

Associação entre a higiene bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de gestantes

Association between oral hygiene and oral health-related quality of life of pregnant women

Asociación entre la higiene bucal y la calidad de vida relacionada con la salud bucal de las embarazadas

Recebido: 07/10/2019 | Revisado: 10/10/2019 | Aceito: 17/10/2019 | Publicado: 29/10/2019

Paola do Couto Retori

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9194-5768>

Universidade Franciscana (UFN), Brasil

E-mail: pretori.pr@gmail.com

Jessica Klöckner Knorst

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7792-8032>

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil

E-mail: jessicaknorst1@gmail.com

Gabriela Bohrer Bolsson

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7114-5173>

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Brasil

E-mail: gabibolsson@hotmail.com

Cristiane Medianeira Savian

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0608-2409>

Universidade Franciscana (UFN), Brasil

E-mail: cmsavian@hotmail.com

Maísa Casarin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3750-5091>

Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Brasil

E-mail: maisa.66@hotmail.com

Bianca Zimmermann Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5303-8115>

Universidade Franciscana (UFN), Brasil

E-mail: biancazsantos@hotmail.com

Resumo

Objetivo: O objetivo desse estudo foi verificar a associação entre os hábitos de higiene bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de gestantes. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal realizado com uma amostra randomizada de 100 gestantes em um município no Sul do Brasil. A QVRSB foi avaliada através do questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Fatores demográficos, socioeconômicos e comportamentais foram coletados através de uma entrevista estruturada. As variáveis clínicas foram obtidas através de exames clínicos (gingivite, periodontite e cárie dentária). A associação entre as variáveis predictoras e os escores do OHIP-14 foi avaliada através de modelos de Regressão de Poisson. Os resultados estão apresentados em Razão de Média (RM) e intervalo de confiança de 95% (95% IC). **Resultados:** A média de idade da amostra foi de 24 anos. A média dos escores totais do OHIP-14 foi de 11,54 (DP 8,68). Observou-se que gestantes não brancas relataram uma pior QVRSB quando comparadas com raça branca (RM 1,37; 95% IC 1,22-1,55). Além disso, mulheres que possuíam uma frequência de escovação >2 vezes ao dia apresentaram um fator de proteção à impactos negativos na QVRSB quando comparadas com aquelas com escovação ≤ 2 vezes ao dia (RM 0,80; 95% IC 0,70-0,92). **Conclusões:** Mulheres não-brancas apresentaram maiores impactos na QVRSB. Além disso, gestantes que escovavam os dentes >2 vezes ao dia apresentaram uma melhor QVRSB. Esses achados podem auxiliar no planejamento de ações para melhorar as condições de saúde bem como a QVRSB de gestantes.

Palavras-chave: qualidade de vida; saúde bucal; higiene bucal; gestantes.

Abstract

Objectives: The aim of this study was to assess the association between oral hygiene habits and oral health-related quality of life (OHRQoL) of pregnant women. **Methodology:** This cross-sectional study was conducted with a randomized sample of 100 pregnant women in a municipality in southern Brazil. OHRQoL was assessed using the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) questionnaire. Demographic, socioeconomic and behavioral factors were collected through a structured interview. Clinical variables were obtained through examinations (gingivitis, periodontitis and dental caries). The association between predictor variables and OHIP-14 scores was evaluated using Poisson Regression models. Results are presented as Rate Ratio (RR) and a 95% confidence interval (95% CI). **Results:** The mean age of the sample was 24 years. The average total OHIP-14 scores were 11.54 [standard deviation (SD)

8.68]. Non-white pregnant women reported a worse OHRQoL compared with white women (RR 1.37; 95% CI 1.22-1.55). In addition, tooth brushing frequency > 2 times a day was a protective factor against negative impacts on OHRQoL compared with tooth brushing of ≤ 2 times a day (RR 0.80; 95% CI 0.70-0.92). **Conclusions:** Non-white women had greater impacts on OHRQoL. In addition, pregnant women who brushed their teeth >2 times a day had better OHRQoL. These findings are useful in planning strategies for improving health conditions as well as the OHRQoL of pregnant women.

Keywords: quality of life; oral health; oral hygiene; pregnant.

Resumen

Objetivo: O objetivo desse estudo foi verificar una asociación entre los hábitos de higiene bucal y la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) de gestantes.

Metodología: Este es un estudio transversal con una muestra aleatoria de 100 mujeres embarazadas en un municipio del sur de Brasil. La CVRSB se evaluó mediante el cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Los factores demográficos, socioeconómicos y de comportamiento se recopilaron a través de una entrevista estructurada. Las variables clínicas se obtuvieron mediante exámenes clínicos (gingivitis, periodontitis y caries dental). La asociación entre las variables predictoras y las puntuaciones OHIP-14 se evaluó mediante modelos de regresión de Poisson. Los resultados se presentan como rate ratio (RR) e intervalo de confianza del 95% (IC 95%). **Resultados:** La edad promedio de la muestra fue de 24 años. El puntaje total promedio de OHIP-14 fue de 11.54 (DE 8.68). Las mujeres embarazadas no blancas informaron una peor CVRS en comparación con la raza blanca (RR 1,37; IC 95%: 1,22 a 1,55). Además, las mujeres que tenían una frecuencia de cepillado > 2 veces al día tenían un factor protector contra los impactos negativos en la CVRSB en comparación con aquellas con cepillado ≤ 2 veces al día (RM 0,80; IC 95%: 0,70-0,92). **Conclusiones:** las mujeres no blancas tuvieron mayores impactos en la CVRSB. Además, las mujeres embarazadas que se cepillaron los dientes > 2 veces al día tuvieron una mejor CVRSB. Estos hallazgos pueden ayudar en la planificación de acciones para mejorar las condiciones de salud, así como la CVRSB de las mujeres embarazadas.

Palabras clave: calidad de vida; salud bucal; higiene bucal; mujeres embarazadas.

1. Introdução

A gravidez é um período onde ocorrem diversas alterações físicas, hormonais e emocionais, em que a mulher se mostra mais receptiva às orientações que possam beneficiar o bebê (Nascimento et al., 2012). A mãe é a principal cuidadora dos filhos, e, portanto, influencia diretamente nas mudanças do estilo de vida da família (Riggs et al., 2016). Dessa forma, as mulheres são consideradas prioridade nos serviços de saúde, de acordo com o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2010) bem como compõe o grupo alvo para a aplicação de programas de educação em saúde oral (Reis et al. 2010).

O aumento da produção hormonal durante a gravidez é um importante fator na progressão das doenças orais, assim, as gestantes são mais predispostas às alterações na cavidade oral, como cárie e doenças periodontais (Bastiani et al., 2010; Armitage, 2000). O aumento da susceptibilidade às infecções na cavidade oral pode estar relacionado, também com as mudanças dos hábitos de higiene oral e de dieta, os quais contribuem para o desenvolvimento das doenças bucais (Martinez et al., 2014). Nesse sentido, a realização da higiene bucal de forma correta é um fator essencial durante a gestação (Acharya et al., 2009; Mannen et al., 2011), visto que a dor gerada por problemas bucais tem um efeito negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em mulheres grávidas (Hashim, 2012; Moimaz et al., 2016).

A QVRSB tem sido definida como um constructo multidimensional que se refere à extensão com que as condições bucais interferem nas funções diárias e bem-estar das pessoas (Baker, 2007; Sicho & Broder, 2011). Nesse sentido, a QVRSB é um desfecho importante e que tem sido preconizado como um adjunto aos parâmetros clínicos no momento de avaliação do paciente e para estratégias em saúde (Sicho & Broder, 2011). Alguns estudos têm avaliado a QVRSB em gestantes (Moimaz et al., 2016; Lamarca et al., 2014), e outros tem demonstrado que a higiene bucal adequada tem um papel importante na prevenção de doenças bucais (Ismail et al., 2013; Miller et al., 2012). No entanto, a influência entre os hábitos de higiene na QVRSB ainda não foi investigada.

A obtenção de dados sobre o estado de saúde bucal de gestantes possibilita a criação de indicadores epidemiológicos que podem auxiliar no planejamento e na efetivação de políticas ativas para este grupo, beneficiando não somente a saúde bucal da mãe, mas também a do futuro filho (Moimaz et al., 2012). Assim, o objetivo geral do estudo é verificar a associação entre os hábitos de higiene bucal e QVRSB em gestantes. A hipótese conceitual do estudo foi que a realização da higiene bucal impactava positivamente na qualidade de vida das gestantes.

2. Materiais e Métodos

Aspectos Éticos

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano, sob o parecer de número 1.558.967 (CAAE:55197616.7.0000.5306). Todas as gestantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As que eram menores de idade, assinaram o termo de assentimento após consentimento do responsável.

Desenho do estudo e amostra

Este estudo transversal avaliou gestantes em atendimento nos serviços públicos de Santa Maria, município no sul do Brasil. Santa Maria possui 273.489 habitantes, com uma estimativa de 2.389 mulheres grávidas segundo dados fornecidos pela secretária do município. Esse estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Condições bucais de gestantes e seus filhos: um estudo de coorte”. O trabalho está avaliando periodicamente gestantes atendidas nos serviços públicos de saúde do município de Santa Maria e seus bebês, até que as crianças completem 5 anos de idade. As gestantes foram avaliadas em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em 2 Estratégia de Saúde da Família (ESF). A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória por meio de um processo de conglomerado em duplo estágio. A unidade amostral primária selecionada foram os centros de saúde pública ($n = 6$), e o segundo estágio foi composto por todas as gestantes atendidas nesses centros de saúde.

O cálculo amostral foi realizado considerando um erro padrão de 5%, intervalo de confiança de 95% e utilizando uma diferença entre as médias dos escores do OHIP-14 de 12,5 (DP 15,1) no grupo exposto e 5,2 (DP 10,7) no grupo não exposto (Moimaz et al., 2016). Com uma razão de expostos para não expostos de 2:1 e poder estatístico de 80%, o tamanho mínimo de amostra requerido foi de 102 gestantes. Mulheres com necessidade de profilaxia antimicrobiana prévia aos exames bucais, consumidoras de medicamentos associados ao aumento de volume gengival (nifedipina, ciclosporina e fenitoína) ou portadoras de distúrbios psicomotores foram excluídas da pesquisa.

Coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu entre fevereiro e outubro de 2017. Quatro equipes compostas por um entrevistador, examinador e anotador realizaram todas as avaliações. O processo de calibração e treinamento dos entrevistadores e examinadores foi realizado

conforme o preconizado pelo manual básico de levantamentos epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1997). A concordância intraexaminador e interexaminadores para cárie dentária foi obtida através do coeficiente Kappa ($k \geq 0,88$).

A QVRSB foi avaliada através da versão brasileira do questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) (Oliveira et al., 2005). Este instrumento é composto por 14 questões divididas em sete domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência na realização de atividades cotidianas (Oliveira et al., 2005). As perguntas foram respondidas em uma escala de Likert de 0 a 4 com os seguintes escores: nunca = 0; quase nunca = 1; às vezes = 2; frequentemente = 3; muito frequentemente = 4. O valor do escore foi multiplicado pelo peso de cada pergunta, como utilizado em estudos prévios (Santana 2007). Desse modo, ao somarmos a pontuação final de todas as perguntas, obtivemos valores variando entre 0 e 28 pontos. Quanto maior a pontuação apresentada, pior a QVRSB da gestante (Santana et al., 2007).

As variáveis comportamentais foram avaliadas através do status de fumo, visita ao dentista, frequência de escovação e higiene interproximal. O status de fumo foi dividido em: 0= Nunca fumante; 1= Ex-fumante e fumante. A visita ao dentista no último ano foi avaliada através da frequência do uso de serviços e dicotomizada em “sim” e “não”. A frequência de escovação foi avaliada através do número de vezes que a gestante escovava os dentes diariamente e dicotomizada em ≥ 2 ou < 2 vezes por dia. A higienização interproximal foi dicotomizada em 0=realiza (uso de palito dental, fio dental escova interproximal) e 1=não realiza.

As variáveis demográficas e socioeconômicas foram utilizadas como ajuste e incluíram: idade, raça, escolaridade e renda familiar. A idade foi coletada em anos e posteriormente dicotomizada pela mediana (< 24 anos e \geq de 24 anos). A raça foi avaliada com base nos critérios estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e posteriormente categorizada em branca ou não-branca. A escolaridade foi coletada em anos de estudo formal e dicotomizada em < 8 ou ≥ 8 anos de escolaridade. A renda familiar mensal foi avaliada pelo salário mínimo brasileiro (SMB) e dicotomizada pela mediana (> 1.5 SMB / ≤ 1.5 SMB).

Os dados a respeito das condições bucais foram obtidos a partir de exames clínicos. As gestantes foram examinadas individualmente, em um ambiente adequado, iluminado com luz natural e artificial. O exame foi realizado com auxílio de sonda CPI e espelho clínico (World

Health Organization, 1997). As variáveis clínicas consideradas foram a cárie dentária (índice CPO-D), índice de sangramento à sondagem (ISG), nível de inserção clínica (NIC) e profundidade de sondagem (PS). A presença de cárie dentária foi dicotomizada em “presente” ($CPO \geq 1$) ou “ausente” ($CPO = 0$). A gengivite foi avaliada através do ISG e foi categorizada em presença de sangramento à sondagem em $\geq 15\%$ dos sítios <15% dos sítios (American Dental Association, 1998). A presença de periodontite foi avaliada através da PS e NIC (presença de perda de inserção proximal clínica 4mm em ≥ 2 sítios interproximais em dentes diferentes, ou ≥ 2 sítios interproximais com profundidade de sondagem ≥ 5 mm em diferentes dentes (Eke et al., 2012).

Análise estatística

A análise de dados foi realizada através do software STATA 14 (*Stata Corporation; College Station, TX, USA*). Foi realizada análise descritiva das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas. Para a análise e interpretação dos impactos determinados pelo OHIP-14 foram calculadas a média e o desvio padrão em cada domínio. A magnitude do impacto foi estimada pelo escore total dos domínios. Análise de Regressão de Poisson foi realizada para verificar associação entre as variáveis preditoras e os escores totais do OHIP-14. Na análise univariada as variáveis que apresentaram $p < 0.20$ foram incluídas no modelo multivariável. Razão de Médias (RM) e um intervalo de confiança (IC) de 95% foram calculados. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

3. Resultados

Um total de 100 gestantes foram incluídas no estudo. A idade média na amostra foi de 24 anos. As características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas das gestantes são demonstradas na Tabela 1. A maioria das gestantes era da raça branca (53%) e possuía escolaridade acima de 8 anos (55%). Em relação aos hábitos de higiene, a maioria realizava escovação >2 vezes ao dia (77%) e realizava higiene proximal (77%). Considerando as características clínicas, 77% das grávidas possuíam gengivite, 22% apresentavam periodontite e 75% possuíam pelo menos um dente com cárie.

A Tabela 2 mostra a distribuição descritiva dos escores totais e por domínios do OHIP-14. O escore total do OHIP-14 foi 11,54 [(desvio padrão (DP) 11,54] e variaram de 0 a 37. Os escores específicos das médias dos domínios variaram entre 0,82 a 2,75, sendo que o maior impacto foi no domínio desconforto psicológico.

Associação não ajustada e ajustada dos escores totais do OHIP-14 com variáveis de demográficas, socioeconômicas, comportamentais e clínicas determinadas através da Regressão de Poisson é demonstrada na Tabela 3. As variáveis raça, idade, fumo, frequência de escovação e cárie dentária foram significativamente associadas aos escores do OHIP-14 ($p < 0,05$) na análise univariada. Após o ajuste, observou-se que gestantes não brancas relataram uma pior QVRSB quando comparadas com as de raça branca (RM 1,37; 95% IC 1,22-1,55). Além disso, mulheres que possuíam uma frequência de escovação >2 vezes ao dia apresentaram um fator de proteção à impactos negativos na QVRSB (RM 0,80; 95% IC 0,70-0,92).

4. Discussão

O presente estudo suporta a hipótese de que fatores relacionados a higiene bucal exercem influência na QVRSB de gestantes. Os achados demonstraram que a frequência de escovação >2 vezes ao dia foi um fator de proteção à impactos negativos na QVRSB. Além disso, observou-se que gestantes não brancas relataram uma pior QVRSB quando comparadas com as de raça branca. Verificar a associação entre a higiene bucal e a QVRSB permite a identificação real do impacto dos cuidados bucais na vida dos indivíduos (Gadbury-Amyot et al., 2018). No entanto, esta pesquisa, trata-se do primeiro estudo avaliando esta associação em gestantes.

Gestantes que escovavam os dentes >2 vezes por dia apresentaram uma melhor QVRSB. Não foram encontradas na literatura, outras pesquisas que tenham estudado esta associação em gestantes. Porém, a higiene bucal é um fator determinante na prevenção das principais doenças bucais (Ismail et al., 2013; Miller et al., 2012). Em estudo progresso realizado na Índia, somente 62,7% das gestantes higienizavam os dentes com escova e creme dental (Rakchanok et al., 2010). Uma possível explicação para os nossos achados é que a maior frequência de escovação é um fator importante na manutenção da saúde bucal, uma melhor sensação de cuidado, melhor saúde bucal e conseqüentemente um maior bem-estar para a gestante (Ismail et al., 2013; Miller et al., 2012), impactando na QVRSB.

Em relação as variáveis socioeconômicas, gestantes que se declararam da raça não branca tiveram uma pior QVRSB, o que corrobora com um estudo prévio em gestantes (Lamarca et al., 2012). Além disso, tem sido demonstrado que indivíduos não brancos apresentam um menor acesso aos serviços odontológicos e piores condições de saúde bucal em comparação com os brancos (Kateeb et al., 2018; Lawrence et al., 2016), o que deve ser considerado pelas instituições governamentais competentes ao serem elaboradas políticas de

saúde pública para a população. Embora idade, escolaridade e visitas ao dentista não tenham apresentado associação com a QVRSB, um estudo relatou que gestantes mais jovens apresentam melhores hábitos de saúde, o que pode influenciar positivamente na QVRSB (Moimaz et al., 2007). Com relação aos níveis superiores de escolaridade e maior periodicidade de visitas ao dentista, outros pesquisadores sugerem que estes impactam positivamente na QVRSB de gestantes (Papaiannou et al., 2011).

Com relação aos domínios do OHIP-14, o desconforto psicológico foi o que mais causou impacto negativo na QVRSB das gestantes, o que corrobora com os resultados de um estudo prévio (Lawrence et al., 2016). Ao decorrer da gestação ocorrem diversas mudanças hormonais, físicas e psíquicas (Nascimento et al. 2012). Nesse contexto, tem sido demonstrado que mulheres grávidas são susceptíveis a diversos transtornos mentais, como o caso da depressão (Pereira et al. 2018). Nesse sentido, essas alterações podem refletir em maiores impactos na dimensão psicológica, o que pode justificar o resultado encontrado neste estudo.

Nesta pesquisa, observou-se que apesar da maioria das gestantes relataram escovar os dentes mais do que duas vezes ao dia, no entanto, a prevalência de cárie, gengivite e periodontite foi elevada. Fato que chama atenção, visto que o relato de bons hábitos de higiene não correspondeu com a saúde bucal observada. É possível que essa controvérsia esteja associada às limitações da pesquisa relacionadas ao auto-relato das gestantes, o qual pode não ser fidedigno com a realidade, assim como a falta de orientação e informação para realizar uma escovação adequada. No entanto, a prevalência dos agravos orais do presente estudo corrobora com estudos prévios em gestantes (Rakchanok et al., 2010; Kateeb et al., 2018; Rocha et al., 2018). Além disso, os achados demonstraram que metade das gestantes não visitam o dentista, o que pode influenciar a qualidade da higiene bucal realizada, explicando a alta prevalências das doenças bucais, apesar da higiene regular.

Uma possível limitação desse estudo é em relação ao delineamento transversal, o qual não permite o estabelecimento da relação de causa-efeito entre as variáveis. Além disso, nossos resultados se basearam no auto-relato das gestantes, o que pode estar sujeito ao viés de memória. Em adição, a amostra envolveu apenas gestantes do serviço público de saúde, o que pode limitar a inferência dos nossos achados.

O presente estudo apresenta pontos fortes, visto que avaliou uma medida subjetiva, o que é de extrema importância para compreender os fatores relacionados à saúde bucal pela perspectiva do paciente. Além disso, destaca-se a população estudada, visto que gestantes vivem em um momento especial da vida no qual são mais suscetíveis a receber informações e

segui-las, como o caso de hábitos de higiene, o que pode influenciar à sua saúde, bem como o seu bem-estar e consequentemente o do seu núcleo familiar.

5. Conclusão

A realização de escovação dentária por mais de 2 vezes ao dia está relacionada a uma melhor QVRSB em gestantes. Estudos como estes trazem dados epidemiológicos que podem auxiliar no planejamento de ações para melhorar as condições de saúde bem como sua qualidade de vida de mulheres grávidas.

Referências

Acharya, S., Bhat, P. V., & Acharya, S. (2009). Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *International journal of dental hygiene*, 7(2), 102-107.

American Dental Association (ADA). (1998) Acceptance Program Guidelines Toothbrushes.

Armitage, G. C. (2013). Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontology 2000*, 61(1), 160-176.

Baker, S. R. (2007). Testing a conceptual model of oral health: a structural equation modeling approach. *Journal of dental research*, 86(8), 708-712.

Bastiani, C., Cota, A. L. S., Provenzano, M. G. A., Fracasso, M. D. L. C., Honório, H. M., & Rios, D. (2010). Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, 9(2), 155-160.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2010). Portaria N° tal de 24 de junho de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS – a Rede Cegonha. Brasília, 24 de junho de 2010.

de Oliveira, B. H., & Nadanovsky, P. (2005). Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(4), 307-314.

Drumond-Santana, T., Costa, F. O., Zenóbio, E. G., Soares, R. V., & Santana, T. D. (2007). Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 637-644.

Eke, P. I., Page, R. C., Wei, L., Thornton-Evans, G., & Genco, R. J. (2012). Update of the case definitions for population-based surveillance of periodontitis. *Journal of periodontology*, 83(12), 1449-1454.

Gadbury-Amyot, C. C., Austin, K. S., & Simmer-Beck, M. (2018). A review of the oral health-related quality of life (OHRQL) model for dental hygiene: Eighteen years later. *International journal of dental hygiene*, 16(2), 267-278.

Hashim, R. (2012). Self-reported oral health, oral hygiene habits and dental service utilization among pregnant women in United Arab Emirates. *International journal of dental hygiene*, 10(2), 142-146.

Ismail, A. I., Tellez, M., Pitts, N. B., Ekstrand, K. R., Ricketts, D., Longbottom, C., ... & Featherstone, J. D. (2013). Caries management pathways preserve dental tissues and promote oral health. *Community dentistry and oral epidemiology*, 41(1), e12-e40.

Kateeb, E., & Momany, E. (2018). Factors related to high dental caries experience in Palestinian pregnant women in the Jerusalem governorate: a cross-sectional study. *The Lancet*, 391, S11.

Lamarca, G. A., do C Leal, M., Leao, A. T., Sheiham, A., & Vettore, M. V. (2012). Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 5.

Lamarca, G. A., Leal, M. D. C., Leao, A. T., Sheiham, A., & Vettore, M. V. (2014). The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community dentistry and oral epidemiology*, 42(2), 139-150.

Lawrence, H. P., Cidro, J., Isaac-Mann, S., Peressini, S., Maar, M., Schroth, R. J., ... & Jamieson, L. (2016). Racism and oral health outcomes among pregnant Canadian Aboriginal women. *Journal of health care for the poor and underserved*, 27(1), 178-206.

Mannem, S., & Chava, V. K. (2011). The relationship between maternal periodontitis and preterm low birth weight: A case-control study. *Contemporary clinical dentistry*, 2(2), 88.

Martínez-Pabón, M. C., Martínez Delgado, C. M., López-Palacio, A. M., Patiño-Gómez, L. M., & Arango-Pérez, E. A. (2014). Características fisicoquímicas y microbiológicas de la saliva durante y después del embarazo. *Revista de Salud Pública*, 16, 115-125.

Miller, A. P., Kameka, M., & Young-Whiting, C. (2012). The effects of an oral health intervention on caregivers of Head Start children. *Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA*, 23(1), 52-58.

Moimaz, S. A. S., Rocha, N. B., Saliba, O., & Garbin, C. A. S. (2007). O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev odontol univ cid Sao Paulo*, 19(1), 39-45.

Moimaz, S. A. S., Saliba, O., Santos, K. T. D., Queiroz, A. P. D. G., & Garbin, C. A. S. (2011). Prevalência de cárie dentária em gestantes atendidas no sistema único de saúde em município paulista. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 44-48.

Moimaz, S. A., Rocha, N. B., Garbin, A. J., Garbin, C. A., & Saliba, O. (2016). Influence of oral health on quality of life in pregnant women. *Acta odontologica latinoamericana: AOL*, 29(2), 186-193.

Nascimento, É. P., Andrade, F. S., Costa, A. M. D. D., & de Souza Terra, F. (2012). Gestantes frente ao tratamento odontológico. *Revista Brasileira de Odontologia*, 69(1), 125.

Papaioannou, W., Oulis, C. J., Latsou, D., & Yfantopoulos, J. (2011). Oral health-related quality of life of greek adults: a cross-sectional study. *International journal of dentistry*, 2011.

Pereira, P. K., & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35(4), 144-153.

Rakchanok, N., Amporn, D., Yoshida, Y., Harun-Or-Rashid, M. D., & Sakamoto, J. (2010). Dental caries and gingivitis among pregnant and non-pregnant women in Chiang Mai, Thailand. *Nagoya J Med Sci*, 72(1-2), 43-50.

Reis, D. M., Pitta, D. R., Ferreira, H. M. B., Jesus, M. C. P. D., Moraes, M. E. L. D., & Soares, M. G. (2010). Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 269-276.

Riggs, E., Slack-Smith, L., Yelland, J., Chadwick, B., Robertson, L., & Kilpatrick, N. (2016). Interventions with pregnant women and new mothers for preventing caries in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

Rocha, J. S., Arima, L. Y., Werneck, R. I., Moyses, S. J., & Baldani, M. H. (2018). Determinants of dental care attendance during pregnancy: a systematic review. *Caries research*, 52(1-2), 139-152.

Sischo, L., & Broder, H. L. (2011). Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal of dental research*, 90(11), 1264-1270.

World Health Organization–WHO. (1997). Oral health surveys, basic methods. Geneva: World Health Organization

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Paola do Couto Retori – 20%

Jessica Klöckner Knorst – 20%

Gabriela Bohrer Bolsson – 20%

Cristiane Medianeira Savian– 10%

Maísa Casarin – 10%

Bianca Zimmermann Santos – 20%