

**Conhecimento e atitude sobre a saúde bucal materno-infantil**  
**Knowledge and attitude about maternal and child oral health**  
**Conocimiento y actitud sobre la salud bucal materna e infantil**

Recebido: 21/07/2020 | Revisado: 30/07/2020 | Aceito: 04/08/2020 | Publicado: 13/08/2020

**Ligia Moreno de Moura**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6591-4079>

Universidade Potiguar, Brasil

E-mail: [ligia\\_moura@yahoo.com.br](mailto:ligia_moura@yahoo.com.br)

**Aurigena Antunes de Araújo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9264-4695>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: [aurigena@ufrnet.br](mailto:aurigena@ufrnet.br)

**Isianne Kelly Moura Cerqueira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8789-223X>

Universidade Potiguar, Brasil

E-mail: [isiannekelly@gmail.com](mailto:isiannekelly@gmail.com)

**Carolina Steiner-Oliveira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0680-2253>

Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

E-mail: [cas.alarcon@gmail.com](mailto:cas.alarcon@gmail.com)

**Esdras Gabriel Alves-Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2309-1115>

Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Brasil

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

E-mail: [esdras0702@yahoo.com.br](mailto:esdras0702@yahoo.com.br)

**Brenda Paula Figueiredo de Almeida Gomes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8449-0646>

Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

E-mail: [bpfagomes@fop.br](mailto:bpfagomes@fop.br)

**Rebecca Figueiredo de Almeida-Gomes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8207-4163>

Faculdade de Ciências Médicas, Centro Universitário Lusíada, Brasil

E-mail: [rebeccaagomes@outlook.com](mailto:rebeccaagomes@outlook.com)

**Maria do Socorro Costa Feitosa Alves**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8079-1700>

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

E-mail: [socorrocf@hotmail.com](mailto:socorrocf@hotmail.com)

## Resumo

O objetivo do presente trabalho foi analisar os conhecimentos e atitudes de gestantes da cidade de Natal/RN, sobre sua saúde bucal durante a gestação e sobre os cuidados à saúde bucal que se deve ter com o bebê. No período de outubro de 2013 até março de 2014, foi aplicado um questionário adaptado para gestantes, com idade entre 18 e 39 anos, de 04 Unidades de Saúde da família, informações sobre a escolaridade materna, aspectos básicos dos cuidados do pré-natal, bem como dos cuidados com a saúde oral e, por último, aspectos acerca dos cuidados odontológicos para com os bebês. Os dados foram analisados pelo teste  $X^2$  com nível de significância de 5%, dos testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Foi utilizada ainda a frequência absoluta e percentual para descrição das variáveis socioeconômicas e demográficas. Nesse estudo, prevaleceram mães com doze ou mais anos de estudo (40%). Foi verificado que a maioria (93,8 %) apresentou uma renda familiar menor ou igual a três salários mínimos e que quando foi realizada a pesquisa 84,6% já tinham realizado 06 ou mais consultas pré-natais. As gestantes não direcionaram o conhecimento da saúde bucal, à importância dada à visita ao dentista durante a gravidez, considerando que dentre as que têm 12 anos ou mais de estudo, em sua maioria (15,4%), não sabiam desta capacidade ( $p<0,5$ ). As mulheres que passaram por orientações sobre a amamentação, sobre a importância no aleitamento materno, e sobre hábitos bucais como o uso de chupeta ou sucção digital são prejudiciais ( $p<0,5$ ). Considerando os cuidados que relataram adotar com a saúde bucal e a do bebê, conclui-se que as gestantes não demonstraram preocupação com os cuidados à saúde bucal, evidenciado pela falta de conhecimento.

**Palavras-chave:** Gestantes; Saúde bucal; Conhecimento; Criança; Odontopediatria.

## Abstract

The aim of this study was to analyze the knowledge and attitudes of pregnant women in the city of Natal / RN, about their oral health during pregnancy and the oral health care that should be taken with the baby. In the period from October 2013 to March 2014, a questionnaire adapted for pregnant women, aged between 18 and 39 years, from 04 Family

Health Unit, information on maternal education, basic aspects of prenatal care, was applied. as well as oral health care and, lastly, aspects about dental care for babies. The data were analyzed using the  $X^2$  test with a 5% significance level, using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. The absolute and percentage frequency was also used to describe the socioeconomic and demographic variables. In this study, mothers with twelve or more years of study (40%) prevailed. It was found that the majority (93.8%) had a family income less than or equal to three minimum wages and that when the survey was conducted, 84.6% had already had 06 or more prenatal consultations. The pregnant women did not direct their knowledge of oral health, the importance given to visiting the dentist during pregnancy, considering that among those who have 12 years or more of study, the majority (15.4%), did not know about this ability ( $p < 0.5$ ). Women who have undergone guidance on breastfeeding, on the importance of breastfeeding, and on oral habits such as the use of a pacifier or digital suction are harmful ( $p < 0.5$ ). Considering the care they reported adopting with oral health and that of the baby, it is concluded that pregnant women did not show concern for oral health care, evidenced by the lack of knowledge.

**Keywords:** Pregnant women; Oral health; Knowledge; Child; Pediatric dentistry.

## Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar el conocimiento y las actitudes de las mujeres embarazadas en la ciudad de Natal / RN, sobre su salud bucal durante el embarazo y sobre la atención de la salud bucal que se debe tomar con el bebé. En el período comprendido entre octubre de 2013 y marzo de 2014, se aplicó un cuestionario adaptado para mujeres embarazadas, con edades comprendidas entre 18 y 39 años, de la Unidad de Salud Familiar 04, información sobre educación materna, aspectos básicos de la atención prenatal. así como el cuidado de la salud bucal y, por último, aspectos sobre el cuidado dental para bebés. Los datos se analizaron usando la prueba  $X^2$  con un nivel de significancia del 5%, usando las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. La frecuencia absoluta y porcentual también se utilizó para describir las variables socioeconómicas y demográficas. En este estudio, prevalecieron las madres con doce o más años de estudio (40%). Se encontró que la mayoría (93.8%) tenía un ingreso familiar menor o igual a tres salarios mínimos y que cuando se realizó la encuesta, 84.6% ya había tenido 06 o más consultas prenatales. Las mujeres embarazadas no dirigieron su conocimiento de la salud oral, la importancia dada a visitar al dentista durante el embarazo, considerando que entre las que tienen 12 años o más de estudio, la mayoría (15.4%) no conocía esta capacidad ( $p < 0.5$ ). Las mujeres que han recibido

orientación sobre la lactancia materna, sobre la importancia de la lactancia materna y sobre los hábitos orales como el uso de un chupete o una succión digital son perjudiciales (p (0.5). Teniendo en cuenta la atención que informaron haber adoptado con la salud oral y la del bebé, se concluye que las mujeres embarazadas no mostraron preocupación por la atención de la salud oral, lo que se evidencia por la falta de conocimiento.

**Palabras clave:** Mujeres embarazadas; Salud bucal; Conocimiento; Niño; Odontología pediátrica.

## 1. Introdução

A gravidez é um período da vida da mulher de mudanças fisiológicas, verificadas por alterações em todo o corpo feminino (órgãos reprodutores, pele, sistema digestivo e outros) e psicológica, evidenciadas por modificações de comportamentos e atitudes (Shamsi et al, 2013). São grandes as necessidades de cuidados à saúde bucal neste período, devido as modificações hormonais e dietéticas, diminuição do pH salivar, frequência de vômitos e enjoos, além da sonolência excessiva que comprometem a correta higienização bucal. Todos estes fatores contribuem para um aumento da susceptibilidade às doenças bucais, originadas pelo acúmulo de biofilme dentário durante a gestação (Bamanikar & Kee, 2013).

Considerando-se que a mãe tem papel-chave na família, vários autores (Bamanikar & Kee, 2013; Boggess et al, 2011; Cerqueira et al, 1999) demonstram ser extremamente importante o seu envolvimento em programas que venham interferir na formação de hábitos bucais saudáveis, a partir de medidas educativo-preventivas, de maneira que a mãe possa atuar como agente multiplicador de informações que visem à promoção de sua saúde e de toda a sua família.

Dessa forma, é necessário enfatizar que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento normal da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (Ministério da Saúde, 2012).

A Política de Saúde no Brasil, o SUS-Sistema Único de Saúde, orienta que a atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS - Unidade Básica de Saúde com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária (Reis et al, 2010;

Codato et al, 2008).

Em um estudo realizado no Brasil sobre saúde bucal no período gestacional, numa proposta de discutir a percepção de gestantes usuárias do serviço público de saúde (Sistema Único de Saúde/SUS) e também das assistidas em serviços privado conveniado, os resultados encontrados mostraram que ainda existe mitos, medos e restrições relacionados à atenção odontológicos no pré-natal (Reis et al, 2010; Granville-Garcia et al, 2007). A busca pela atenção odontológica entre as usuárias do SUS é mais rotineira e sistemática durante o pré-natal devido à oferta programática realizada neste período pelas UBS, sendo uma oportunidade de resolver problemas odontológicos preexistentes. De forma contrária, entre as gestantes assistidas por serviço privado, a atenção odontológica programada em outras épocas é evitada durante o pré-natal (Masumo et al, 2012 Moretti et al, 2010; Cerqueira et al, 1999).

Outro fator que se deve ser considerado para se estimular a atenção à saúde oral das gestantes é a possibilidade da doença periodontal aumentar a incidência do nascimento da criança com baixo peso ao nascer (Reis et al, 2010; Caraméz et al, 2012). Desta forma, no âmbito da atenção primária perinatal de saúde pública, a saúde periodontal da gestante deve ser considerada pelos perinatologistas e pré-natalistas como importante fator para redução de partos de crianças com baixo peso (Louro et al, 2001). Esse fator por aumentar significativamente o risco de morte, sequelas neurológicas e neurodesenvolvimento insatisfatório do bebê. Além disso, pode implicar custos elevados, uma vez que grande percentual de recém-nascidos com esta condição necessita de tratamento intensivo ou intermediário (Caraméz et al, 2012; Louro et al, 2001).

Assim, considerando a importância da saúde bucal no período gestacional, o objetivo do presente estudo foi analisar o conhecimento das gestantes do município de Natal/RN sobre sua saúde bucal durante a gestação e sobre os cuidados à saúde bucal que se deve ter com o bebê.

## **2. Metodologia**

### **Aspectos Éticos**

Como a realização desta pesquisa incluiu experimentos em humanos, o estudo foi conduzido após a aprovação pelo comitê em pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CAAE: 17003613.7.0000.5292. Todas as responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras

do conselho nacional de saúde (Resolução n\*466/2012).

### **Seleção da Amostra**

Trata-se de um estudo transversal descritivo com gestantes que buscaram atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, especificamente em uma unidade básica de saúde, no período de outubro de 2013 até março de 2014. As gestantes foram selecionadas por uma amostragem de conveniência.

### **Crítérios de Elegibilidade**

A amostra foi constituída por 65 mulheres gestantes residentes na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, que estavam realizando pré-natal em quatro unidades básicas de saúde. O local da coleta foi a própria unidade de saúde onde as gestantes estavam esperando para realizar a consulta do pré-natal e isto não interferiu na operacionalização e atividades cotidianas.

### **Coleta de Dados**

As voluntárias previamente à realização do estudo, foram esclarecidas à respeito da finalidade da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido específico concordando em participar do estudo, Ao final da aplicação do questionário, para as gestantes interessadas sobre informações odontológicas, foram repassadas orientações pertinentes ao solicitado.

O instrumento de coleta ocorreu com um questionário com questões fechadas que buscou caracterizar a gestante por meio do número de anos estudados, idade gestacional, informações quanto aos aspectos básicos sobre cuidados de pré-natal, além de cuidados com a saúde bucal e, por último, aspectos acerca dos cuidados odontológicos para com os bebês. Este questionamento foi adaptado dos estudos realizados por Granville-Garcia et al, 2007 e Cerqueira et al, 1999.

Com relação à instrução, foi utilizada a metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que classifica segundo os anos de estudo em função da série e do grau que a pessoa estava frequentando ou havia frequentado, considerando a última série concluída com aprovação.

## **Análise Estatística**

Para descrição das variáveis socioeconômica e demográfica, foram utilizadas as frequências absoluta e percentual. Os dados foram analisados pelo Teste do X<sup>2</sup> com nível de significância de 5%, e ainda foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

## **3. Resultados e Discussão**

Embora tenhamos avançado para um modelo de promoção a saúde, adotado no Brasil a partir da década de 80, as definições apresentadas como modelo de saúde, após a Reforma Sanitária, foram análogas às contemporâneas ideias compartilhadas na 1ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Assim, estabeleceu-se como conceito de saúde não apenas ausência de doença, mas também outros anseios básicos como a integração multidisciplinar de um ambiente apropriado para crescimento e desenvolvimento e a busca da realização plena do potencial humano. Desta forma, três níveis de mudanças foram propostos: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento social para todos (Mattheus, 2010; Carvalho, 2008). Para a realidade deste estudo, os indivíduos em sua maioria disseram ter doze ou mais anos de estudos e apresentaram renda menor ou igual a 3 salários mínimo como mostra na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição do número de gestantes quanto à idade, número de filhos, anos de estudo, idade gestacional, renda familiar, nº de consultas de Pré-natal, orientação de amamentação e presença de profissional de saúde bucal na USF. Natal/RN.

	n	%
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 25	36	55,4
26 a 39	29	44,6
<b>Anos de estudo</b>		
0 a 4	8	12,3
5 a 8	16	24,6
9 a 11	15	23,1
12 ou mais	26	40,0
<b>Idade gestacional</b>		
1º trimestre	4	6,2
2º trimestre	29	44,6
3º trimestre	32	49,2
<b>Renda familiar (nº de salários mínimos)</b>		
≤ 3	61	93,8
4 a 6	3	4,6
7 a 9	1	1,5
≥ 10	-	-
<b>Nº de consultas de Pré-Natal</b>		
≤ 5	10	15,4
6	32	49,2
7 a 8	6	9,2
≥ 9	17	26,2

Fonte: Autores

A amostra foi composta por 65 mulheres, dessas, 36 foram mulheres de 18-25 anos e 29 mulheres com idade de 26 a 39 anos. Em relação aos anos de estudo, 26 mulheres apresentaram 12 anos ou mais de estudo, seguido de 16 mulheres com 5-8 anos de estudo, 15 gestantes com 9-11 anos de estudo e por fim, 8 mulheres que tiveram anos de estudo de 0-4 anos. Em relação a idade gestacional, 32 gestantes estavam no terceiro trimestre de gravidez, seguido de 29 mulheres no segundo trimestre, e quatro com idade gestacional de até o primeiro trimestre. Em relação a renda familiar da família, 61 tiveram a renda de menos de 3 salários mínimos, 3 tiveram a renda de 4-6 salários e 1 com renda de 7-9 salários mínimos. De acordo com os números de consultas pré-natal, 32 mulheres, fizeram até 6 consultas, seguido por 17 grávidas que tiveram um acompanhamento de até 9 visitas, 5 com menos de 5 consultas e 6 mulheres tiveram de 7-8 consultas.

Um estudo recente sobre as desigualdades de saúde nos Estados brasileiros apresentou, entre os indicadores de qualidade selecionados, o percentual de mulheres que receberam pelo



menos seis consultas pré-natais (Bamanikar & Kee, 2013). Na correlação entre taxa de pobreza e cobertura pré-natal, os autores afirmaram que esta é inversamente proporcional, embora ocorra interferência de outros fatores. O resultado dessa correlação apontou que a maioria dos Estados com cobertura ideal de, pelo menos, seis consultas de pré-natal apresentava um nível econômico compatível com o esperado para a realização dessas consultas e que, a cada 10% de redução na taxa de pobreza, haveria o aumento de 7% na cobertura pré-natal, ratificando o vínculo entre assistência e renda (Vianna et al, 2001). Analisando essa pesquisa, foi verificado que a maioria das gestantes (93,8%) apresentou uma renda familiar menor ou igual a três salários-mínimos e que, quando a pesquisa foi conduzida, 84,6% já tinham realizado 06 ou mais consultas de pré-natal.

Os limitados conhecimentos de prevenção às doenças bucais fundamentadas pela Teoria Multicausal para cárie dentária, que considera como meios de prevenção à cárie a higiene oral e redução do consumo de carboidratos, ainda não se encontra acessível a todos (Shamsi et al, 2013). Este dado pode ser comprovado neste estudo, visto que quando se relacionou anos de estudos, a maioria (30,8%) com menos 12 anos de estudos, relatou só escovar os dentes ao acordar, como relata a Tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição das gestantes segundo conhecimento sobre saúde bucal, de acordo com anos de estudo, número de filhos, orientação sobre amamentação. Natal/RN.

	Anos de estudo				Nº de filhos		Orientação amamentação	
	≤ 4 n (%)	5 a 8 n (%)	9 a 11 n (%)	≥ 12 n (%)	≤ 2 n (%)	≥ 3 n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
<b>Quando escova os dentes<sup>c</sup></b>								
Sempre que como	-	-	-	5 (7,7)	5 (7,7)	-	5 (7,7)	-
Quando acordo	5 (7,7)	12 (18,5)	3 (4,6)	3 (4,6)	17 (26,2)	6 (9,2)	17 (26,2)	6 (9,2)
Após o almoço	-	-	-	-	-	-	-	-
Antes de dormir	-	-	-	-	-	-	-	-
Após as refeições	2 (3,1)	4 (6,2)	12 (18,5)	18 (27,7)	34 (52,3)	2 (3,1)	26 (40,0)	10 (15,4)
Às vezes	1 (1,5)	-	-	-	-	1 (1,5)	1 (1,5)	-
<b>Importância de ir ao dentista<sup>a,c</sup></b>								
Prevenir doenças	-	-	5 (7,7)	2 (3,1)	5 (7,7)	-	4 (6,2)	3 (4,6)
Tratar doenças	-	9 (13,8)	-	6 (9,2)	12 (18,5)	3 (4,6)	7 (10,8)	8 (12,3)
Receber assistência	-	-	1 (1,5)	1 (1,5)	2 (3,1)	-	1 (1,5)	1 (1,5)
Saúde bucal é importante	-	-	1 (1,5)	1 (1,5)	2 (3,1)	-	2 (3,1)	-
Por causa da gravidez	-	1 (1,5)	1 (1,5)	-	1 (1,5)	-	2 (3,1)	-
Mais de uma resposta	2 (3,1)	5 (7,7)	5 (7,7)	6 (9,2)	14 (21,5)	3 (4,6)	17 (26,2)	1 (1,5)
Não sabe	6 (9,2)	1 (5,3)	2 (3,1)	10 (15,4)	14 (21,5)	3 (4,6)	16 (24,6)	3 (15,8)
<b>Já foi ao dentista nesta gravidez<sup>c</sup></b>								
Sim	2 (3,1)	-	7 (10,8)	8 (12,3)	14 (21,5)	2 (3,1)	14 (21,5)	3 (4,6)
Não	6 (9,2)	16 (24,6)	8 (16,7)	18 (27,7)	36 (55,4)	7 (10,8)	35 (53,8)	13 (20,0)
<b>Quem encaminhou você ao dentista<sup>c</sup></b>								
Médico	1 (1,5)	-	-	-	1 (1,5)	-	1 (1,5)	-
Enfermeiro	1 (1,5)	-	1 (1,5)	2 (3,1)	2 (3,1)	2 (3,1)	4 (6,2)	-
Iniciativa própria	-	-	6 (9,2)	9 (13,8)	13 (20,0)	-	12 (18,5)	3 (4,6)

**Como foi o atendimento<sup>c</sup>**

Excelente	-	-	-	1 (1,5)	1 (1,5)	-	1 (1,5)	-
Bom	2 (3,1)	-	6 (9,2)	5 (7,7)	10 (15,4)	2 (3,1)	11 (16,9)	2 (3,1)
Regular	-	-	1 (1,5)	5 (7,7)	5 (7,7)	-	5 (7,7)	1 (1,5)

<sup>a</sup> Apresentou significância estatística ( $p < 0,05$ ) para a variável número de filhos.

<sup>b</sup> Apresentou significância estatística ( $p < 0,05$ ) para a variável orientação amamentação.

<sup>c</sup> Apresentou significância estatística ( $p < 0,05$ ) para a variável anos de estudo.

Fonte: Autores

Na Atenção Básica, para se ter assistência pré-natal adequada deve ser garantido às gestantes o mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento. O acompanhamento odontológico também faz parte das ações oferecidas e se enquadra como eixo estruturante da Atenção Básica. Neste estudo, as gestantes também não direcionaram o conhecimento da saúde bucal à importância dada à visita ao dentista durante a gravidez, mesmo considerando as que tinham 12 anos ou mais de estudo (15,4%), não sabiam desta importância, como descrito na tabela 2. Este dado apresentou-se de forma relevante, tendo em vista que houve significância estatística ( $p < 0,05$ ).

Quando as gestantes disseram ser importante a visita ao dentista, citaram como motivo principal o tratamento às doenças bucais. Mesmo assim, a maioria delas relatou que não foi ao dentista, e as que foram, afirmaram que foram por iniciativa própria. Dessa forma, ainda se verifica uma falta de integração entre os profissionais com relação à integralidade dos atendimentos. Esta realidade difere do que é preconizado pelo Ministério da Saúde em seu Protocolo de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, que recomenda aos profissionais de saúde bucal trabalhar de forma humanizada e integrados com os demais profissionais da equipe de saúde que deveriam compartilhar informações sobre a segurança do tratamento odontológico na gravidez (Codato et al, 2008). Um estudo para investigar como mulheres suecas estão satisfeitas com o seu pré-natal mostrou a importância da humanização no atendimento e do trabalho em equipe, a fim de aumentar a satisfação com o atendimento (Hildingsson & Radestad, 2005).

A educação em saúde é um processo que induz a mudanças de comportamento relativo à saúde, com vistas à promoção de informações e motivação de hábitos que mantenham a saúde e previnam as doenças (Reis et al, 2010).

Para a manutenção da saúde bucal dos bebês, é importante que se realize a limpeza da cavidade bucal. Na Tabela 3, as gestantes que receberam 06 ou mais consultas do pré-natal relataram, em sua maioria (55,4%), que limpariam a boca do bebê. Entretanto, ainda se

observa uma dissociação entre boca, cabeça e corpo, que é fruto de um modelo biomédico que vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo às leis natural e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que o corpo precisa constantemente de inspeção por parte de um especialista (Vt et al, 2013; Koifman, 2001).

**Tabela 3:** Distribuição das gestantes segundo conhecimento sobre a saúde bucal do bebê, de acordo com a idade, idade gestacional, renda e número de consultas pré-natais. Natal/RN.

	Idade (anos)		Idade gestacional (meses)			Renda familiar (salários mínimos)				Nº de consultas pré-natais			
	18 a 25 n (%)	26 a 39 n (%)	1 a 3 n (%)	4 a 6 n (%)	7 a 9 n (%)	≤ 3 n (%)	4 a 6 n (%)	7 a 9 n (%)	≥ 10 (%)	≤ 5 n (%)	6 n (%)	7 a 8 n (%)	≥ 9 n (%)
<i>Leva, levará ou levou o bebê ao dentista<sup>b,d</sup></i>													
<i>Sim</i>	31 (47,7)	24 (36,9)	2 (3,1)	22(33,8)	31 (47,7)	52 (80,0)	2 (3,1)	1 (1,5)	-	10 (15,4)	17 (41,5)	3 (4,6)	15 (23,1)
<i>Não</i>	4 (6,2)	5 (7,7)	2 (3,1)	6 (9,2)	1 (1,5)	9 (13,8)	-	-	-	-	1 (6,2)	3 (4,6)	2 (3,1)
<i>Limpa ou limpará a boca do bebê<sup>e</sup></i>													
<i>Sim</i>	29 (44,6)	15 (23,1)	1 (1,5)	18 (27,7)	25 (38,5)	41 (63,1)	2 (3,1)	1 (1,5)	-	8 (12,3)	20 (30,8)	3 (4,6)	13 (20,0)
<i>Não</i>	7 (10,8)	14 (21,5)	3 (4,6)	11 (16,9)	7 (10,8)	20 (30,8)	1 (1,5)	-	-	2 (3,1)	12 (18,5)	3 (4,6)	4 (6,2)
<i>Como limpa a boca do bebê<sup>a</sup></i>													
<i>Dedeira</i>	2 (3,1)	-	1 (1,5)	1 (1,5)	-	2 (3,1)	-	-	-	2 (3,1)	-	-	-
<i>Fralda ou gaze</i>	16 (24,6)	12 (18,5)	-	11 (16,9)	17 (26,2)	27 (41,5)	-	1 (1,5)	-	4 (6,2)	8 (12,3)	3 (4,6)	13 (20,0)
<i>Escova</i>	13 (81,2)	3 (4,6)	1 (1,5)	7 (10,8)	8 (12,3)	14 (21,5)	2 (3,1)	-	-	2 (3,1)	14 (21,5)	-	-
<i>Quantas vezes limpa a boca do bebê<sup>a</sup></i>													
<i>Uma vez</i>	11 (16,9)	7 (10,8)	1 (1,5)	8 (12,3)	9 (13,8)	15 (23,1)	2 (3,1)	1 (1,5)	-	3 (4,6)	14 (21,5)	1 (1,5)	-
<i>Duas vezes</i>	6 (9,2)	2 (3,1)	-	3 (4,6)	5 (7,7)	8 (12,3)	-	-	-	2 (3,1)	3 (4,6)	1 (1,5)	2 (3,1)
<i>Três vezes ou mais</i>	14 (21,5)	10 (15,4)	1 (1,5)	8 (12,3)	15 (23,1)	24 (36,9)	-	-	-	3 (4,6)	9 (13,8)	1 (1,5)	11 (16,9)
<i>Frequência de consumo de açúcar/dia?<sup>d</sup></i>													
<i>Uma a cinco vezes</i>	10 (15,4)	4 (6,2)	2 (3,1)	5 (7,7)	7 (10,8)	13 (92,9)	1 (1,5)	-	-	2 (3,1)	9 (13,8)	1 (1,5)	2 (3,1)
<i>Seis a nove vezes</i>	8 (12,3)	3 (4,6)	1 (1,5)	6 (9,2)	4 (6,2)	8 (12,3)	2 (3,1)	1 (1,5)	-	2 (3,1)	8 (12,3)	1 (1,5)	-
<i>Mais que nove vezes</i>	3 (4,6)	7 (10,8)	-	6 (9,2)	4 (6,2)	10 (15,4)	-	-	-	-	5 (7,7)	4 (6,2)	1 (1,5)
<i>Não consome</i>	14 (21,5)	15 (23,1)	1 (1,5)	12 (41,4)	16 (24,6)	29 (44,6)	-	-	-	6 (9,2)	9 (31)	-	14 (21,5)
<i>Chupar dedo ou chupeta é prejudicial<sup>f</sup></i>													
<i>Sim</i>	19 (29,2)	16 (24,6)	3 (4,6)	9 (13,8)	23 (35,4)	35 (53,8)	-	-	-	5 (7,7)	16 (24,6)	1 (1,5)	13 (20,0)
<i>Não</i>	11 (16,9)	10 (15,4)	1 (1,5)	13 (20,0)	7 (10,8)	17 (26,2)	3 (4,6)	1 (1,5)	-	3 (4,6)	13 (20,0)	4 (6,2)	1 (1,5)
<i>Não sabe</i>	6 (9,2)	3 (4,6)	-	7 (10,8)	2 (3,1)	9 (13,8)	-	-	-	2 (3,1)	3 (4,6)	1 (1,5)	3 (4,6)

<sup>a</sup> Apresentou significância estatística ( $p<0,05$ ) para a variável idade.

<sup>b</sup> Apresentou significância estatística ( $p<0,05$ ) para a variável idade gestacional.

<sup>c</sup> Apresentou significância estatística ( $p<0,05$ ) para a variável renda.

<sup>d</sup> Apresentou significância estatística ( $p<0,05$ ) para a variável número de consultas pré-natais.

Fonte: Autores.

Outra variável a ser considerada é a realização do pré-natal destas mulheres na UBS, uma vez que as orientações quanto à amamentação são realizadas pelo médico ou enfermeiro, mas deveria existir uma conexão com os profissionais dentistas da unidade básica de saúde para orientar sobre a saúde bucal. Verificou-se que aquelas mulheres que passaram por estas orientações quanto à amamentação, conforme a Tabela 4, são as que sabiam que deveriam limpar a boca do bebê (53,8%). Aa maior parte disse que os bebês não deveriam consumir açúcar até os 2 anos de idade (41,5%) e sabiam que hábitos orais como chupeta ou dedo são prejudiciais à saúde (46,2%). Este último achado é muito importante, considerando que esta prática de chupar o dedo ou chupeta, além de poder determinar deformidades na arcada dentária e aumento de infecções como otite, candidíase oral, ainda pode acelerar o desmame precoce. O estudo realizado por Caraméz et al. (2012) verificou que o aleitamento materno por 12 meses ou mais, reduziu significativamente a prevalência de maloclusões na dentição decídua.

**Tabela 4.** Distribuição das gestantes segundo conhecimento sobre saúde bucal do bebê, de acordo com os anos de estudo, número de filhos, orientação sobre amamentação. Natal/RN.

	Anos de estudo				Nº de filhos		Orientação amamentação	
	≤ 4	5 a 8	9 a 11	≥ 12	≤ 2	≥ 3	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Leva, levará ou levou o bebê ao dentista <sup>a</sup>								
Sim	2 (3,1)	14(21,5)	14 (21,5)	25 (38,5)	49 (75,4)	6 (9,2)	42(64,6)	13 (20,0)
Não	6 (9,2)	2 (3,1)	1 (1,5)	-	6 (9,2)	3 (4,6)	7 (10,8)	2 (3,1)
Limpa ou limpará a boca do bebê <sup>a,b</sup>								
Sim	2 (3,1)	8(12,3)	13 (20,0)	21 (32,3)	41 (63,1)	3 (4,6)	35 (53,8)	9(13,8)
Não	6 (9,2)	8 (12,3)	2 (3,1)	5 (7,7)	15 (23,1)	6 (9,2)	14 (21,5)	7(10,8)

<sup>a</sup> Apresentou significância estatística ( $p<0,05$ ) para a variável anos de estudo.

<sup>b</sup> Apresentou significância estatística ( $p<0,05$ ) para a variável número de filhos.

<sup>c</sup> Apresentou significância estatística ( $p<0,05$ ) para a variável orientação amamentação.

Fonte: Autores.

Segundo o conhecimento sobre saúde bucal do bebê, gestantes com mais de 12 anos de estudo, tiveram maior interesse em levar seus filhos ao dentista (21,5%). Em relação ao número de filhos, 49 grávidas que têm até dois filhos, tiveram maior interesse em levar os filhos ao dentista (75,4), no quesito orientação de amamentação. No quesito de limpeza da boca do bebê, 21 (32,3%) mulheres grávidas com 12 anos ou mais de estudo relataram a iniciativa de limpeza da boca dos bebês; em relação ao número de filhos, 41 (63,1%) mães com até dois filhos, tiveram maior preocupação de limpar a boca do bebê.

#### **4. Considerações Finais**

Sabe-se que os determinantes sociais em saúde têm maior impacto sobre a saúde em todos os aspectos; no entanto, em países em desenvolvimento marcado pelo escasso acesso aos serviços de saúde e pobreza extrema, ações voltadas para a medicina comunitária podem se constituir como uma medida para atenuar o agravamento das doenças e, a presença das ações de educação em saúde, podem ter um impacto no conhecimento das práticas de cuidado tanto à saúde da gestante, quanto à saúde do bebê.

É importante a gestante iniciar o pré-natal o mais precocemente, pois favorece o fortalecimento à adesão da mulher ao pré-natal e ainda contribui para diagnosticar eventuais fatores de risco. Dessa forma faz-se necessário a expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica, nos municípios, voltados para a gestante, considerando que algumas doenças bucais interferem na evolução saudável da gravidez, principalmente a doença periodontal.

Neste estudo, houve limitações ao analisarmos as informações a respeito de práticas de prevenção como dieta, higiene oral, além da assistência odontológica e autopercepção das doenças bucais, encontramos ainda situações precárias relacionadas com variáveis educacionais, sociais e de acesso aos serviços de saúde.

Considerando as limitações do presente estudo, pode-se concluir que, considerando os cuidados que relataram adotar com a sua saúde bucal e a do bebê, as gestantes não demonstraram conhecimento com os cuidados à saúde bucal, evidenciando a falta de acesso às informações que deveriam ser garantidas nas consultas de pré-natal pela equipe de educação em saúde.

## Referências

Bamanikar, S., Kee, L. K. (2013) Knowledge, attitude and practice of oral and dental healthcare in pregnant women. *Oman Med J*, 28(1), 288-291.

Bogges, K. A., Urlaub, D. M., Moos M. K., Polinkovsky, M., El-Khorazaty, J., et al. (2011) Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *J Am Dent Assoc*, 142(112), 1275-1282.

Brasil, M. da S. (2020). Informação e gestão da atenção básica. E-Gestor. In cobertura da atenção básica. ([p.https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml](https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml)).

Carames da Silva, F., Justo Giugliani, E. R., Capsi Pires, S. (2012) Duration of breastfeeding and distocclusion in the deciduous dentition. *Breastfeed Med*, 7(5), 464-468.

Carvalho, AId. (2008) Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 24(1), 4-5.

Cerqueira, L. M., Alves, M. S. C. F., Bonecker, M. J., Pinho, A. L. S. (1999) Estudo da prevalência de cárie e da dieta em crianças de 0 a 36 meses na cidade de Natal - RN / Study of the prevalence of decay of the diet in children from 0 to 36 months in Natal City. *j bras odontopediatr odontol bebê*, 2(1), 6-12.

Codato, L. A. B., Nakama, L., Melchior, R. (2008) Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 1075-1080.

Granville-Garcia, A. F. L. A., Smith, L. E. A., Campos, R. V. S., Menezes, V. A. (2007) Conhecimento de Gestantes sobre saúde bucal no município de Caruaru-Pe. *Rev de Odontologia da UNESP*, 36(2), 7-15.

Hildingsson, I., Rådestad, I. (2005), Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 239-249.



Koifman, L. (2001) O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 8(4), 49-69.

Louro, P. M., Humberto, H., Louro Filho, P., Steinbel, J., Fiori, R. M. (2001) Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. *J. Pediatri*, 77(1), 23-30.

Masumo, R., Bardsen, A., Mashoto, K., Astrom, A. N. (2012) Prevalence and socio-behavioral influence of early childhood caries, ECC, and feeding habits among 6-36 months old children in Uganda and Tanzania. *BMC Oral Health*, 12(1), 24-28.

Mattheus, D. J. (2010), Vulnerability related to oral health in early childhood: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2116–2125.

Moretti, A. C., Teixeira, F. F, Suss, F. M. B, Lawder, J. A D. C., Lima, L. S. M. D., et al. (2010) Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1827-1834.

Reis, D. M., Pitta, D. R., Ferreira, H. M., de Jesus, M. C, de Moraes, M. E, et al. (2010) [Health education as a strategy for the promotion of oral health in the pregnancy period]. *Cien Saude Colet*, 15(5), 269-276.

Reis, D. M, Pitta, D. R, Ferreira, H. M, de Jesus, M. C, de Moraes, M. E, et al. (2010) Health education as a strategy for the promotion of oral health in the pregnancy period. *Cien Saude Colet*, 15(5), 269-276.

Shamsi, M., Hidarnia, A., Niknami, S., Rafiee, M., Karimi, M. (2013) Oral health during pregnancy: A study from women with pregnancy. *Dent Res J (Isfahan)*, 10(3), 409-410.

Vianna, S. M, Nunes, A., Santos, J. R., Barata, R. B. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS, 2001.

Vt H, T M, T S, Nisha VA, A A (2013) Dental considerations in pregnancy-a critical review on the oral care. *J Clin Diagn Res*, 7(5), 948-953.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Ligia Moreno de Moura – 20%

Aurigena Antunes de Araújo – 10%

Isianne Kelly Moura Cerqueira – 10%

Carolina Steiner-Oliveira – 10%

Esdras Gabriel Alves-Silva – 10%

Brenda Paula Figueiredo de Almeida Gomes – 10%

Rebecca Figueiredo de Almeida-Gomes – 10%

Maria do Socorro Costa Feitosa Alves – 20%