a única coisa que a mente
nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”
(Leonardo Da Vinci)

RESUMO

As mães exercem grande importância na formação de hábitos saudáveis para com os seus filhos, sendo as principais responsáveis pela transmissão de conhecimentos, práticas alimentares e de higiene bucal. Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da ação de promoção de saúde nas gestantes acima de 34 anos, bem como as práticas e cuidados com seu bebê após o nascimento e aos seis meses de idade. Material e Métodos: Trata-se de um delineamento experimental, do tipo ensaio clínico controlado e aleatorizado. A amostra foi composta por 40 gestantes acima de 34 anos e no terceiro trimestre do período gestacional, vinculadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), do Município de Maringá-Paraná. As gestantes foram divididas em dois grupos: controle, o qual recebeu um folheto explicativo sobre saúde bucal e o grupo intervenção, que recebeu o folheto explicativo e reforço das orientações sobre saúde bucal. Formulários semiestruturados foram utilizados em entrevistas com as mães, aplicados em três etapas, no terceiro trimestre de gestação. Os dados coletados foram submetidos a uma análise descritiva e posterior análise estatística (teste Exato de Fisher e o teste Qui-Quadrado), programa R versão 3.4.4. e o valor de alfa adotado foi de 5%. Resultados: Não houve diferença estatística entre os grupos. As mães apresentaram boas práticas da amamentação com aleitamento materno exclusivo no grupo controle (38,89%) e no grupo intervenção (47,06%). A alimentação adequada, sem a introdução de produtos industrializados, foi realizada no grupo controle (66,66%) e no grupo intervenção (70,58%). A prática de higiene da boca do bebê foi mantida uma vez por dia no grupo controle (61,11%) e também no grupo intervenção (76,47%). A primeira consulta ao dentista não foi feita no grupo controle (61,11%) e no grupo intervenção (82,35%). Conclusão: As mães conseguiram manter hábitos alimentares saudáveis e uma boa higiene bucal durante os primeiros seis meses de vida do bebê, mas não levaram o bebê para a primeira consulta com o dentista. É evidente a importância de um maior entrosamento das áreas da saúde para que a gestante receba todas as orientações necessárias no pré-natal. As intervenções de ações de educação e de promoção de saúde bucal evidenciam a melhora do conhecimento e a adoção de práticas favoráveis que podem beneficiar a saúde bucal das gestantes e dos filhos.

Palavras-chave: Gestante; idade materna, recém-nascido, saúde bucal; conhecimento, atitudes e práticas em saúde

ABSTRACT

Mothers have great importance in the formation of healthy habits towards their children, being the main responsible for transmitting knowledge, feeding practices and oral hygiene. Objective: The objective of this study was to evaluate the impact of health promotion actions on pregnant women over 34 years of age, as well as practices and care with their baby after birth and at 6 months of age. Material and Methods: This is a randomized controlled trial. The sample consisted of 40 pregnant women over 34 years of age and in the third trimester of the gestational period, linked to the Basic Health Units of the Municipality of Maringá-Paraná. The pregnant women were divided into two groups: - control, who received an explanatory leaflet on oral health and the intervention group, who received the explanatory leaflet and reinforced guidelines on oral health. Semistructured forms were used in interviews with the mothers, applied in three stages: - 3rd trimester of gestation, socio-demographic characterization of the pregnant woman, knowledge and practice on oral health, in addition to prenatal care; after one month of birth of the baby, knowledge and practice of breastfeeding and care with the oral health of the baby and at 6 months care of the baby, with regard to diet and oral hygiene. The data collected were submitted to a descriptive analysis and subsequent statistical analysis (Fisher's Exact test and Chi-Square test), program R version 3.4.4. and the alpha value adopted was 5%. Results: There was no statistical difference between groups. Mothers presented good breastfeeding practices with exclusive breastfeeding in the control group (38.89%) and in the intervention group (47.06%). Adequate feeding, without the introduction of industrialized products, was performed in the control group (66, 66%) and in the intervention group (70.58%). The hygiene practices of the baby's mouth were maintained once daily in the control group (61.11%) and in the intervention group (76.47%). The first dentist appointment was not made in the control group (61.11%) and in the intervention group (82.35%). Conclusion: Mothers were able to maintain healthy eating habits and good oral hygiene during the first six months of the baby's life but did not take the baby to the first consultation with the dentist. It is evident the importance of a greater integration of the health areas so that the pregnant woman receives all the necessary prenatal guidelines. Interventions for education and oral health promotion actions highlight the improvement of knowledge and the adoption of favorable practices that may benefit the oral health of pregnant women and their children.

Keywords: pregnant, maternal age, infant newborn, oral health, health knowledge, attitudes, health practices.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Características sociodemográficas das gestantes acima de 34 anos nos grupos estudados (grupo controle e intervenção)45
- Tabela 2** - Aspectos da saúde geral e bucal das gestantes acima de 34 anos dos grupos: controle e intervenção (n=40)47
- Tabela 3** - Informações da assistência PRÉ-NATAL nos grupos de gestantes com idade acima de 34 anos de idade.....49
- Tabela 4** - Avaliação das práticas maternas com relação a amamentação e higiene bucal no primeiro mês de vida do bebê, nos grupos estudados 52
- Tabela 5** - Avaliação das práticas maternas com relação a amamentação, dieta alimentar e nos primeiros seis meses de vida do bebê, nos grupos estudados (n=35)54
- Tabela 6** – Avaliação das práticas maternas, com relação a saúde bucal e hábitos de higiene nos primeiros seis meses de vida do bebê, nos grupos estudados (n=35)57

FIGURAS

Fluxograma.....	44
-----------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AA – Aleitamento Animal

AM – Aleitamento Materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

Ceo-d – Índice de dente decíduos cariados, com extração indicada e obturados

CD – Cirurgião-dentista

CMEI – Centro Municipal de educação infantil

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

ESF- Estratégia Saúde da Família

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
Conhecimentos, atitudes e práticas de mães em relação à saúde bucal de seus filhos.....	17
3. JUSTIFICATIVA.....	32
4. OBJETIVOS.....	32
4.1 Objetivo geral.....	32
4.2 Objetivos Específicos.....	32
5. ARTIGO CIENTÍFICO	33
5.1. INTRODUÇÃO	38
5.2. METODOLOGIA.....	39
Local da Coleta.....	39
Crterios de elegibilidade da amostra	39
População e amostra	41
Instrumento de coleta e material educativo	41
Coleta de dados	42
Análise Estatística	43
5.3. RESULTADOS	45
5.4. DISCUSSÃO	58
5.5. CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXO.....	68
Questionário para entrevista.....	69
Termo de consentimento Livre e esclarecido.....	76
APÊNDICE.....	79
Folder explicativo.....	80

1. INTRODUÇÃO

A gestação tardia tem sido uma prática das mulheres em todo mundo, onde vários fatores contribuem para isso, como um crescimento de oportunidade na educação e na carreira profissional e um aumento nos tratamentos de reprodução; pois uma das prioridades da mulher contemporânea é priorizar a carreira profissional, buscando estabilidade financeira e parceiro estável, adiando a gestação para a terceira, quarta ou quinta década da vida¹. Essa mudança de comportamento tem redesenhado as famílias, visto que esse perfil da idade materna elevou o número de partos na faixa etária acima de 34 anos, a qual corresponde praticamente o dobro de partos quando relacionado a gestantes de menor faixa etária (menores de 34 anos), em todas as regiões do Brasil².

Segundo os últimos levantamentos epidemiológicos, na faixa etária, acima de 34 anos de idade, observou-se um grande incremento no número de dentes envolvido em lesões cariosas e conseqüentemente maior comprometimento da sua saúde bucal e qualidade de vida³. De acordo com os últimos dados publicados no país a média do índice CPO-D (Índice de dentes permanentes cariados, perdidos, obturados) médio para crianças de 12 anos é de 2,1 dentes cariados, para adolescentes de 15-19 anos, igual a 4,2; na faixa etária de 35 a 44 anos, este índice aumenta para 16,7 comprometendo um grande número dos dentes na idade adulta. Um estudo mostrou que o índice CPO-D entre as mulheres de 35-39 anos foi de 21,8 e nas mulheres de 40-44 anos foi de 23,5⁴. Considerando a influência dos cuidados maternos na primeira infância, esse aumento de dentes cariados em gestantes acima de 35 anos pode ter refletido no índice ceo-d (Índice de dentes decíduos cariados, com extração indicada, e obturados) em crianças de 5 anos, que segundo a pesquisa epidemiológica foi de 2,43³.

Entendendo-se que a gravidez por ser um período importante e crítico para a mulher, torna este período ideal para transmitir informações de saúde bucal, enfatizando a importância de bons procedimentos de higiene bucal levando as mulheres a adotarem comportamentos positivos de saúde bucal durante a gravidez⁵.

Na odontologia, a implementação de programas educativos já no pré-natal, priorizando um grupo de pessoas torna-se uma necessidade frente aos dados

descritos por pesquisas científicas recentes¹. Estudos reportaram que as gestantes têm pouco conhecimento e consciência em relação à saúde bucal, mostrando a necessidade urgente de educação e motivação por meio de várias ações de promoção de saúde, os quais reforçam que o entendimento da importância da saúde bucal, para uma melhor qualidade gestacional, favorece sua adesão aos cuidados odontológicos no pré-natal^{6,7,8}.

Pesquisas concluíram que no período gestacional, a mulher geralmente está mais receptiva a adquirir novos conhecimentos e hábitos mais saudáveis em relação à sua saúde e de sua família. Porém, ainda é uma prática comum na população, os relatos de se evitar o atendimento odontológico durante a gestação, reforçando a ideia de que a falta de conhecimento das gestantes em relação à saúde bucal neste período leva a um atendimento odontológico de difícil execução, principalmente pela existência de crenças e mitos que são transmitidos de geração à geração, os quais não tem fundamentação científica e, também, devido ao despreparo de alguns profissionais em relação à essa clientela. Neste período, é comum o profissional ser indagado sobre a indicação do uso da anestesia e da radiografia¹¹.

Estudos relatam que aproximadamente 50% das mulheres grávidas não consultam um dentista, mesmo percebendo a necessidade de tratamento. Alguns motivos são citados como barreiras à procura de serviços de saúde bucal, entre as quais o medo e a ansiedade provocados pelo tratamento, baixa percepção de problemas dentários e de necessidade de tratamento, e provavelmente equívocos sobre os efeitos nocivos do tratamento dentário no desenvolvimento do feto, ainda que o sangramento gengival esteja entre os sintomas bucais comuns às grávidas¹².

De acordo com estudos científicos a gestação é considerada um período de mudanças físicas e fisiológicas, podendo provocar um impacto negativo neste momento gestacional, especialmente na cavidade bucal das gestantes com doença periodontal, já que existem relatos associados a doença^{13,14}. Em alguns grupos populacionais, a prevalência de parto prematuro e baixo peso do bebê tem aumentado, associados a idade da mãe (menores de 17 anos e mais de 35 anos), baixo nível socioeconômico, uso de álcool, drogas, raça afro-americana, falta do pré-natal, tabagismo, gravidez múltipla, infecções do trato geniturinário e doenças sistêmicas da mãe (hipertensão, eclampsia, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional)¹⁵.

A gengivite e a periodontite podem provocar o aumento do risco de resultados versos durante a gravidez como parto prematuro, baixo peso do bebê e pré-

eclâmpsia. A presença de bolsas periodontais permite que as bactérias (*Porphyromona gingivalis* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*) atinjam outras partes do corpo causando lesões em diferentes níveis¹⁶. Essas bactérias são capazes de invadir células e tecidos e induzir a cascata de mediadores inflamatórios que podem implicar em desfechos prejudiciais na gestação¹⁶. Na periodontite, os patógenos periodontais podem atingir a placenta e se espalhar para a circulação fetal e líquido amniótico, provocando a secreção de níveis elevados de mediadores inflamatórios, os quais podem causar aborto espontâneo ou parto pré-maturo¹⁶.

Os cuidados da gestante no pré-natal, em relação à saúde bucal são condições determinantes para sua saúde, bem como para o bebê, devendo esses cuidados se expandir após o período gestacional aos primeiros anos de vida do bebê¹⁷. Seguindo este conceito de educação e cuidados em saúde amplamente relatada na literatura, o Programa Estadual de Atenção a Gestante, institui o Programa Rede Mãe Paranaense, que tem como objetivo assegurar o acesso e a atenção à saúde a todas gestantes vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo uma gestação de qualidade, desde o pré-natal, puerpério e assistência das crianças menores de um ano de idade, acompanhado por uma equipe multidisciplinar, compostas por médicos, cirurgiões dentista e equipe de enfermagem. Este acompanhamento é de extrema importância, pois os programas odontológicos direcionados ao bebê, visam avivar a consciência de pais e/ou responsáveis em relação aos fatores nocivos e prejudiciais aos seus filhos desde o nascimento, mostrando todos os cuidados necessários para propiciar que essas boas condutas possam ser colocadas em prática^{17,18}.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Conhecimento, atitudes e práticas de mães em relação à saúde bucal de seus filhos

Um estudo relatou a prevalência de perda precoce dentária e cárie dentária em mulheres com idade acima de 35 anos, associando as variáveis idade, sexo, grupo étnico e acesso a abastecimento com água fluoretada. Os autores observaram que o

índice de cárie dentária encontrada nesta população foi de 22,39%. O índice de CPO-D nas mulheres de 35-39 anos foi de 21,8% e das mulheres de 40-44 foi de 23,5%. Para os autores esses índices mostraram a necessidade de programas educativos nessa faixa etária assistida⁴.

Uma pesquisa verificou se as gestantes foram ou não submetidas à assistência odontológica durante a gravidez e os motivos que dificultaram o acesso a esse serviço. Foram entrevistadas 100 gestantes, que buscaram atenção pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Araçatuba – SP. Utilizou-se um formulário contendo questões sobre acesso das gestantes ao serviço odontológico e os motivos pelos quais elas procuraram o serviço. A idade média das gestantes foi de 23,5 anos, sendo que 26% encontravam-se entre 14 a 20 anos. Os resultados mostraram que, 73% não procuraram tratamento odontológico durante a gravidez, tendo sido verificados como principais motivos não ter necessidade de tratamento (32,9%); crendices e mitos (16,4%) como o medo da anestesia prejudicar o bebê, falta de dinheiro/vontade ou tempo (15,1%), medo (8,2%) e outras razões (27,4%), como a autorização médica para tratamento odontológico durante a gestação. Entre as gestantes que procuraram serviço odontológico (27), 40,7% não foram atendidas por problemas relacionados aos serviços públicos de Saúde (demora no atendimento, falta de dentista e 45,4% por dificuldade para marcar consulta). Houve pouca procura das gestantes aos serviços odontológicos, em função principalmente da crença e mitos sobre o atendimento odontológico. A falta de informação demonstra a necessidade de as gestantes serem priorizadas nos programas de atenção odontológica. Os profissionais devem promover o aprendizado sobre saúde bucal na gravidez¹⁹.

Um estudo foi conduzindo com a finalidade analisar as percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância. Foi realizado um estudo descritivo transversal, cujo amostra foi composta por 235 pais residentes na área de abrangência de seis Unidades Básicas do Centro de Saúde Escola Murialdo em Porto Alegre, RS. Os resultados mostraram que 45% responderam que a higiene bucal das crianças deveria ser iniciada antes dos seis meses de idade, 57% consideraram que a

criança teria capacidade de escovar seus dentes sozinha entre um e três anos. Com relação à idade ideal para a primeira consulta com o dentista 35% relataram que deveria acontecer entre um mês e três anos. Quanto aos hábitos alimentares, a sacarose deveria ser introduzida na dieta já no primeiro ano de vida para 69% dos entrevistados. Os autores concluíram que há necessidade de ações educativas voltadas à primeira infância priorizadas na atenção primária à saúde, de forma a incluir os responsáveis pelas crianças, uma vez que a família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança²⁰.

O nível de percepção das gestantes sobre saúde bucal também foi estudado⁷, o qual aplicou um questionário para 31 gestantes, no qual constatou que 93,5% das gestantes acreditavam que poderiam tratar dos dentes durante a gravidez; 35,5% receberam orientação para que procurasse um dentista na gravidez; 80,6% julgavam que sua alimentação poderia ter influência na saúde bucal de seu filho; 90,3% avaliaram ser importante sua saúde bucal para a saúde da boca de seu filho; 77,4% entendiam que o leite materno era o melhor alimento para o bebê no primeiro ano de vida. O estudo mostrou a necessidade do atendimento odontológico no pré-natal e a parceria de médicos e enfermeiros para o encaminhamento deste atendimento.

O conhecimento em saúde bucal na primeira infância de pais e/ou responsáveis em pré-escolares de quatro creches comunitárias do município de Porto Alegre (RS) foi analisado em um estudo transversal e observacional, cuja amostra foi composta por 250 pais e/ou responsáveis. Os resultados identificaram que a maioria dos pais e/ou responsáveis possuíam algum conhecimento sobre saúde bucal na primeira infância, em sua maioria provenientes da mídia; grande parte acreditava que as atividades de educação em saúde bucal poderiam prevenir as doenças bucais dos bebês, apontando a cárie dentária como uma destas doenças. No entanto desconheciam a etiologia e as formas de transmissão dos agentes causadores da cárie. O estudo concluiu a necessidade da inserção das equipes de saúde bucal dentro das pré-escolas, promovendo a saúde bucal das crianças em época oportuna, ao mesmo tempo em que poderia fornecer aos pais e/ou responsáveis o conhecimento necessário à aquisição e manutenção de hábitos saudáveis por toda a família, determinando o sucesso dos programas de promoção de saúde bucal²¹.

O conhecimento sobre saúde bucal infantil de pais e responsáveis de crianças atendidas na Clínica de Cariologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (PB) foi observado neste estudo descritivo e transversal, onde foi adotado como estratégia de coleta de dados a entrevista estruturada. A amostra foi composta por 49 indivíduos de ambos os gêneros. Destes, 63,3% tiveram acesso a informações sobre saúde bucal, por meio do cirurgião-dentista (54,8%). Os pais consideraram a cárie dentária como uma doença (85,7%) e sabiam o que era o biofilme (55,1%), porém 73,5% acreditavam que este só poderia ser removido pelo cirurgião-dentista. Embora 91,8% dos pais tivessem afirmado ser a chupeta prejudicial à criança, 61,2% desconheciam a idade limite de desuso; 63,3% dos pais acreditavam que a esfoliação do dente decíduo sempre precedia a erupção do seu sucessor, e 91,8% consideraram a região anterior como local de erupção do primeiro dente permanente. Os pais mostraram-se motivados em receber informações sobre saúde bucal infantil (98%), principalmente por meio de panfleto (29,3%). Os autores concluíram que os pais apresentavam conhecimento razoável em relação à saúde bucal infantil, sugerindo a necessidade de atividades educativas em ambientes como salas de espera clínica²².

Com objetivo de conhecer a percepção das gestantes atendidas no Pré-Natal Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (RS) sobre a atenção odontológica e fonoaudiológica durante a gravidez foi realizado este estudo. Foram entrevistadas 75 gestantes por meio de questionário (perguntas relacionadas à saúde materna e do bebê). Os resultados apontaram que apenas 58,7% das gestantes frequentaram o consultório odontológico durante a gestação. A maioria apresentou dúvidas sobre até que período o bebê deveria ser amamentado e qual o momento adequado para o desmame e 96% informaram que era necessário realizar a higiene bucal do recém-nascido, porém houve inúmeras dúvidas com relação ao modo de como fazê-la. Sessenta e dois por cento tiveram controle da ingestão de açúcar durante o período gestacional e 92% das gestantes nunca ouviram falar do teste da orelhinha. Pôde-se concluir que as gestantes detinham algum conhecimento sobre as questões abordadas, no entanto, alguns pontos precisavam de maiores esclarecimentos, sobretudo em saúde, com enfoque odontológico e fonoaudiológico, propiciando uma atenção¹⁸.

A experiência do atendimento de gestantes por alunos de graduação, participantes do projeto de extensão da Faculdade de Juiz de Fora (MG), na qual analisou a condição bucal da gestante foi realizada pelos autores, que observaram a existência de um alto índice de cárie dentária (97,4%) nas gestantes e a necessidade de promover a saúde bucal, que poderia repercutir na saúde geral da mãe e do filho. Concluíram a necessidade da realização de programas de educação em saúde bucal, voltados aos cuidados do binômio mãe-filho⁸.

A presença de mitos e crenças no tratamento odontológico da gestante também foi relatado nesta pesquisa cujo objetivo foi de compreender a percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação aos problemas bucais e ao tratamento odontológico na gestação, no município de Ribeirópolis (SE). Foram entrevistadas 41 gestantes e os resultados mostraram que maioria acreditavam em mitos e crenças enraizados na cultura popular, no que se referia principalmente a prejuízos à saúde bucal decorrentes da gestação e à contraindicação do tratamento odontológico na gravidez. Os autores concluíram que os profissionais das equipes de saúde devem desmistificar mitos e crenças, dando prioridade as ações de promoção de saúde promovendo uma melhora na saúde bucal da gestante¹¹.

A percepção das gestantes usuárias do SUS e as assistidas no serviço privado sobre saúde bucal no período gestacional, foi investigada neste estudo por meio de um questionário semiestruturado. Foram vinte entrevistas, e os resultados mostraram a existência de mitos, medos e restrições relacionados à atenção odontológica no pré-natal. A busca pela atenção odontológica entre as usuárias do SUS foi rotineira e sistemática durante o pré-natal devido à oferta programática realizada neste período pelas UBS, sendo uma oportunidade de resolver problemas odontológicos pré-existentes. Identificou-se entre as gestantes assistidas por convênio a presença de atenção odontológica programada em outras épocas e evitadas durante o pré-natal. Conclui-se que o maior problema na implantação de um serviço odontológico no pré-natal advém das crenças decorrentes da associação entre gestação e odontologia⁹.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a percepção e as atitudes sobre saúde bucal das gestantes cadastradas no Pré-Natal do município de Bilac (SP). Para coleta das informações utilizou-se um questionário semiestruturado. Foram entrevistadas 20 gestantes, sendo que 80% não receberam nenhum tipo de informação sobre saúde bucal durante a gestação, 60% não procuraram o cirurgião-dentista durante a gravidez, 45% não sabiam como manter a saúde bucal do bebê e 85% desconheciam o significado da doença cárie. A maioria das mulheres (95%) mostraram-se interessada em participar de projetos de promoção de saúde bucal; concluindo que as futuras mães apresentaram pouco conhecimento em relação aos procedimentos preventivos odontológicos e sobre as doenças que podem acometer a sua saúde bucal e a do bebê, sendo necessária a realização de programas de educação em saúde bucal, voltados aos cuidados do binômio mãe-filho²³.

Os cuidados e a percepção das mães de crianças de zero a seis anos de idade sobre a saúde bucal de seus filhos no município de Casinhas/Pernambuco foram analisados neste estudo. A amostra foi composta por 112 mães de crianças com idade variando de zero a seis anos, de ambos os gêneros. Os dados foram coletados durante o período de abril a junho de 2011, por meio da aplicação de um questionário com as mães. Constatou-se que 75,9% afirmaram já ter recebido orientação de algum dentista sobre saúde bucal de crianças e 81,3% realizavam a higiene bucal de seus filhos, e 52,7% relataram que os dentes eram higienizados duas vezes ao dia e 96,4% disseram que a dentição de leite é importante. Os resultados deste estudo, mostraram que as mães que receberam orientações do cirurgião-dentista quanto à higiene bucal de seus filhos apresentavam maior conhecimento sobre a saúde bucal na infância²⁴.

Esta pesquisa relata que os autores verificaram em mulheres com crianças até cinco anos de idade o que ocorreu no seu período gestacional em relação a tratamentos odontológicos, associado a uma provável correlação entre o nível de seu conhecimento sobre a saúde bucal e possíveis razões que a levariam ou a levaram a uma busca tardia a esse tratamento. Dentre as mães entrevistadas, 57% recusaram o tratamento odontológico durante a gestação pois apresentavam receio em realizar este atendimento. Um dos motivos foi a crença da área médica de que o atendimento odontológico durante os primeiros três meses de gestação era

prejudicial ao bebê. Esta informação repassada às mães ocasionou uma hesitação ao tratamento odontológico. Concluiu-se que a busca tardia ao tratamento odontológico por gestantes estava diretamente relacionada ao fato de que ainda havia mitos e crenças, transmitidos por geração, de que o tratamento odontológico seja prejudicial ao bebê¹⁰.

O estado periodontal e a presença de patógenos periodontais específicos poderiam influenciar a incidência de resultados adversos na gravidez foi efetuado neste estudo. Foram examinadas gestantes antes da 26ª semana de gestação e divididas em dois grupos: sem periodontite e periodontite. Amostras microbianas foram obtidas no grupo com periodontite e processadas por cultura anaeróbica. Após o parto, foram coletados os dados sobre o parto; fatores sociodemográficos e de risco da mãe. Análises de regressão simples e múltipla foram realizadas. Foram incluídas 170 mulheres no estudo (116 sem periodontite e 54 com periodontite). A incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer foi de 2,94% e 3,53%, respectivamente. O estado periodontal não mostrou associação com desfechos adversos da gravidez. A presença de *Eikenella corrodens* foi significativamente relacionada ao parto pré-maturo ($p = 0,022$) e à presença de *Capnocytophaga spp.* estava relacionado ao baixo peso ao nascer ($p = 0,008$). A análise multivariada demonstrou associação significativa entre nascimento de prematuros de baixo peso e contagens de *E. corrodens*. Os autores concluíram que a condição clínica periodontal não foi associada a resultados adversos da gravidez, com nível educacional médio-alto. A presença e contagem de *E. corrodens* e a presença de *Capnocytophaga spp.* apresentaram uma associação significativa com parto pré-maturo e baixo peso ao nascer, respectivamente¹³.

Um estudo na Índia, foi conduzido com objetivo de avaliar o conhecimento, atitudes e práticas dos pais, nos cuidados de saúde bucal de pré-escolares. Este estudo descritivo transversal foi realizado entre 470 pais que visitaram o Departamento de Pediatria, no Hospital Universitário Rabindranath Tagore. A maioria dos pais tinha um bom conhecimento dos estágios de erupção dentária da criança, pouco conhecimento sobre limpeza da cavidade bucal e escovação dos dentes do bebê, desenvolvimento da cárie dentária e sinais e sintomas da erupção dentária. Cinquenta de oito por cento acreditavam que a limpeza da boca do bebê

após cada mamada deveria começar somente depois que os dentes irrompessem. Foi relatado que a cárie dentária ocorria após os 2 anos de idade por 48,5% enquanto 56,2% e 45,1%, pensavam que a amamentação e a mamadeira noturna frequentes não causavam a cárie dentária, respectivamente. Cerca de 42% concordaram com o fato de que a criança pudesse ingerir creme dental na escovação e seria prejudicial para a saúde da criança e 33,6% dos pais discordaram em visitar um dentista antes de dois anos de idade da criança. Os autores concluíram que o conhecimento dos pais sobre os cuidados de saúde bucal de seus filhos era inadequado, reiterando que os profissionais de saúde exercem um papel primordial na disseminação de informações sobre os cuidados em saúde bucal²⁵.

Por meio de revisão sistemática os autores deste estudo avaliaram o nível de conhecimento e conscientização sobre a saúde bucal de mulheres grávidas na Índia. Estudos observacionais transversais foram incluídos na revisão sistemática. Dos 255 estudos selecionados, sete foram inclusos na revisão. Em um dos estudos quase 67% das gestantes tinham bons conhecimentos e conscientização sobre a saúde bucal. O conhecimento sobre o efeito dos dentes cariados na aparência das pessoas foi significativamente relacionado ao status de paridade das gestantes ($p = 0,024$). Em dois estudos identificaram que poucas gestantes (17,1% e 37,5%) sentiram a necessidade de visitar um dentista durante a gravidez. Os resultados da revisão avaliaram que as gestantes tinham pouco conhecimento e consciência em relação à saúde bucal. As conclusões sugeriram que havia necessidade urgente de educação e motivação de gestantes em relação à saúde bucal por meio de intervenções de promoção da saúde⁶.

Um estudo realizado no Irã, observou a relação entre o doença periodontal das gestantes e os nascimento de bebês prematuros e com baixo peso. O objetivo da pesquisa foi obter informações necessárias para o planejamento de programas preventivos de doença periodontal para gestantes. Foi um estudo de caso-controle realizado com 264 mães, utilizando o índice de higiene oral e doenças periodontais. Como resultado mães do grupo experimental tiveram mais recém-nascidos prematuros e bebês com baixo peso ao nascer e do que as mães do grupo controle. Os resultados apontaram para mais estudos sobre a prevenção e tratamento de doenças periodontais e sua associação com parto prematuro e baixo peso ao

nascer; enfatizando a importância do cuidado periodontal em programas de promoção de saúde no pré-natal¹⁴.

A frequência de gestação em mulheres com idade superior a 34 anos no Brasil e as relações entre as diferentes faixas etárias e regiões, foi avaliada em um estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal. Os resultados mostraram um aumento da proporção de partos em mulheres acima de 34 anos no Brasil, de 18,1% entre 2006 e 2012. O maior aumento ocorreu no grupo entre 35 e 39 anos, sendo mais significativo nas regiões Sudeste (21%), Sul (18%) e Centro-Oeste (25%). Por outro lado, nas gestantes de 40 a 44 anos, o aumento ficou restrito às regiões Sudeste (7%) e Centro-Oeste (8%). A gestação em mulheres acima de 45 anos apresentou a maior queda, forma de: 38% na região Norte, 30% no Nordeste, 11% no Sudeste e 20% no Sul; e no Centro-Oeste houve aumento de 2%. Os autores concluíram que ocorreu uma mudança no perfil epidemiológico das gestantes no Brasil em relação à idade, com aumento progressivo da idade materna e maior representação percentual de gestantes com idade superior a 34 anos².

Nesta pesquisa os autores identificaram uma nova realidade com as experiências de mulheres com mais de 35 anos ou mais. Selecionaram 18 publicações que trataram das experiências de gestantes com idade materna avançada. O estudo apontou quatro categorias importantes para essa faixa etária: o déficit de informações dos profissionais da saúde, preocupações das mulheres sobre sua própria saúde e a de seus filhos, a maternidade tardia, e mudanças na vida diária. A partir dos resultados, foi possível verificar que outros fatores, além daqueles que incluem riscos, estão presentes nas experiências das gestantes mais velhas e apontam a necessidade de envolver estes aspectos no cuidado de enfermagem para criar estratégias que estejam alinhadas com as necessidades dessas mulheres¹.

Em São Luís (Ma) foram descritas as características dos cuidados de saúde bucal durante o acompanhamento pré-natal e o conhecimento sobre saúde bucal entre 300 gestantes usuárias de serviços de saúde público e 300 gestantes do serviço privado. Neste estudo observaram que a frequência de escovação foi similar entre as usuárias dos dois serviços, enquanto o uso de fio dental (64,0% e 47,0%) e

de colutórios (39,7% e 27,0%) foi mais frequente no serviço privado do que no público. Conclui-se pouco conhecimento sobre saúde bucal e os efeitos na gestação¹².

Analisar a percepção das mães em relação à saúde bucal de seus filhos, bem como verificar a influência das variáveis demográficas, de percepção e prática preventiva em saúde bucal das mães, na orientação odontológica recebida durante a gestação, foi o objetivo deste estudo. A amostra foi composta por 79 mães que frequentaram a Unidade de Saúde do município de Ijuí (RS), no período de janeiro a julho de 2014. A média de idade das mães foi de 26 anos, e a maioria delas frequentou o ensino médio completo (32,9%) e trabalhava fora de casa (60,8%). Observou-se que mães que receberam orientação odontológica durante a gestação tiveram maior percepção sobre a saúde bucal de seus filhos. Concluiu-se que as mães com maior nível de escolaridade e que trabalhavam fora de casa tinham mais conhecimento sobre atenção odontológica. A orientação odontológica recebida na gestação influenciou as mães nos procedimentos adotados com seus filhos, em relação ao início da higienização bucal, primeira consulta ao dentista, tempo de amamentação, o conhecimento sobre os fatores que levam ao aparecimento da cárie dentária¹⁷.

Outro fator de risco importante avaliado durante o período gestacional é a relação de doença periodontal e parto prematuro. Os autores realizaram um estudo prospectivo em hospitais, com 790 mulheres grávidas que visitaram a clínica de obstetrícia para um exame pré-natal de rotina. As participantes do estudo foram submetidas a investigações clínicas e microbiológicas para infecções geniturinárias seguidas de um exame odontológico para a presença de periodontite. Os fatores de risco infecciosos e não infecciosos para parto prematuro e peso baixo do bebê foram avaliados utilizando análise de regressão Cox univariada e multivariada. Fatores de risco independentes para parto prematuro e baixo peso do bebê. Os resultados mostraram que as taxas de parto prematuro e baixo peso do bebê foram de 7,6% e 11,4%, respectivamente. Periodontite, Oligohidramnios, presença de flora vaginal intermediária, diabetes mellitus gestacional e altura materna < 1,50 m, foram fatores de risco para parto prematuro, enquanto a periodontite, hipertensão gestacional, altura materna <1,50 m e infecção genital durante os estágios posteriores da

gravidez foram fatores de risco para baixo peso do bebê. Os autores concluíram no estudo que devesse considerar os achados de infecções geniturinárias e periodontais durante os cuidados pré-natais de rotina nos países em desenvolvimento²⁶.

Nesta pesquisa os autores avaliaram o efeito de um programa de motivação da amamentação mantido durante a gravidez com 100 gestantes que se inscreveram no curso de preparação para grávidas em um hospital estadual localizado em Usak, Turquia. Foi realizado com o grupo de estudo quatro intervenções, ou seja, durante o período pré-natal, no primeiro dia pós-natal, entre o quarta e sexta semana pós-natal, e durante o quarto mês pós-natal. Os autores concluíram que as mães inscritas no grupo experimental iniciaram a amamentação mais cedo do que as mães do grupo controle (97,1%) e tiveram menos problemas com a primeira experiência de amamentação²⁷.

Um estudo de meta-análise, com o objetivo de determinar a eficácia dos programas de educação e promoção de saúde foi realizado neste estudo. Onze estudos foram utilizados para a revisão sistemática e meta-análise. A heterogeneidade dos estudos foi superior a 50%. Os estudos foram divididos em três subgrupos, (A) os resultados do programa (longo e desfechos de curto prazo), (B) faixas etárias e (C) os períodos de acompanhamento após a intervenção. No geral, os resultados do programa e os períodos de acompanhamento foram significativos em termos de eficácia das intervenções, o mesmo não ocorrendo com o subgrupo idade. O estudo revelou que as intervenções e ações de promoção de saúde são eficazes, pois existe um impacto positivo nas atitudes maternas em função das visitas odontológicas, refletindo na escovação e uso do fio dental após três meses pós-intervenção entre as crianças²⁸.

A eficácia de educação em saúde bucal com e sem intervenção, de um programa de saúde bucal foi comparada nesta pesquisa. Participaram do estudo 154 mulheres no seu segundo trimestre de gestação que foram divididas em três grupos, em dois períodos. O primeiro grupo recebeu tratamento convencional, o segundo recebeu educação em saúde bucal e o terceiro educação em saúde bucal e folheto educativo. Além do tratamento normal e uma demonstração das práticas

de higiene bucal, os participantes da intervenção receberam duas demonstrações de higiene bucal, e o terceiro grupo recebeu a demonstração de higiene bucal e um folheto explicativo de higiene oral. A idade média das gestantes foi de 27,8 anos e 43% tinham ensino médio. Os resultados apontaram que houve uma melhora nas práticas de escovação e uso de fio dental entre as gestantes do grupo que recebeu o folheto explicativo, enquanto que a educação em saúde bucal não conferiu nenhum benefício adicional⁵.

O conhecimento e práticas das mães em relação à saúde bucal de seus filhos nos primeiros anos de vida, o qual avaliou o conhecimento e práticas de 358 mães, em uma maternidade pública do sul do Brasil foi realizado neste estudo. Apenas 51,7% das mães relataram ter recebido orientações sobre saúde bucal do bebê no pré-natal. Apesar de 72,4% das mães terem afirmado saber o que é cárie dentária, cerca de 50% destas, relacionaram sua causa somente à falta de higiene bucal, desconsiderando o importante papel da dieta. Maior porcentagem de mães (34,1%), que alegaram não ter recebido informações sobre saúde bucal infantil na gravidez respondeu mais corretamente qual seria esta idade. Práticas alimentares inadequadas foram observadas no primeiro ano de vida, havendo oferta de suco industrializado (65,8%), bolachas ((4,8%), refrigerante (49,7%) e doce (56,1%). Foi observado pouco conhecimento e práticas inapropriadas entre as mães do estudo, e precárias informações sobre os cuidados com a boca do bebê, sendo necessário priorizar ações em saúde bucal, envolvendo atividades educativas direcionadas a programas pré-natais e no primeiro ano de vida²⁹.

Os fatores sociodemográficos associados ao grau de conhecimento em saúde bucal de 195 gestantes atendidas na UBS de Paraisópolis I, em São Paulo (SP) foram avaliados neste estudo. Observou-se que alguns fatores como nível de escolaridade e percepção da necessidade de tratamento, influenciaram a obtenção de conhecimentos e cuidados em saúde, principalmente com a cultura de crenças que levam a falta de cuidados com a saúde bucal da gestante. Escolaridade igual ou maior a oito anos de estudo e presença de um a dois filhos estiveram associadas a conhecimento adequado sobre saúde bucal. O resultado do estudo demonstrou a necessidade de estratégias de promoção de saúde bucal durante o pré-natal levando em consideração aspectos sociodemográficos³⁰.

A associação entre doença periodontal e resultados adversos da gravidez no norte da Tanzânia foi estudado para determinar a prevalência de doença periodontal no pré-natal de gestantes assistidas no centro médico Kilimanjaro Christian. Realizou-se um estudo transversal baseado nos arquivos das pacientes do centro médico, exames clínicos e entrevistas com as mães. Foram 1117 gestantes avaliadas e utilizou-se o Índice Periodontal Comunitário para avaliar a doença periodontal. O exame intraoral foi realizado no prazo de cinco dias após o parto. Observaram a prevalência de doença periodontal em 14,2% das mães. A doença periodontal foi significativamente associada a maior chance de pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascer e parto prematuro. Não houve associação significativa entre doença periodontal e ruptura prematura de membranas placentárias. Os autores concluíram que a avaliação e a terapia periodontal devem fazer parte dos cuidados preventivos pré-natais prestados às mulheres nos países em desenvolvimento¹⁶.

A qualidade de vida relacionada a saúde bucal de gestantes foi relatada neste estudo, cujo objetivo foi comparar os impactos negativos das condições bucais na qualidade de vida relacionada com a saúde bucal de dois grupos de gestantes. No grupo intervenção participaram 96 gestantes e 114 no grupo controle. As pacientes do grupo intervenção receberam tratamento periodontal e manutenção. Os grupos mostraram redução nos índices de higiene bucal, porém no grupo intervenção foi mais significativo, reduzindo os impactos periodontais durante a gravidez, revelando melhora na qualidade de vida relacionada a saúde bucal das gestantes³¹.

A associação entre bactérias periodontais específicas, em tecidos placentários de mulheres pré-eclâmpticas com periodontite foi comparada nesta pesquisa. A triagem periodontal pré-natal foi realizada em 25 gestantes normais e 25 mulheres com pré-eclâmpsia. Amostras de tecido subgingival e da placenta foram coletadas de ambos os grupos e triadas para a presença de *Porphyromonas gingivalis* (*P. gingivalis*), *Tannerella forsythia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, e *Prevotella intermedia* (*P. intermedia*) usando tempo real de reação em cadeia da polimerase. As amostras de placa subgingival e das placentas de mulheres pré-eclâmpticas mostraram freqüências significativamente

maiores de bactérias periodontais. Os autores concluíram que existe uma associação entre *P. gingivalis* e *P. Intermedia*, com a placenta de mulheres pré-eclâmplicas com periodontite³².

Os determinantes do atendimento odontológico durante a gravidez foi estudado nesta pesquisa devido a baixa procura do atendimento odontológico no período de pré-natal. Foi realizado uma busca sistemática por estudos, no qual 14 artigos foram incluídos na revisão. Observou-se a prevalência do atendimento odontológico durante a gravidez que variou de 16 a 83%. Os fatores demográficos incluíram a idade das mulheres, estado civil, paridade e nacionalidade. Os fatores socioeconômicos foram renda, nível educacional. Outros fatores também foram analisados, como fatores psicológicos e comportamentais, incluindo práticas de saúde bucal, crenças e manutenção dos cuidados de saúde. Os sintomas referidos de gengivite, dor dentária ou problemas dentários foram analisados. Concluiu-se os fatores demográfico, socioeconômico, psicológico, comportamentais e necessidade de tratamento foram associados com a utilização de serviços odontológicos durante a gravidez³³.

A importância do aleitamento materno foi descrita pelos autores neste estudo, cujo objetivo era avaliar os efeitos da educação pré-natal baseada em orientações na web sobre o aleitamento materno para gestantes judias no terceiro trimestre de gestação sobre o aumento do conhecimento, atitude e prática da amamentação após o parto. Foi feito um estudo prospectivo de controle randomizado com 112 gestantes de uma clínica de pré-natal. Nos instrumentos de coleta de dados constavam o conhecimento e hábitos alimentares na infância e a prática na amamentação. O estudo foi considerado o primeiro ensaio a utilizar novas metodologias de ensino como internet e website para as mães sobre amamentação. As participantes do grupo experimental encontravam-se no nível moderado de prática de amamentação em pré e pós-intervenção com aumento do número de mães no mesmo nível pós intervenção. No início as participantes apresentavam um nível baixo de conhecimentos e hábitos de alimentação em ambos os grupos. Os autores concluíram que apesar de não haver diferenças entre os grupos de

intervenção e controle, o programa de educação sobre amamentação baseado na web contribuiu para melhorar a prática da amamentação³⁴.

A prevalência de gengivite, higiene bucal e fatores de risco entre gestantes no distrito de Sarlahi (Nepal) foram relatadas nesta pesquisa devido as associações entre saúde bucal deficiente e resultados adversos da gravidez, previamente documentados em outros contextos. Foi realizado um estudo transversal com gestantes com menos de 26 semanas de gestação, nas quais foram incluídos exames periodontais. Os dados sobre os fatores de risco das participantes foram coletados por meio de pesquisas domiciliares, incluindo características demográficas, comportamentos de saúde bucal, procura de cuidados e práticas de saúde. Das 1452 participantes, 40% (n = 582) apresentaram sinais de gengivite clínica e 60% (n=870) boa saúde bucal. A média de idade das gestantes foi de 23 anos, sendo que as chances de gengivite aumentarem em 3% para cada ano de vida. A maioria das participantes (88%) nunca haviam recebido cuidados de saúde bucal. Os autores concluíram que a gengivite é comum e está associada à idade, alto custo de atendimento odontológico, e outros fatores de risco entre as mulheres grávidas no Nepal³⁵.

A influência de um programa preventivo na qualidade da saúde bucal de vida de gestantes europeias foi descrito pelos autores neste estudo, que compararam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de um grupo de gestantes matriculadas em um programa de saúde bucal em relação a um grupo controle de mulheres não gestantes. Participaram do estudo 113 gestantes e 113 não gestantes. Foi realizado o índice de higiene bucal e um exame odontológico, para avaliar o conhecimento das mulheres grávidas sobre saúde bucal, hábitos de higiene, índice periodontal e índice de cárie. As gestantes apresentam melhores resultados de saúde geral e bucal, apesar de não perceberem necessidade de tratamento odontológico, comparado ao grupo controle. A saúde periodontal observada para o grupo controle foi considerada ruim, comparada ao outro grupo de gestantes. A qualidade de vida relacionada a saúde bucal de gestantes parece ter influenciada positivamente pela incorporação de programas preventivos de saúde bucal durante a gestação³⁶.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando a condição socioeconômica e nível de percepção acerca da maternidade tardia é imprescindível que a gestante detenha uma boa compreensão sobre as próprias necessidades bucais, bem como a do bebê, uma vez que o mesmo é bastante susceptível a algumas doenças bucais já no primeiro ano de vida. Dessa forma, fica clara a importância de pesquisas científicas e a implementação de programas educativo-preventivo de atenção à saúde bucal neste grupo prioritário, auxiliando na melhoria do conhecimento materno em prol da saúde bucal e qualidade de vida, para ambos mãe e bebê.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Analisar o impacto da ação de promoção de saúde bucal nas práticas de gestantes acima de 34 anos de idade, inseridas em programas de pré-natal da rede pública da cidade de Maringá-PR, com relação à amamentação, dieta alimentar e higiene bucal do bebê nos primeiros seis meses de vida.

4.2. Objetivos Específicos

- Traçar o perfil socioeconômico de gestantes acima de 34 anos de idade.
- Verificar como está sendo a assistência odontológica no período de pré-natal e de que forma esses fatores influenciam em sua saúde bucal.
- Avaliar conhecimento e entendimento das gestantes em relação à saúde bucal do bebê, no período pré-natal e puerpério até os primeiros seis meses de vida da criança.
- Avaliar as práticas das mães em relação ao aleitamento materno, dieta e à higiene bucal da criança nos primeiros seis meses de vida da criança, após visita do cirurgião-dentista.

5.ARTIGO CIENTÍFICO

A presente pesquisa será submetida ao periódico “BMC Oral HEALTH”

Link: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/submission-guidelines>.

Manuscrito seguindo as normas da revista.

Na língua portuguesa para devida correção da banca de avaliação

IMPACTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NA GESTAÇÃO TARDIA COM RELAÇÃO A AMAMENTAÇÃO, DIETA ALIMENTAR E HIGIENE BUCAL DO BEBÊ.

Autores: T. C. R. Giffoni^{1*}, S.M. Maciel¹; S.M. T.Ichisato²; T. E. N. T. de Moraes³; I. Prevideli¹, I. S. Rocha¹, M. L. C. Fracasso

¹Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada, Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR; ²Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade; ³Programa de Pós-Graduação em Bioestatística, Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR.

Resumo

Introdução: As mães exercem grande importância na formação de hábitos saudáveis para com os seus filhos, sendo as principais responsáveis pela transmissão de conhecimentos e práticas diárias. O estudo avaliou o impacto da implementação de medidas educativas em gestantes com idade acima de 34 anos, inseridas em programas de pré-natal da rede pública da cidade de Maringá-PR, com respeito ao seu conhecimento sobre saúde bucal e práticas com seu bebê até seis meses de idade.

Métodos: As gestantes foram divididas em dois grupos: controle, que receberam como informação apenas o folder explicativo; e intervenção, que além do folder, receberam orientações educativas individualizadas. A coleta de dados foi realizada em três momentos (pré-natal, um mês e seis meses de pós-parto), por meio de entrevistas utilizando-se de um questionário estruturado adaptado. As variáveis foram expressas em frequência relativa e absoluta e posterior análise estatística (Teste Exato de Fischer e Qui-quadrado), programa Software R versão 3.4.4 *for Windows*® (Microsoft Corporation), e $\alpha=005$.

Resultados: Os dados mostraram que a faixa etária das mães variou entre 34 a 39 anos, casadas, com companheiro, cinco a oito anos de instrução, com

atividade remunerada, baixa renda e já possuíam dois filhos. Grande parte já realizou exodontias, escovavam os dentes três vezes ao dia, usavam fio dental, possuíam hábitos de comer entre as refeições. Participaram do pré-natal desde o início da gestação e realizaram acima de três consultas com o médico. Relataram não ter participado de palestras educativas sobre amamentação, saúde bucal, nutrição e não foram orientadas a levar o bebê para consulta odontológica na puericultura. Embora apresentassem grande desconhecimento sobre saúde bucal do bebê, apresentaram boas práticas em relação a amamentação, introdução alimentar e higiene da cavidade bucal. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quando analisados as variáveis amamentação, visita ao dentista da mãe e do bebê, alimentação e higiene bucal do bebê até os seis meses.

Conclusão: O impacto do programa educativo foi positivo, com repercussão nas atitudes e práticas das mães para com seu bebê. A associação do reforço educativo ao folder no programa, não proporcionou ganho de conhecimento para as mães. Portanto, existe necessidade da atuação multidisciplinar nos programas de pré-natal, incluindo maior integração do cirurgião dentista, no desenvolvimento de estratégias educativas, contribuindo na melhora da saúde geral das gestantes.

Palavras-Chave: Gestante; idade materna, recém-nascido, saúde bucal; conhecimento, atitudes e práticas em saúde

ABSTRACT:

Introduction: Mothers have great importance in the formation of healthy habits towards their children, being the main responsible for the transmission of knowledge and daily practices. The study evaluated the impact of the implementation of educational measures in pregnant women over the age of 34, inserted in prenatal programs of the public network of the city of Maringá-PR, with respect to their knowledge about oral health and practices with their baby after the birth.

Methods: The pregnant women were divided into two groups: control, who received only the explanatory folder as information; and intervention, which besides the folder, received individualized educational guidelines. The data collection was performed in 03 moments (prenatal, 01 month and 06 months puerperium), through interviews using a structured questionnaire adapted. The variables were expressed as a percentage, and subsequent statistical analysis (Fisher's exact test and chi-square), Software R version 3.4.4 for Windows® (Microsoft Corporation), and $\alpha = 005$.

Results: Data showed that the mothers' age ranged from 34 to 39 years old, married, with a partner, 5 to 8 years of education, with paid activity, low income and already had two children. Most of them have already performed tooth extractions, brush their

teeth three times a day, use dental floss, have eating habits between meals. They have participated in prenatal care since the beginning of pregnancy and have performed more than three consultations with the doctor. They reported not having participated in educational lectures on breastfeeding, oral health, nutrition and were not advised to bring the baby for dental consultation in childcare. Although they presented great ignorance about the oral health of the baby, they presented good practices in relation to breastfeeding, food introduction and hygiene of the oral cavity. There was no statistically significant difference between the groups when we analyzed the variables breastfeeding, visit to the dentist of the pregnant woman and the baby, feeding of the baby and oral hygiene until six months.

Conclusion: The impact of the educational program was positive, with repercussion on the attitudes and practices of late pregnant women towards their baby. The association of the educational reinforcement to the folder in the program, did not provide gain of knowledge for the mothers. However, there is a need for multidisciplinary action in prenatal programs, including greater integration of the dental surgeon, in the development of educational strategies, contributing to the improvement of the general health of pregnant women.

KEYWORDS: pregnant, maternal age, infant newborn, oral health, health knowledge, attitudes, health practices.

Introdução

A gestação tardia tem sido uma prática da mulher contemporânea em todo mundo, pois esta vai em busca de oportunidades na educação e prioriza a carreira profissional, buscando estabilidade financeira e parceiro estável, adiando a gestação para a terceira, quarta ou quinta década da vida e com isso vem ocorrendo um aumento nos tratamentos de reprodução¹. Essa mudança de comportamento tem redesenhado as famílias, visto que esse perfil da idade materna elevou o número de partos na faixa etária acima de 34 anos, o qual corresponde praticamente o dobro de partos quando comparados a gestantes de menor faixa etária em todas as regiões do Brasil². Poucos são os estudos científicos na área da odontologia abordando a implementação de medidas educativas para a promoção de saúde bucal em mulheres grávidas com idades acima de 34 anos.

Nesta faixa etária é comum se observar um maior incremento de cárie dentária relatando que o índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) entre as mulheres de 35-39 anos foi de 21,8 e das mulheres de 40-44 anos foi de 23,5⁴. O último levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal, trazendo dados da faixa etária acima de 34 anos de idade, comprovou os relatos da literatura, observando um grande número de dentes envolvido em lesões cáries (CPO-D = 16,7) e conseqüentemente maior comprometimento da sua saúde bucal e qualidade de vida das mulheres³. Somado à essa situação de saúde bucal desfavorável, o cirurgião dentista se depara ainda com crenças e mitos envolvendo o tratamento odontológico na gestação, gerando muita desconfiança e falta de adesão das gestantes ao pré-natal odontológico. Em um estudo as gestantes relataram ter medo do tratamento dentário neste período, com medo de prejudicar o bebê e principalmente pelo uso da anestesia e da tomada radiográfica (55,2%)¹¹.

Importante ressaltar, que quando diagnosticado pelo cirurgião dentista a necessidade do tratamento odontológico no período da gestação, o seu adiamento para pós-parto, poderá ocasionar prejuízos tanto para as mães quanto para seus bebês, uma vez que estudos científicos realizados com gestantes apontam associação entre doença periodontal e parto prematuro^{13,14}. Em alguns grupos populacionais, a prevalência de parto prematuro e baixo peso do bebê tem aumentado, tendo como fatores de risco: idade da mãe (menores de 17 anos e

maiores de 35 anos), baixo nível socioeconômico, álcool, drogas, raça afro-americana, falta do pré-natal, tabagismo, gravidez múltipla, infecções do trato geniturinário, doenças sistêmicas da mãe (hipertensão, eclampsia, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional)¹⁵.

Considerando ainda a influência que os cuidados maternos têm nas práticas diárias para com o bebê esse aumento de dentes cariados em gestantes acima de 35 anos pode refletir na transmissão de hábitos inadequados de dieta e higiene bucal, comprometendo a saúde bucal futura das crianças. Desta forma, a implementação de programas educativos, focados na promoção da saúde bucal, já no pré-natal, com especial atenção para a faixa etária acima de 34 anos torna-se uma necessidade frente aos dados descritos por pesquisas científicas, reportando que as gestantes têm pouco conhecimento e consciência em relação à saúde bucal, mostrando a necessidade urgente de educação e motivação por meio de várias ações de promoção de saúde, bem como os relatos de estudos, que destacaram que o entendimento da importância da saúde bucal, para uma melhor qualidade gestacional, favorece sua adesão aos cuidados odontológicos no pré-natal^{6,7,8,17}.

Seguindo este conceito de educação e cuidados em saúde amplamente relatada na literatura, o Programa Estadual de Atenção a Gestante, institui o Programa Rede Mãe Paranaense, que tem como objetivo assegurar o acesso e a atenção à saúde a todas gestantes vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo uma gestação de qualidade, desde o pré-natal, puerpério e assistência das crianças menores de um ano de idade, acompanhado por uma equipe multidisciplinar, compostas por médicos, cirurgiões dentista e equipe de enfermagem. Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar o impacto da ação de promoção de saúde bucal nas gestantes, acima de 34 anos de idade, 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 06 meses de vida.

Metodologia

Esse estudo foi aprovado; CAAE - 79922317.2.0000.0104 sob o número do parecer 2.414.194. As gestantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Trata-se de um estudo com delineamento experimental, aleatorizado, no qual o pesquisador implementou uma intervenção e observará seus efeitos sobre os desfechos³⁷.

Local de Coleta

O município está organizado estrategicamente em seis regiões totalizando 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Assim, foi 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 contribuíram, proporcionalmente, com maior número de gestantes na amostra.

Crítérios de elegibilidade da amostra

Foram incluídas na pesquisa gestantes acima de 34 anos que estavam no terceiro trimestre de gestação, no período de janeiro a junho de 2018, que residiam na zona urbana do Município de Maringá, com diagnóstico obstétrico de baixo risco, e fossem capazes de compreender e concordar voluntariamente em participar do estudo, após a explicação do mesmo, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da amostra as mulheres que residiam na zona rural ou fora do Município de Maringá, com diagnóstico obstétrico de alto-risco, óbito da criança e mulheres que não concordaram em participar do estudo.

População e amostra

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”³⁸.

A partir de uma população de 3595 gestantes, 613 gestantes (17,05%) apresentaram idade superior a 34 anos, no município de Maringá no ano de 2016. Considerando os critérios de inclusão, de que as gestantes deveriam estar no terceiro trimestre de gestação, na primeira etapa da pesquisa (janeiro a junho de 2018), foram selecionadas 100 gestantes. Dentre estas, 60 foram excluídas, dentre os motivos: quatro por aborto, dez gestantes consideradas de alto risco, uma por problemas psiquiátricos, quatro mudaram de cidade, cinco não retornaram a UBS para dar continuidade ao pré-natal e 36 já haviam tido o bebê e não havia sido atualizado no gestor. Portanto, a amostra final ficou composta por 40 gestantes.

Instrumento de coleta e do Material Educativo

Utilizou-se um questionário estruturado e validado, adaptado desenvolvido com base em um estudo²⁹.

O questionário foi dividido em três partes, contendo questões objetivas e subjetivas, aplicadas na consulta de pré-natal, no puerpério (um mês) e seis meses pós-parto do bebê.

A primeira parte foi constituída por questões referentes aos dados socioeconômicos e demográficos e sobre a Assistência pré-natal.

A segunda abordou temas sobre o desenvolvimento da gestação (idade gestacional e tipo de parto), aleitamento materno e introdução à higienização bucal do bebê.

A terceira parte do questionário, com questões voltadas à dieta atual da criança (se manteve AME, se já introduziu outros alimentos e líquidos na dieta, dentre outros), à prática da higienização bucal da criança, o acompanhamento da criança com o cirurgião dentista.

O material informativo (apêndice) entregue às gestantes foi em formato de folder explicativo, sobre a importância do pré-natal odontológico, esclarecimentos a respeito de mitos em relação ao tratamento odontológico, prática da amamentação exclusiva; a maneira adequada de introdução de novos alimentos à dieta da criança no momento do desmame; práticas de higienização bucal e importância do

tratamento odontológico para bebês e crianças; além de cuidados preventivos em relação à cárie precoce da infância, problemas bucais referentes ao uso de chupetas e mamadeira.

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2018, sendo que a primeira etapa se deu de janeiro a junho de 2018.

A amostra foi dividida em dois grupos:

- Grupo controle (20 gestantes): as gestantes receberam como informação apenas o material explicativo (Folder);
- Grupo intervenção (20 gestantes): as gestantes receberam como informação o material explicativo (Folder) e ainda, individualmente receberam informações abordando cada item do folder, como um reforço nas orientações.

Cabe ressaltar que a mesma gestante foi entrevistada em três etapas:

Etapa 01- ocorreu durante o período pré-natal (terceiro trimestre da gestação).

Neste momento, foi realizado o esclarecimento sobre o estudo, obtenção de concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a realização da entrevista, a gestante foi orientada, de acordo com seu grupo.

Etapa 02- um mês após o parto e com agendamento prévio por telefone, foi realizada visita domiciliar, na qual as mães responderam a uma nova entrevista com a segunda parte do questionário. As mulheres receberam novamente as orientações de acordo com seu grupo.

Etapa 03- A última fase da pesquisa aconteceu aos seis meses pós-parto, em visita domiciliar, previamente agendada por telefone, na qual foi avaliado o comportamento da mãe em relação aos cuidados em saúde bucal, hábitos de higiene e de dieta da criança, por meio de nova entrevista com a parte final do questionário

Análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos a uma análise descritiva e as variáveis foram expressas em frequências absolutas e relativas para todos os grupos da

pesquisa, e posterior análise estatística (Teste Exato de Fisher e Teste Qui-quadrado). Os dados foram analisados no programa R versão 3.4.4. e o valor de alfa adotado será de 5%.

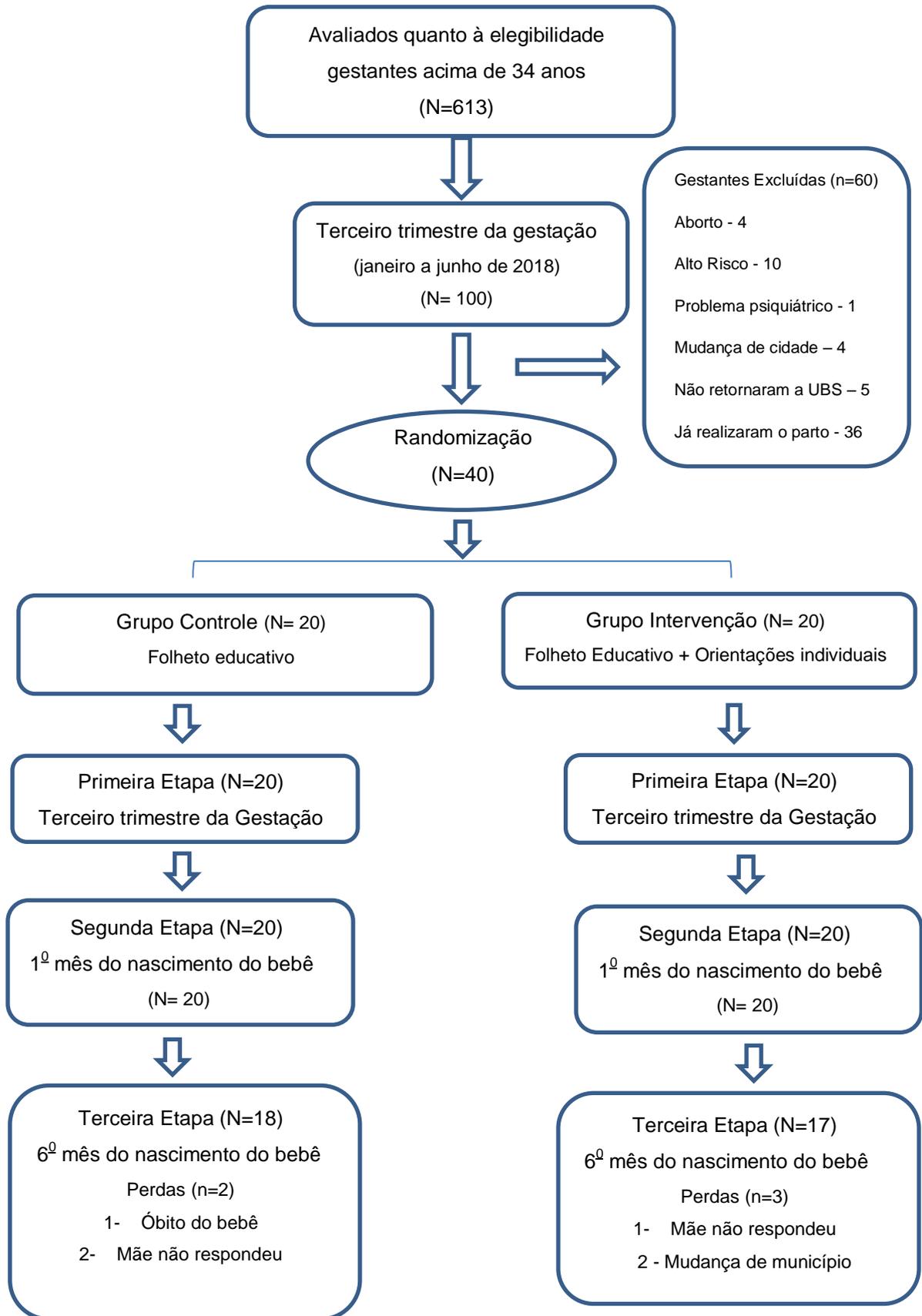


Figure 1. Flow chart of the study.

RESULTADOS

Os dados da primeira etapa da entrevista apontaram para o seguinte perfil socioeconômico (tabela 1). Observa-se que o grupo controle e intervenção eram homogêneos em relação às características demográficas, socioeconômicas, e dados da gestação ($p > 0,05$).

Houve uma distribuição satisfatória das gestantes, representativa de todas as áreas do município. A maioria tinha idade entre 34-39 anos, raça branca, casada e residindo com o companheiro. Não foi a primeira gravidez para 85% das gestantes em ambos os grupos. Em relação ao número de filhos uma expressiva parcela de mães possuía dois filhos. A gravidez foi desejada para a grande maioria delas.

Em relação ao nível de escolaridade, a maior porcentagem delas apresentou ensino médio completo e quanto a remuneração 70% das gestantes trabalhavam remuneradamente tanto no grupo controle como no grupo intervenção. Em relação à renda, no grupo controle, as gestantes (35%) ganham de três a quatro salários mínimos, enquanto no grupo intervenção as gestantes (50%) ganham de um a dois salários mínimos, e não recebem ajuda do governo.

Tabela 1. Características Sociodemográficas das gestantes acima de 34 anos nos grupos estudados (do grupo controle e intervenção), (n=40).

Indicadores	Grupos		Valor de p
	Controle	Intervenção	
	n (%)	n (%)	
Unidade Básica de Saúde			0,66*
Regional Iguazu	5 (25,0)	6 (30,0)	
Regional Pinheiros	3 (15,0)	0 (0,0)	
Regional Zona Sul	2 (10,0)	4 (20,0)	
Regional Quebec	6 (30,0)	6 (30,0)	
Regional Tuiuti	3 (15,0)	3 (15,0)	
Regional Zona Sete	1 (5,0)	1 (5,0)	
Idade			0,71**
34 a 39 anos	14 (70,0)	16 (80,0)	
40 a 45 anos	6 (30,0)	4 (20,0)	
Raça			0,24**
Branca	16 (80,0)	15 (75,0)	

Negra	1 (5,0)	4 (20,0)	
Amarela	3 (15,0)	1 (5,0)	
Situação conjugal			0,23*
Com companheiro	17 (85,0)	20 (100,0)	
Sem companheiro	3 (15,0)	0 (0,0)	
Com quem mora			0,54*
Companheiro	16 (80,0)	18 (90,0)	
Com os pais/sogros	2 (10,0)	2 (10)	
Sozinha	2 (10,0)	0 (0,0)	
Primeira gravidez			1**
Sim	3 (15,0)	3 (15,0)	
Não	17 (85,0)	17 (85,0)	
Número de filhos			0,88*
0	3 (15,0)	4 (20)	
1	7 (35,0)	4 (20)	
2	7 (35,0)	10 (50)	
3	1 (5,0)	1 (5,0)	
4	1 (5,0)	1 (5,0)	
7	1 (5,0)	0 (0,0)	
Gravidez foi desejada			0,74**
Sim	13 (65,0)	11 (55,0)	
Não	7 (35,0)	9 (45,0)	
Nível de instrução			1**
5 a 8 anos	8 (40,0)	8 (40,0)	
9 a 11 anos	7 (35,0)	7 (35,0)	
12 anos e mais	5 (25,0)	5 (25,0)	
Condição de ocupação			1**
Remunerada	14 (70,0)	14 (70,0)	
Não remunerada	6 (30,0)	6 (30,0)	
Renda (em salário mínimo-R\$ 937,00-PR/2017)			0,18*
Até 1 salário	5 (25,0)	3 (15,0)	
1 a 2 salários	5 (25,0)	10 (50,0)	
3 a 4 salários	7 (35,0)	7 (35,0)	
Mais de 5 salários	3 (15,0)	0 (0,0)	
Recebe apoio do governo (bolsa família, vale gás, vale leite, outros)			0,10*
Sim	4 (20,0)	0 (0,0)	
Não	16 (80,0)	20 (100,0)	

*Teste Exato de Fisher

** Teste Qui –Quadrado; p<0,05

A tabela 2, expressa os dados referentes a saúde geral e odontológica das gestantes. As mulheres estão em boas condições de saúde, e em ambos os grupos já tinham sido submetidas a exodontias, em especial o terceiro molar. Durante o período gestacional foi relatado sangramento gengival e quando questionadas sobre a frequência de escovação, a maioria relatou fazer a escovação três vezes ao dia e usar o fio dental. Um número expressivo de gestantes tinha o hábito de comer entre as principais refeições e consumir refrigerantes. Quando questionadas sobre a última consulta odontológica, nos últimos quatro anos foi a alternativa para o grupo controle em e apenas 25% no grupo intervenção.

Tabela 2. Características de saúde geral e bucal das gestantes acima de 34 anos do grupo controle e intervenção (n=40).

Indicadores	Grupos		Valor de p
	Controle	Intervenção	
	n (%)	n (%)	
Apresenta alguma doença sistêmica			1**
Sim	3 (15,0)	4 (20,0)	
Não	17 (85,0)	16 (80,0)	
Já fez extração dentária			0,22*
Sim	17 (85,0)	20 (100,0)	
Não	3 (15,0)	0 (0,0)	
Qual o motivo			0,20**
Doença periodontal	2 (10,0)	1 (5,0)	
Cárie dentária	2 (10,0)	6 (30,0)	
Fratura dentária	2 (10,0)	5 (25,0)	
Terceiro molar	10 (50,0)	7 (35,0)	
Não fez extração	3 (20,0)	1 (5,0)	
Houve sangramento gengival durante a gestação			0,06**
Sim	2 (10,0)	8 (40,0)	
Não	18 (90,0)	12 (60,0)	
Qual a frequência de escovação			0,83**
Duas	3 (15,0)	3 (15,0)	
Três	16 (80,0)	15 (75,0)	

Quatro	1 (5,0)	2 (10,0)	
Usa fio dental			1**
Sim	17 (85)	16 (80,0)	
Não	3 (15,0)	4 (20,0)	
Tem hábito de comer entre as refeições principais			0,23*
Sim	20 (100,0)	17 (85,0)	
Não	0 (0,0)	3 (15,0)	
Toma refrigerante com frequência			0,30**
Sim	8 (40,0)	4 (20,0)	
Não	12 (60,0)	16 (80,0)	
Quando foi a última consulta odontológica antes da gestação			0,19*
2010-2013	1 (5,0)	0 (0,0)	
2014-2018	10 (50,0)	15 (75,0)	
Não sabe	9 (45,0)	5 (25,0)	

*Teste Exato de Fisher

** Teste Qui –Quadrado; $p < 0,05$

A tabela 3 apresenta informações a respeito da Assistência Pré-Natal recebida pelas gestantes nas UBS na qual são atendidas.

Desta forma, pode-se perceber que a maioria das gestantes participou das consultas de pré-natal nas UBS desde o primeiro trimestre 45 % foram consultadas pelo médico ginecologista/obstetra no grupo controle e 55% no grupo intervenção consultadas pelo clínico geral. A maioria das mulheres receberam acima de três consultas. A gestação ocorreu dentro da normalidade para quase a totalidade das gestantes. Em relação a palestra sobre as vantagens do aleitamento materno uma boa parte delas relatou que não receberam este conteúdo, situação muito parecida em relação a palestra sobre a importância da saúde bucal da gestante com o cirurgião-dentista. Com relação a consulta odontológicas no pré-natal 45% do grupo controle e 40% do grupo intervenção não tiveram nenhuma consulta odontológica no pré-natal. Gestantes do grupo controle e do grupo intervenção que tiveram atendimento odontológico no pré-natal relataram que o principal motivo foi a prevenção odontológica. Quando questionadas se foram orientadas a levar o bebê na puericultura para avaliação odontológica a maioria não recebeu nenhum tipo de orientação. A maioria das gestantes do grupo controle 90% e do grupo intervenção 70% não tiveram nenhuma consulta com a nutricionista.

Em relação a amamentação e a saúde bucal da criança, observou-se que as mães associaram de maneira positiva esses fatores. Quanto a idade da primeira visita do bebê ao dentista, 40% relataram ser aos dois anos. No grupo controle e no grupo intervenção 45% das mães responderam que a criança deve começar a escovar seus próprios dentes sem a ajuda materna já no primeiro ano de vida. Com relação a cárie dentária aproximadamente 50% relataram conhecimento do conceito e a quase totalidade verbalizaram que a cárie dentária não pode ser evitada. Quanto ao momento do nascimento do primeiro dente 40% no grupo controle e 35% no grupo intervenção responderam que era aos seis meses, embora houvesse um número expressivo que não soube responder. O grupo intervenção respondeu que os dois dentes incisivos inferiores são os primeiros que apontavam. Quando questionadas sobre o número total de dentes decíduos que a criança apresenta 50% do grupo controle e 70% do grupo intervenção não souberam dizer o número exato.

Tabela 3. Informações da assistência PRÉ-NATAL nos grupos de gestantes com idade acima de 34 anos de idade.

Indicadores	Grupos		Valor de p
	Controle	Intervenção	
	n (%)	n (%)	
Desde quando participa do pré-natal na UBS?			0,44**
Primeiro trimestre	15 (75,0)	18 (90,0)	
Segundo trimestre	2 (10,0)	1 (5,0)	
Terceiro trimestre	3 (15,0)	1 (5,0)	
Qual médico presta assistência?			0,06**
Médico do ESF	7 (35,0)	3 (15,0)	
Clínico geral	4 (20,0)	11 (55,0)	
Ginecologista	9 (45,0)	6 (30,0)	
Quantas consultas participou no pré-natal			1**
Até 3 consultas	4 (20,0)	3 (15,0)	
Acima de 3 consultas	16 (80,0)	17 (85,0)	
A gestação está ocorrendo dentro da normalidade?			1**
Sim	18 (90,0)	19 (95,0)	
Não	2 (10,0)	1 (5,0)	
Participou da palestra sobre as vantagens do aleitamento materno?			0,32**

Sim	5 (25,0)	9 (45,0)	
Não	15 (75,0)	11 (55,0)	
Participou da palestra com o cirurgião dentistas sobre a importância da saúde bucal da gestante?			0,27**
Sim	7 (35,0)	3 (15,0)	
Não	13 (65,0)	17 (85,0)	
Quantas consultas odontológicas fez no pré-natal?			0,91**
Nenhuma	9 (45,0)	8 (40,0)	
Até duas	7 (35,0)	7 (35,0)	
Mais de três	4 (20,0)	5 (25,0)	
Qual o motivo da consulta odontológica?			0,78**
Prevenção	5 (25,0)	6 (30,0)	
Tratamento	4 (20,0)	6 (30,0)	
Urgência	2 (10,0)	1 (5,0)	
Nenhuma	9 (45,0)	7 (35,0)	
Foi orientada a trazer o bebê na puericultura para avaliação odontológica?			0,69**
Sim	5 (25,0)	3 (15,0)	
Não	15 (75,0)	17 (85,0)	
Participou da consulta com a nutricionista			0,23**
Sim	2 (10,0)	6 (30,0)	
Não	18 (90,0)	14 (70,0)	
Você acha que existe relação entre a amamentação e a saúde bucal?			0,48*
Sim	20 (100,0)	18 (90)	
Não	0 (0,0)	2 (10,0)	
Com que idade você acha que o bebê deve fazer a primeira visita ao dentista?			1**
Correta	6 (30,0)	5 (25,0)	
Incorreta	14 (70,0)	15 (75,0)	
Quando a criança deve começar a escovar seus próprios dentes, sem ajuda da mãe?			0,73**
Correta	5 (25,0)	7 (35,0)	
Incorreta	15 (75,0)	13 (65,0)	

Você sabe o que é cárie dentária?			0,50*
Sim	10 (50,0)	12 (60,0)	
Não	10 (50,0)	8 (40,0)	
Na sua opinião, a cárie pode ser evitada?			1*
Sim	0 (0,0)	1 (5,0)	
Não	19 (95,0)	19 (95,0)	
Não sabe	1 (5,0)	0 (0,0)	
Você sabe quando nasce o primeiro dente de leite do bebê?			0,49*
Correta	8 (40,0)	5 (25,0)	
Incorreta	12 (60,0)	15 (75,0)	
Qual dente irrompe primeiro?			0,51**
Correta	14 (70,0)	11 (55,0)	
Incorreta	6 (30,0)	9 (45,0)	
Sabe dizer quantos dentes de leite uma criança tem (total)?			0,34**
Correta	4 (15,0)	1 (5,0)	
Incorreta	16 (85,0)	19 (95,0)	

*Teste Exato de Fisher

** Teste Qui –Quadrado; $p < 0,05$

Na segunda parte da pesquisa, com a avaliação aplicada após o nascimento do bebê, a tabela 4, demonstra as variáveis estudadas nesta etapa do estudo.

A segunda etapa de entrevistas desta pesquisa aconteceu em visita domiciliar às novas mães, no período de um mês de puerpério. Foram coletados dados relacionados às práticas maternas de amamentação e higiene bucal da criança.

A gestação foi a termo para a maior parcela das mulheres estudadas e o parto cesariana o mais frequente. O aleitamento materno ocorreu no primeiro dia em 60% no grupo controle e 75% no grupo intervenção. Com relação a doenças sistêmicas apenas um bebê (5%) do grupo controle nasceu com problemas (Síndrome de Edward).

As orientações sobre os cuidados com a saúde bucal nas consultas de puericultura foram repassadas em 25% no grupo controle e 60% no grupo intervenção. O AME foi de 65% no grupo controle e 80% no grupo intervenção. Com relação ao uso de mamadeira apenas 25% do grupo controle utilizaram com o leite

artificial (Nan). O uso de “chuquinha” com chá foi considerado baixo para os dois grupos assim como a adição do açúcar no chá.

Quando analisado a limpeza da boca do bebê, aproximadamente 55% das mães do grupo controle relataram limpar a boca do bebê com gaze/fralda e 35% do grupo intervenção na qual a limpeza era realizada uma vez/dia em 55% no grupo controle e 35% no grupo intervenção.

Tabela 4. Avaliação das práticas maternas com relação a amamentação e higiene bucal no primeiro mês de vida do bebê, nos grupos estudados, Maringá-PR, 2018.

Indicadores	Grupos		Valor de p
	Controle n (%)	Intervenção n (%)	
Qual o tempo de gestação?			1**
A termo (37 a 41 semanas)	17 (85,0)	18 (90,0)	
Prematuro	3 (15,0)	2 (10,0)	
Tipo de parto?			0,48*
Cesária	18 (90,0)	20 (100,0)	
Normal	2 (10,0)	0 (0,0)	
Início do aleitamento materno?			0,50*
Ocorreu logo após o parto	12 (60,0)	15 (75,0)	
Após o 2 ^o dia	7 (35,0)	5 (25,0)	
Não conseguiu amamentar	1 (5,0)	0 (0,0)	
Doença sistêmica?			1**
Sim	1 (5,0)	0 (0,0)	
Não	19 (95,0)	20 (10,0)	
Você recebeu orientações sobre os cuidados com a saúde bucal do bebê nas consultas de puericultura?			0,05**
Sim	5 (25,0)	12 (60,0)	
Não	15 (75,0)	8 (40,0)	
Tipo de alimentação do bebê			0,33*
Leite materno exclusivo	13 (65,0)	16 (80,0)	
Leite materno, chá e água	0 (0,0)	1 (5,0)	
Leite materno e outro leite animal	5 (25,0)	3 (15,0)	
Leite animal	2 (10,0)	0 (0,0)	
Caso utilize mamadeira, qual o conteúdo?			0,18*

Leite materno	0 (0,0)	1 (5,0)	
Leite materno e fórmula infantil	0 (0,0)	2 (10,0)	
Fórmula infantil	6 (30,0)	2 (10,0)	
Não utiliza mamadeira	14 (70,0)	15 (75,0)	
Costuma oferecer chuquinha de chá para o bebê?			0,69**
Sim	5 (25,0)	3 (15,0)	
Não	15 (75,0)	17 (85,0)	
Você coloca açúcar no chá?			1**
Sim	2 (10,0)	1 (5,0)	
Não	18 (90,0)	19 (95,0)	
Você já iniciou a limpeza da boca de seu filho(a)?			1**
Sim	12 (60,0)	11 (55,0)	
Não	8 (40,0)	9 (45,0)	
Frequência da limpeza da boca do bebê por dia			0,25*
1 vez/dia	11 (55,0)	78 (35,0)	
2 vezes/dia	1 (5,0)	4 (20,0)	
Não faz	8 (40,0)	9 (45,0)	

*Teste Exato de Fisher

** Teste Qui –Quadrado; $p < 0,05$

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 Controle e o grupo Intervenção ($p < 0,05$).

A terceira etapa 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, dieta alimentar e hábitos de higiene (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 35 mães, duas perdas no grupo controle (um bebê que entrou em óbito e uma mãe não respondeu ao questionário) e três perdas no grupo intervenção (uma mãe não respondeu ao questionário e duas mães mudaram de município).

Com relação a volta ao trabalho das mães, o grupo controle (38,8%) e do grupo intervenção (41,1%), retornaram à atividade, sendo o cuidado com o bebê de responsabilidade da mãe no grupo controle (55,5%) e grupo intervenção (52,9%). O AME foi mantido até o sexto mês, 38,8% no grupo controle e 47% no grupo

intervenção. Quanto ao motivo da substituição do leite materno, 33% das mães apontaram o desmame precoce do bebê no grupo controle e 35,2% no grupo intervenção e a idade que a criança foi desmamada foi 27,7% por volta dos 6 meses no grupo controle e 5,8% no grupo intervenção sendo a fórmula infantil a mais utilizado no grupo controle (66,6%) do que no grupo intervenção (41,1%). Quando perguntado sobre a alimentação noturna no grupo controle 61,1% mamava para dormir e no grupo intervenção 23,5%. O início da papa salgada foi 44,4% por volta do sexto mês no grupo controle e 41,1% no grupo intervenção. A maioria das mães não iniciaram a introdução de iogurte no grupo controle (88,89%) e no grupo intervenção (58,8%) e também não houve a introdução de alimentos industrializados no grupo controle (88,8%) e no grupo intervenção (64,7%), sendo a alimentação adequada para idade da criança para 66,6% do grupo controle e 70,5% no grupo intervenção.

Tabela 5. Avaliação das práticas maternas com relação a amamentação, dieta alimentar nos primeiros seis meses de vida do bebê, nos grupos estudados (n=35).

Indicadores	Grupos		Valor de p
	Controle n (%)	Intervenção n (%)	
Você voltou para o emprego?			1*
Sim	07 (38,8)	7 (41,1)	
Não	11 (61,1)	10 (58,80)	
Carga horária do emprego?			0,82**
20-30 horas/semanais	1 (5,5)	2 (11,7)	
31-40 horas/semanais	6 (33,3)	4 (23,5)	
Acima de 41 horas/semanais	0 (0,0)	1 (5,5)	
Não trabalha fora	11 (61,1)	10 (58,8)	
Quem cuida do bebê na sua ausência?			0,66**
Marido	0 (0,0)	2 (11,7)	
A própria mãe	10 (55,5)	9 (52,9)	
Avó	3 (16,6)	2 (11,7)	
CEMEI	1 (5,5)	2 (11,7)	
Outros	4 (22,2)	2 (11,7)	
Até que idade manteve somente o leite materno?			0,24*
Até dois meses	5 (27,7)	1 (5,5)	

Até quarto mês	2 (11,7)	5 (29,4)	
Até o sexto mês	7 (38,8)	8 (47,0)	
Mais de seis meses	4 (22,2)	3 (17,6)	
Qual o motivo de você parar de oferecer o leite materno?			0,36**
Desmame precoce	6 (33,3)	6 (35,2)	
Complicações relacionadas a mãe	3 (16,6)	0 (0,0)	
Voltou a trabalhar	5 (27,7)	4 (23,5)	
Continua amamentando	4 (22,2)	7 (41,1)	
Com que idade iniciou oferta de outro leite para seu filho?			0,19**
Primeiro mês	2 (11,1)	0 (0,0)	
Segundo mês	3 (16,6)	1 (5,8)	
Quarto mês	2 (11,1)	4 (23,5)	
Quinto mês	2 (11,1)	4 (23,5)	
Sexto mês	5 (27,7)	1 (5,8)	
Continua mamando	4 (22,2)	7 (41,1)	
Atualmente qual tipo de leite você oferece para seu filho?			0,31*
Fórmula infantil	12 (66,6)	7 (41,1)	
Leite de origem animal	2 (11,1)	3 (17,6)	
Continua leite materno	4 (22,2)	7 (41,1)	
Quanto a alimentação noturna do bebê?			0,05**
Acorda pra mamar	7 (38,8)	13 (76,4)	
Mama e dorme/dorme mamando	11 (61,1)	4 (23,5)	
Com que idade iniciou a papa de fruta?			0,37**
Quarto mês	0 (0,0)	3 (17,6)	
Quinto mês	5 (27,7)	5 (29,4)	
Sexto mês	8 (44,4)	7 (41,1)	
Não iniciou	5 (27,7)	2 (11,7)	
Com que idade iniciou a papa de legumes?			0,59**
Quarto mês	0 (0,0)	2 (11,7)	
Quinto mês	5 (27,7)	4 (23,5)	
Sexto mês	8 (44,4)	8 (47,0)	
Não iniciou	5 (27,7)	3 (17,6)	
Com que idade iniciou a oferta de iogurte/Danoninho?			0,25*
Quarto mês	0 (0,0)	1 (5,8)	

Sexto mês	2 (11,1)	6 (35,2)	
Não iniciou	16 (88,8)	10 (58,8)	
Com que idade iniciou a oferta de bolacha ou alimentos industrializados?			0,19*
Sexto mês	2 (11,1)	6 (35,3)	
Não iniciou	16 (8,8)	11 (64,7)	
Tipo de alimentação atual do bebê			1*
Alimentação adequada	12 (66,6)	12 (70,5)	
Alimentação inadequada	6 (33,3)	5 (29,4)	

*Teste Exato de Fisher

** Teste Qui –Quadrado; $p < 0,05$

O teste estatístico apontou não existir diferença significativa entre os grupos, em relação às práticas maternas para a alimentação do bebê, em especial para variável “consumo de alimentos industrializados”, observando que no grupo Intervenção 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).

Dentre as todas as crianças, a maioria ainda não possuía dentes. Quanto à higienização da boca da criança, poucas foram as mães que ainda não faziam a higiene da boca dos bebês, somente 5,5% das mães do grupo controle e 11,7% das mães do grupo intervenção, e para todas as mães que já introduziram a higiene, a gaze/fralda foi a mais relatada, inclusive após a última mamada.

Embora as mães tenham relatado consultar o pediatra para a puericultura, a visita ao cirurgião dentista se deu em uma frequência bem menor, 44% no grupo controle e 17,6% no grupo intervenção e 61,1% não procurou atendimento do grupo Controle e 47,0% do grupo Intervenção. Para crianças já atendidas pelo cirurgião dentista a idade do bebê foi aos cinco meses, sendo a prevenção o motivo principal e a UBS a referência para o atendimento.

Tabela 6. Avaliação das práticas maternas com relação a saúde bucal e hábitos de higiene nos primeiros seis meses de vida do bebê, nos grupos estudados (n=35), Maringá-PR, 2018.

Indicadores	Grupos		Valor de p
	Controle n (%)	Intervenção n (%)	
Dentes do bebê que já irromperam			0,36**
Dois superiores e dois inferiores	2 (11,1)	0 (0,0)	
Dois inferiores	7 (38,8)	4 (23,5)	
Dois superiores	1 (5,5)	1 (5,8)	
Sem dentição	8 (44,4)	12 (70,5)	
Costuma higienizar os dentes do seu filho			0,64**
Sim/1 vez ao dia	11 (61,1)	13 (76,4)	
Sim/2 vezes ao dia	3 (16,6)	2 (11,7)	
Sim/3 vezes ao dia	2 (11,1)	0 (0,0)	
Sim/mais de quatro vezes	1 (5,5)	0 (0,0)	
Não	1 (5,5)	2 (11,7)	
Motivo porque não limpa			0,07**
Já está dormindo	1 (5,5)	0 (0,0)	
Não limpa	6 (33,3)	1 (5,8)	
Pediatra não recomenda	0 (0,0)	1 (5,8)	
Já limpa	11 (61,1)	15 (88,2)	
Está higienizando a noite, antes de dormir			1*
Sim	11 (61,1)	10 (58,8)	
Não	7 (38,8)	7 (41,1)	
Como realiza a higiene?			0,60*
Gaze/fralda	14 (77,7)	15 (88,2)	
Escova dental	3 (16,6)	1 (5,8)	
Nesse semestre qual médico fez acompanhamento do bebê?			0,18**
Pediatra	14 (77,7)	14 (82,3)	
Clínico geral	0 (0,0)	2 (11,7)	
Não faz controle na UBS	4 (22,2)	1 (5,8)	
Nesse semestre você levou seu filho ao dentista			0,17
Sim	8 (44,4)	3 (17,6)	
Não	10 (55,5)	14 (82,3)	

Qual o motivo de não o levar?			0,23
Está agendado	1 (5,5)	4 (23,5)	
Familiar doente	0 (0,0)	1 (5,8)	
Não procurou	11 (61,1)	8 (47,0)	
Pediatra não recomenda	0 (0,0)	1 (5,8)	
Já está em atendimento	6 (33,3)	3 (17,6)	
Qual o local onde foi realizado o atendimento			0,16*
Consultório particular	2 (11,1)	1 (5,8)	
UBS	5 (27,7)	2 (11,7)	
Não levou	11 (61,1)	14 (82,3)	

*Teste Exato de Fisher

** Teste Qui –Quadrado; $p < 0,05$

O teste estatístico apontou não existir diferença significativa entre os grupos, em relação às práticas maternas para a higiene da cavidade bucal do bebê, observando que para ambos os grupos a higiene bucal foi realizada para maioria dos bebês, bem como a primeira visita ao dentista para interposição de medidas preventivas.

DISCUSSÃO

Em função de mudanças no perfil das gestantes, no contexto atual, existe grande necessidade de implementação de programas educativos no pré-natal, priorizando a faixa etária acima de 34 anos, uma vez que a literatura científica é escassa em apresentar resultados e experiências direcionados a gestação tardia^{1,2,6}. De posse destas constatações a presente pesquisa analisou o impacto de um programa educativo direcionados a gestantes usuárias do serviço público, com idade acima de 34 anos, com respeito a sua saúde bucal e as práticas para com seu bebê nos primeiros seis meses de vida.

A utilização de questionários e a coleta de dados por meio de entrevista é um recurso particularmente benéfico e viável para indivíduos com dificuldades de mudança de comportamento, é um método acessível, de fácil aplicação e capaz de gerar conhecimento, já o momento da aplicação do questionário segue o recomendado^{27,34} que relata que o uso de material informativo para educar as mães durante o período pré-natal acarretou melhores resultados para as mães e

seus recém-nascidos, principalmente quando ocorrido no terceiro trimestre de gestação.

Com relação a amostra de gestantes estudadas foi possível coletar os dados nas seis regionais de saúde contemplando todas as UBS do município de Maringá- Pr. O perfil das gestantes estudadas mostrou a faixa etária entre 34 a 39 anos, raça branca, moradia com o companheiro, não sendo a primeira gravidez para a maioria das gestantes. O tempo de gestação foi a termo, a maior porcentagem dos partos por cesariana, ocorrendo poucos partos prematuros, apesar dos relatos da literatura que apontam que a idade tardia poder influenciar em fatores sistêmicas que levam ao parto pré-maturo e baixo peso do bebê^{15,16,32}. Apenas um bebê nasceu com doença sistêmica e em três meses entrou em óbito. A idade materna é considerada como um fator gerador de risco para a gravidez e que gestantes que apresentam idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez, o que torna a gestação de alto risco¹.

O nível de escolaridade das gestantes avaliadas neste estudo foi de cinco a oito anos, e a renda familiar na maior parte delas de três a quatro salários mínimos no grupo controle e de um a dois salários mínimos no grupo intervenção, e a maioria das gestantes possuíam algum tipo de remuneração. A escolaridade igual ou maior a 8 anos de estudo e presença de um a dois filhos estiveram associadas a conhecimento adequado sobre saúde bucal³⁰. A falta de saúde bucal tem efeitos deletérios em relação a saúde geral e que está associada a fatores socioeconômicos que podem contribuir para uma má nutrição e ausência de saúde bucal^{28,35}.

Neste estudo, um pequeno número de gestantes apresentou sangramento gengival, doença periodontal e problemas sistêmicos, no entanto relatos da literatura mostram que doenças periodontais e sistêmicas podem levar a complicações na gravidez, dentre elas o risco de ocorrer aborto, parto prematuro e bebê com baixo peso, em especial em gestantes com idades acima dos 34 anos^{15,16,26,32}. Em um estudo desenvolvido houve uma grande melhora no grupo de gestantes que recebeu tratamento periodontal e acompanhamento, reduzindo os impactos negativos na qualidade de vida das gestantes³¹.

Quando as gestantes foram indagadas sobre o consumo de alimentos entre as refeições, a grande maioria relatou ter esta prática, no entanto apontaram realizar a escovação três vezes ao dia e usar o fio dental, fato este que contradiz com a realidade da população brasileira, pois o índice médio de CPO-D nesta faixa etária é de 16,7³. Aproximadamente 50% das mulheres grávidas não visitam um dentista, mesmo quando percebem a necessidade de tratamento, mostrando a necessidade de programas de educação e motivação por meio de ações de promoção de saúde bucal, para uma melhoria na saúde bucal das gestantes durante o pré-natal odontológico^{6,7,8,12}.

Houve uma boa adesão das gestantes ao pré-natal na UBS, onde a maior parte teve assistência com o médico do PSF ou com o médico ginecologista/obstetra com mais de três consultas no período de pré-natal, contribuindo para uma gestação dentro da normalidade para a maioria. Apesar da ampla cobertura do pré-natal nas UBS e de programas como Rede Mãe Paranaense que tem como objetivo garantir uma gestação de qualidade, existe falha sobre as orientações do aleitamento materno e sua importância, pois a maioria das gestantes relataram não ter recebido nenhuma orientação ou palestra sobre as vantagens do aleitamento materno. A implementação de programas educativos focados no aleitamento materno é sugerida por alguns autores^{27,34}, pois melhoram a autoconfiança das mães, estimulando-as a manter a amamentação, evitando o desmame precoce.

Ficou constatado, neste estudo, que mesmo com a presença de cirurgião dentista em todas as UBS do município de Maringá-PR, existe grande falha na atuação deste profissional junto aos programas de pré-natal, visto que uma pequena parte das gestantes estudadas (35% no grupo controle e 15% no grupo intervenção) participaram de palestra com o cirurgião-dentista sobre a importância da saúde bucal da gestante e para o bebê e ainda tiveram poucas consultas odontológicas no pré-natal. A razão deste distanciamento pode estar relacionada a mitos e crenças que afastam as gestantes do pré-natal odontológico, mostrando a falta de informação necessária para realização deste atendimento^{17,19}. Corroborado pelo resultado de outros estudos que destacam que aproximadamente 50% das gestantes não consultam um dentista, mesmo sabendo da necessidade de tratamento e apontam como motivos o medo e a ansiedade provocados pelo

tratamento^{11,12,30,35}. Em alguns momentos ocorre também a resistência de dentistas, médicos e familiares³³.

Neste estudo observou-se a falta de interação das áreas da saúde já visto que as gestantes não receberam nenhuma orientação da nutricionista em relação a alimentação, amamentação e alimentação do bebê, apesar das gestantes acreditarem que existe uma relação entre amamentação e saúde bucal da criança. Estudos apontam que a maioria das mães apresentam dúvidas sobre até que período o bebê deveria ser amamentado e qual o momento adequado para o desmame¹⁸. As percepções dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal dos filhos uma vez que 69% das mães já haviam introduzido a sacarose na dieta da criança no primeiro ano de vida²⁰ devido falta de hábitos alimentares saudáveis na família²¹.

Um outro ponto de desconhecimento das gestantes diz respeito a idade que a criança deve fazer a primeira consulta com o dentista, aproximadamente 70% das gestantes responderam incorretamente, resultados semelhantes forma encontrados por outros autores.^{17,22}.

Quando questionadas quanto a idade que a criança deveria escovar os dentes sozinhos, prevenção de cárie dentária e a erupção dos dentes decíduos, as mães não souberam responder assertivamente, em consonância com relatos de outros estudos brasileiros^{22,24,25}.

Quando analisadas as práticas após o parto, observou-se um bom desempenho das mães, uma vez que o aleitamento materno exclusivo ocorreu logo no primeiro e segundo dia pós-parto e manteve-se por um período de seis meses na maioria das mães, mesmo após voltarem ao trabalho, demonstrando conhecer a importância e os benefícios do leite materno para o bebê, corroborado por um estudo controlado e randomizado²⁷. No entanto, a equipe de saúde precisa estar ciente da importância do trabalho multidisciplinar³⁴, pois a amamentação, permite aumentar o conhecimento sobre amamentação e uma autoconfiança nas mães, tendo um efeito significativo no aleitamento materno exclusivo³⁴. Sabe-se que a criança que recebe o aleitamento materno apresenta menos doença e infecção por isso a amamentação deve ser sempre incentivada enfatizada e que se torna uma prática comum entre as puérperas.

No grupo estudado verificou-se que a limpeza da boca do bebê foi iniciada logo no primeiro mês de vida pela maioria das mães, com a frequência de uma vez

ao dia. Apesar da maior parte das mães ainda não terem levado o bebê para a primeira consulta com o dentista, diferentemente de um outro estudo²⁵ no qual 58,7% dos pais acreditavam que a limpeza da boca do bebê deveria ser feita somente depois que os dentes irrompessem. Os programas odontológicos educativo-preventivos direcionados ao bebê, visam avivar a consciência de pais e/ou responsáveis em relação aos fatores nocivos desde o nascimento, mostrando todos os cuidados necessários para propiciar que essas boas condutas possam ser colocadas em prática revertam em qualidade de vida para a criança^{17,18}.

Em relação às práticas alimentares aos seis meses pós-parto, um número alto de mães oferecia alimentação adequada (leite materno, fórmula infantil, frutas, papa salgada). São dados positivos uma vez que a cárie dentária depende de dieta rica em açúcares, e que os hábitos saudáveis alimentares estavam fazendo parte da rotina familiar da população estudada. Este resultado difere de um estudo desenvolvido no qual no qual um número alto de mães ofertava alimentos ricos em açúcar para seus bebês como o suco industrializado, bolachas, iogurte, refrigerantes e doces²⁹. Outro estudo relata que 80,6% das mães acreditam que sua alimentação pode ter influência na saúde bucal de seu filho⁷.

Comparando-se práticas do grupo controle e intervenção, observou-se que não houve diferença significativa entre os grupos, especialmente para quando analisadas as variáveis amamentação, visitas ao dentista da gestante e do bebê, alimentação e higiene bucal até os seis meses do bebê, no entanto, percebeu-se uma melhora nas práticas de alimentação e higiene bucal do bebê; podendo atribuir este impacto positivo ao programa educativo, uma vez que o contato da gestantes com material educativo, gerou um momento de reflexão, mesmo para o grupo que recebeu somente folder educativo, em concordância com outros relatos que apontam que o uso de folheto explicativo ocasiona uma melhora nas práticas de escovação e uso do fio dental em gestantes⁵ e que é importante a realização de intervenções educativas antes do nascimento do bebê, pois causa um impacto positivo na saúde bucal das gestantes³⁶.

Algumas limitações podem ser destacadas neste estudo, como: perda da amostra devido aos horários de consultas de pré-natal de várias UBS ser coincidentes, dificultando a coleta dos dados, e ainda dificuldades de contato com as mães, impedindo de completarem o protocolo da pesquisa (avaliação de seis meses), reduzindo o número da amostra na avaliação final. É necessário também

destacar a escassez de publicações que apresentem trabalhos realizados com gestantes com idades acima de 34 anos, focados na promoção de saúde bucal, prática do AME, além de outros assuntos pertinentes à idade, como a obtenção de hábitos deletérios e alimentares típicos da idade. Visto isso, entende-se que são necessárias novas pesquisas, ampliando-se a amostra e com maior período de acompanhamento, para avaliar maiores benefícios que um programa de promoção da saúde bucal pode ter ao longo do tempo.

O presente estudo expõe a importância do pré-natal odontológico nessa faixa etária acima de 34 anos e a necessidade de programas em saúde bucal que visam o atendimento odontológico e atividades educativas com objetivo de transferir para as futuras mães conhecimentos e práticas de saúde bucal para que possam atuar corretamente nos cuidados de saúde bucal de seus filhos. É importante salientar a importância e o comprometimento do cirurgião-dentista nesse processo educativo e a interação com outras áreas da saúde, visando o bem-estar da gestante e do bebê.

CONCLUSÃO

Não houve diferença significativa entre os grupos controle e intervenção, no que diz respeito ao conhecimento e a prática das gestantes com idade acima de 34 anos de idade 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. Conseqüentemente, 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. ALDRIGHI, JD. et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2016,50(3):512-521.
2. TEIXEIRA, EC. et al. Gravidez em mulheres acima de 34 anos no Brasil-análise da frequência entre 2006 e 2012. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2015 jan-mar, 14(1).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010. Resultados preliminares. Brasília; 2011.
4. FRAZÃO, P; ANTUNES, JLF; NARVAI, PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Rev. Bras. Epidemiol**. 2003,6(1):49-57.
5. KHAMIS, SA et al. The effect of dental health education on pregnant women's adherence with toothbrushing and flossing — A randomized control trial. **Community Dent. Oral Epidemiol**. 2017 Oct;45(5):469-477.
6. GHAMBIR RS.; NIROLA, A.; GUPTA, T.; SEKHON, TS; ANAND, S. Oral health knowledge and awareness among pregnant woman in India. A systematic review. **J. Indian Soc. Periodontol**. 2015 Nov-Dec;19(6):612-7
7. COUTO, AS. Conhecimento de saúde bucal das gestantes da área de abrangência do centro de saúde Goiânia – Belo Horizonte - Minas Gerais. Trabalho apresentado como requisito para conclusão do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família. **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2009.
8. REIS, DM, PITTA, DR.; FERREIRA, HMB.; JESUS, MCP.; MORAES, MEL.; SOARES, M. G. S. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & saúde coletiva**. 2010,15(1):269-276.
9. CODATO, LAB.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008,13(3):1075-1080.

10. NOGUEIRA, LT.; VALSECKI JÚNIOR, A.; MARTINS, CR.; ROSELI, FL.; SILVA, SRC. Retardo na procura do tratamento odontológico e percepção da saúde bucal em mulheres grávidas. **Odontol. Clín. Cient.** 2012,11(2):127-131.
11. CABRAL, MCB.; SANTOS, TS.; MORIERA, TP. Percepção das gestantes do Programa de Saúde da Família em relação à saúde bucal no município de Ribeirópolis, Sergipe, Brasil. **Rev. Port. Saúde Pública.** 2013,31(2):160-167.
12. LOPES, FF et al. Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 2016 out-dez, 25(4):819-826.
13. CRUZ, I.; HERRERA, D.; MARTIN, C.; HERRERO, A.; SANZ, M. Association between periodontal status and pre-term and/or low-birth weight in Spain: Clinical and microbiological parameters. **J. Periodontal Res.** 2013 Aug;48(4):443-51.
14. REZA KARIMI, M.; HAMISSI. JH.; NAEINI, SR.; KARIMI, M. The relationship between maternal periodontal status of and preterm and low birth weight infants in Iran: A case control study. **Glob. J. Health Sci.** 2015 Sep 28;8(5):184-8.
15. Mega, k.; DRAGIDELLA, F.; DISHA, M.; SLLAMNIKU-DALIPI, Z. The Association between Periodontal Disease and Preterm Low Birthweight in Kosovo. **Acta stomatal. Croat.** 2017;51(1):33-40.
16. GESASE, N., MIRANDA-RIUS, J.; BRUNET-LIBET, L.; LAHOR-SOLER, E.; MAHANDÉ, MJ.; MASENGA, G. The association between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes in Northern Tanzania: a cross-sectional study. **Afr. Health Sci.** 2018 Sep;18(3):601-611.
17. RIGO, L.; DALAZEN, J.; GARBIN, RR. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. **Einstein (São Paulo)**. 2016 Apr-Jun;14(2):219-25.
18. PRAETZEL, JR.; FERREIRA, FV.; LENZI, TL; MELO, GP; ALVES, LA. Percepção materna sobre atenção odontológica e fonoaudiológica na gravidez. **Rev. Gaúcha Odontol.** 2010,58(2):155-160.
19. MOIMAZ, SAS.; ROCHA, NB; SALIBA, O.; GARBIN, CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo.** 2007, jan-abr, 19(1):39-45.
20. SCAVUZZI, AIF; NOGUEIRA, PM; LAPORTE, ME.; CASTRO ALVES, A. Avaliação dos Conhecimentos e Práticas em Saúde Bucal de Gestantes Atendidas no Setor Público e Privado, em Feira de Santana, Bahia, Brasil. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.** 2008, 8(1):39-45.
21. GUARIENTI, CA.; BARRETO, VC.; FIGUEIREDO, MC. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.** 2009,9(3):321-325.

- 22.MASSONI, ACLT.; PAULO, SF; FORTE, FDS.; FREITAS, CHSM; SAMPAIO.F.C. Saúde Bucal Infantil: Conhecimento e Interesse de Pais e Responsáveis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. 2010,10(2):257-264.
- 23.GARBIN, CAS; SUMIDA, DH; SANTOS, RR; CHEHOUD., KA; MOIMAZ, SAS. Saúde coletiva: promoção de saúde bucal na gravidez. **Rev. Odontol. Unesp**. 2011, jul-ago,40(4):161–165.
- 24.FARIAS, AQ.; COSTA, CT; CAMINHA, RMC; MACEDO, DPC. Análise de conhecimentos e prática das mães sobre a saúde bucal de seus filhos na faixa etária de 0 a 6 anos do município de Casinhas Estado de Pernambuco **Odontol. Clín-Cient**, 2012,11(3):243-245.
- 25.NAGARAJAPPA, R.; SHARDA, AJ; ASAWA, K.; RAMESH, G.; SANDESH, N. Infant oral health: Knowledge, attitude and practices of parents in Udaipur. **J., Dent. Res. J. (Isfahan)**. 2013 Sep;10(5):659-65.
- 26.TELLAPRAGADA, C. et al. Risk Factors for Preterm Birth and Low Birth Weight Among Pregnant Indian Women: A Hospital-based Prospective Study. **J. Prev. Med. Public Health**. 2016 May;49(3):165-75.
- 27.CANGOL, E., SXAHIN, NH. The Effect of a Breastfeeding Motivation Program Maintained During Pregnancy on Supporting Breastfeeding: Randomized Controlled Trial. **Breastfeed Med**. 2017 May; 12:218-226.
- 28.GHAFFARI, M; RAKHSHANDEROU, S.; RAMEZANKHANI, A.; NOROOZI, M.; ARMOON, B. Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. **Int. J. Dent. Hygiene**. 2018; 16:59–67.
- 29.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.
- 30.BARBIERI, W.; PERES, SV, PEREIRA, CB; NETO, JP; SOUSA, MLR; CORTELLAZZI, KL. Sociodemographic factors associated with pregnant women's level of knowledge about oral health. **Einstein** (São Paulo). 2018;16(1):1-8
- 31.MUSSKOPF, ML et al. Oral health related quality of life among pregnant women: a randomized controlled trial. **Braz. Oral Res**. 2018; 32:1-10.
- 31.PARTHIBAN, PS et al. Association between specific periodontal pathogens, Toll-like receptor-4, and nuclear factor- κ B expression in placental tissues of pre-eclamptic women with periodontitis. **J. Investig. Clin. Dent**. 2018 Feb;9(1):1-8.
- 33.ROCHA, JS.; ARIMA, LY; WERNECK, RI; MOYSÉS, SJ; BALDINI, MH. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. **Caries Res**. 2018; 52:139–152.

- 34.ABUIDHAL, 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**. 2019 Feb;69:143-149
- 35.ERCHICK, DJ. et al. Oral hygiene, prevalence of gingivitis, and associated risk factors among pregnant women in Sarlahi District, Nepal. **BMC Oral Health**. 2019 Jan 5;19(1):2-11.
- 36.MARTINEZ-BENEYTO, Y.; MONTEIRO-MARTIN, J.; NAVAS-GARCIA, F.; VICENTE-HERNANDEZ, A.; ORTIZ-RUIZ, A. J.; CAMACHO-ALONSO, F. Influence of a preventive program on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of European pregnant women: a cohort study. **Odontology**. 2019 Jan;107(1):10-16.
- 37.HULLEY, SB.; CUMMINGS, SR.; BROWNER, WS; GRADY, DG; NEWMAN, TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. **Artmed**. 2008,3ed, 384p.
- 38.MAROTTI, J; GALHARDO APM; FURUYAMA, RJ; PIGOZZO, MN; CAMPOS, TN; LAGANÁ, DC. Amostragem em Pesquisa: Tamanho da Amostra. Clínica.**Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. 2008 maio-ago,20(2):186-194.

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: _____	
Nome do pai: _____	
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
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 (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. Apoio do Governo (ex. bolsa família, vale gás, leite, salário penitenciário, outros)	(1) Sim Qual (is)? _____ (2) Não
12. Possui algum hábito?	(1) Bebida alcóolica (2) Fuma (3) Drogas Qual? _____ (4) Medicação Qual? _____ (5) Não
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 (2) 3 a 6 meses (3) 6 a 9 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 (2) Após 4 anos (3) Após 5 anos (4) Após 6 anos (5) OUTROS
34.Saberia dizer o que é a cárie dentária?	(1) Sim - não sabe responder (2) SIM - por bactérias (3) Sim - por fungos (4) Sim - outros _____ (5) Não
35.Na sua opinião, a cárie pode ser evitada?	(1) Sim – não sabe responder (2) Sim – pela escovação (3) Sim - outros _____ (4) Não sabe
36.Você sabe quando nasce o primeiro dente de leite do bebê?	(1) Sim Quando? _____ (2) Não
37. Se respondeu sim na pergunta anterior, qual é o dente?	_____
38.Sabe dizer, quantos dentes de leite uma criança tem (total)?	(3) Sim - 16 DENTES (4) Sim - 20 DENTES (5) Sim - 24 DENTES (6) Não sabe dizer (7) Outros _____

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)	
39. Qual o tempo de gestação?	(1) A termo (37-41 semanas) (2) Prematuro
40. Como foi o parto?	(1) Cesárea (2) Normal (3) Normal Com fórceps
41. Quanto ao Aleitamento Materno:	(1) Ocorreu logo após o parto – 1º dia (2) Após o 2º dia (3) Não conseguiu amamentar Por _____ qual _____ motivo?
42. O bebê nasceu com alguma doença sistêmica?	_____ _____ _____
43. 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? _____
44. 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)
45. Caso utilize mamadeira, qual o conteúdo (como prepara)?	_____ _____ _____
46. Costuma oferecer “chuquinha” de chá para acalmar ou relaxar o bebê?	(1) Sim Qual chá? _____ (2) Não
47. Você coloca açúcar no chá?	(1) Sim (2) Não
48. O bebê tem sono tranquilo a noite?	(1) Sim (2) Não
49. 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
50. 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

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)	
52. Você voltou para o emprego?	(1) Sim (2) Não
53. Você voltou a estudar?	(1) Sim (2) Não
54. 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.....
55. Quem cuida do seu bebê na sua ausência? (Marido, mãe, avó, creche)	(1) Marido (2) Mãe (3) Avó (4) Creche (5) Irmão (6) Outros
56. 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
57. QUAL O MOTIVO que <u>PAROU DE OFERECER</u> SOMENTE o Leite Materno (AME)?	_____ _____ _____ _____
58. 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
59. 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 _____
60. Seu filho tem alimentação noturna?	Para dormir? (1) Sim, se parou, usou até _____ meses. (2) Não Acorda para mamar? (1) Sim, Frequência _____ (2) Não
61. Seu filho usou ou ainda usa	(1) Sim, se parou, usou até _____ meses.

mamadeira?	(2) Não - Se parou, por _____ meses.
62. Com que idade iniciou 1ª PAPA DE FRUTA?	(1) 1º mês outro _____ (2) 2º mês (3) 3º mês (4) 4º mês (5) 5º mês (6) 6º mês (7)
63. Com que idade iniciou 1ª PAPA SALGADA/ALMOÇO?	(1) 1º mês outro _____ (2) 2º mês (3) 3º mês (4) 4º mês (5) 5º mês (6) 6º mês (7)
64. Com que idade iniciou oferta de DUAS PAPA SALGADAS (almoço e jantar)?	(1) 1º mês outro _____ (2) 2º mês (3) 3º mês (4) 4º mês (5) 5º mês (6) 6º mês (7)
65. Com que idade iniciou a oferta de IOGURTE (Danoninho, Yakut, etc)?	(1) 1º mês outro _____ (2) 2º mês (3) 3º mês (4) 4º mês (5) 5º mês (6) 6º mês (7)
66. Com que idade iniciou a oferta de BOLACHA e outros alimentos industrializados?	(1) 1º mês mês (7) outro _____ (2) 2º mês (3) 3º mês (4) 4º (5) 5º mês (6) 6º mês
67. Tipo de alimentação ATUAL do seu filho:	
68. 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
69. 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 quê? _____
70. Higieniza à noite, antes de deitar para dormir?	(1) Sim. (2) Não. Por quê? _____
71. Como realiza a higienização?	(1) Não realiza (2) Gaze/ fralda (3) Escova dental (4) Outro _____
72. Nesse 1º semestre fez acompanhamento do bebê na UBS?	(1) Sim - Pediatra (2) Sim- PSF (3) Clínico Geral (4) Não – Motivo _____
73. Nesses 06 meses do seu filho, já o levou ao dentista?	(1) Sim (2) Não– Por quê? _____
74. Na primeira consulta de seu filho ao dentista, qual era idade da criança em meses?	_____
75. Qual foi o motivo da 1ª visita de seu filho ao dentista?	(1) Prevenção (2) Cárie (3) Trauma (4) Outros _____

76. Qual foi o local da primeira consulta de seu filho ao dentista?	_____
77. 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 _____
78. 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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada **“AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM GESTANTES ACIMA DE 34 ANOS SOBRE SAÚDE BUCAL, PRÁTICAS DE AMAMENTAÇÃO, DIETA ALIMENTAR E HIGIENE BUCAL DO BEBÊ NOS PRIMEIROS 06 MESES DE VIDA”** que faz parte do programa de mestrado em Odontologia Integrada e é orientada pela prof^a. Dr^a. Marina de Lourdes Calvo Fracasso, da Universidade Estadual de Maringá - UEM. O objetivo da pesquisa é avaliar se a implementação de medidas educativas influencia no conhecimento e na prática de gestantes com idade acima dos 35 anos, inseridas em programas de pré-natal da rede pública da cidade de Maringá-PR. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: através de entrevistas a serem realizadas em três diferentes momentos da gestação (período pré-natal, 01 mês e 06 meses após o parto). No primeiro momento, cedendo informações referentes aos dados socioeconômicos (Idade materna, raça, situação conjugal, com quem mora, escolaridade, ocupação, renda, se recebe algum apoio do Governo) e sobre a Assistência pré-natal (gravidez e aleitamento materno). No segundo momento, a entrevista será sobre o desenvolvimento da gestação (tempo de gestação e como foi o parto), aleitamento materno (se conseguiu amamentar, se o aleitamento é exclusivo e se já introduziu a “chuquinha”) e introdução à higienização bucal do bebê. E, por fim, no terceiro momento, informações voltadas à dieta atual da criança (se manteve aleitamento materno exclusivo, 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 a realiza) e, por fim, em relação ao acompanhamento da criança com o cirurgião dentista (se já realizou consulta, quantas consultas, etc). Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados com esta pesquisa são: melhorar a qualidade do cuidado prestado

pelo serviço público de saúde de Maringá para as mulheres e crianças durante a gestação, parto, puerpério; além de oferecer ajuda e orientações sobre suas dúvidas em relação à sua saúde bucal e do seu filho e, quando possível e se necessário, no encaminhamento para os serviços pertinentes.

Informamos que você não pagará nem será remunerada por sua participação. Caso existam mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu declaro que fui devidamente esclarecida e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Profª. Draª. Marina de Lourdes Calvo Fracasso.

_____ Data

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Marina de Lourdes Calvo Fracasso.
Avenida Mandacaru, 1550 – Campus Universitário.
CEP: 87010-000. Maringá – Pr.
Tel: (44) 3011-9051
E-mail: mafracasso@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM
Universidade Estadual de Maringá.
Av. Colombo, 5790. UEM-PPG-sala 4.
CEP 87020-900. Maringá-Pr.
Tel: (44) 3011-4444
E-mail: copep@uem.br

APÊNDICE

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO GESTANTES

- Toda gestante deve priorizar sua saúde bucal, pois sua negligência pode acarretar consequências para o bebê, como o parto prematuro 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

UEM
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

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 adocicados.

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.

