

POR QUE GESTANTES QUE REALIZARAM O PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO NÃO TRAZEM OS SEUS BEBÊS PARA O ACOMPANHAMENTO?

ANDRESSA DA SILVA ARDUIM¹; ANDREIA DRAWANZ HARTWIG²; LUCIANE GEANINI PENA DOS SANTOS²; MARTA SILVEIRA DA MOTA KRUGER²; MARINA SOUSA AZEVEDO²; ANA REGINA ROMANO³

¹Universidade Federal de Pelotas – *dessa_arduim@hotmail.com*

²Universidade Federal de Pelotas - *andreiahartwig@hotmail.com*

²Universidade Federal de Pelotas - *geaninipena@hotmail.com*

²Universidade Federal de Pelotas - *martakruger@gmail.com*

²Universidade Federal de Pelotas - *marinasazevedo@hotmail.com*

³Universidade Federal de Pelotas - *romano.ana@uol.com.br*

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros mil dias é um período para ações e intervenções que possam garantir uma nutrição e um desenvolvimento saudáveis para a criança que terão repercussões ao longo de todo o seu ciclo vital (CUNHA, LEITE, ALMEIDA, 2015). A gestação é um momento único e valioso, em que a mulher se torna mais sensível, além de tornar-se mais aberta a receber informações e adquirir comportamentos que possam melhorar a sua própria saúde e bem-estar, e de seu futuro bebê. Desta forma, a gestação acaba sendo o momento mais adequado para trazer informações à mulher, para que possibilite a aquisição de novos cuidados e hábitos saudáveis (MEDEIROS et al., 2000).

O pré-natal odontológico é essencial, e o cirurgião-dentista tem a responsabilidade de atender de forma resolutiva aos problemas bucais da gestante, que frequentemente apresenta dor de origem dentária. Também é papel do profissional a educação da futura mãe, desmistificando o atendimento odontológico à gestante (KRUGER et al., 2015). A saúde bucal no pré-natal desempenha um papel fundamental na saúde geral, no bem-estar das mulheres grávidas e também tem se mostrado capaz de reduzir a cárie na primeira infância em seus filhos (PLUTZER, SPENCER, 2008; MEDEIROS et al., 2015).

Além da atenção odontológica à gestante, a consulta odontológica no primeiro ano de vida do bebê tem sido recomendada (AAPD, 2016-2017) sendo considerada uma medida importante para prevenir a cárie na primeira infância (LEONG et al., 2013). No entanto, não é raro, gestantes ao tornarem-se mães abandonarem o acompanhamento odontológico, não levando o seu filho(a) às consultas destinadas a promover saúde bucal. Desta forma, esse trabalho objetiva avaliar a existência e os possíveis fatores associados ao abandono de diádes mãe-filho ao projeto de promoção de saúde bucal infantil iniciado na gestação.

2. METODOLOGIA

O Projeto de Extensão Atenção Odontológica Materno-Infantil (AOMI) realiza, desde ano 2000, atendimento às mulheres durante a gestação e as diádes mãe/filho até os bebês completarem 36 meses de idade. Ele é desenvolvido na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPEL) com a proposta de oferecer além do atendimento odontológico à gestante e ao bebê, a formação complementar aos alunos de graduação e pós-graduação.

As gestantes ingressam no projeto em qualquer trimestre de gestação, e na primeira consulta são coletados dados sociodemográficos, informações referentes

à gestação, pré-natal, história médica, além de informações sobre presença de dor de origem dentária, de sangramento gengival e de alguns hábitos comportamentais. Também o conhecimento que possuem sobre o processo de instalação da doença cárie e ações para que seu filho não adquira esta doença.

No pré-natal odontológico as futuras mães recebem além das orientações de promoção de saúde bucal e geral para seu futuro bebê, atendimento específico para controlar o biofilme bacteriano, respeitando os limites impostos pela condição sistêmica e física da gestação. Além disso, as gestantes e mães atendidas no projeto recebem atendimento odontológico de acordo com as necessidades individuais, de forma a alcançar a melhoria e recuperação de sua saúde bucal. A partir do nascimento do bebê, este passa a ter um acompanhamento odontológico periódico que começa no primeiro ano de vida e segue até completar 36 meses de idade.

Para avaliar a falta de adesão as gestantes foram divididas em dois grupos: as que nunca trouxeram o bebê e as que trouxeram no mínimo, uma consulta em cada ano de vida e com tempo máximo de 12 meses entre as mesmas até completarem três anos de idade. Uma análise bivariada com aplicação do teste exato de Fisher foi conduzida para observar a relação de diferentes variáveis nos dois grupos: sem e com adesão. Após, foi realizada uma análise multivariada através da Regressão de Poisson com variância robusta para os fatores independentes associados ao desfecho falta de adesão ao projeto AOMI, estimando-se a razão de prevalência (RP) e os intervalos de confiança (IC) de 95%, com nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nestes 16 anos de projeto, foram atendidas 414 gestantes e destas 150 (36%) nunca trouxeram o seu filho(a) para o atendimento, 45 (11%) trouxeram alguma vez e 219 (53%) realizaram todo o acompanhamento. Considerando os fatores testados (Tabela 1) a falta de adesão esteve relacionada a gestantes mais jovens, com cor de pele não branca, renda familiar inferior a três salários mínimos, que possuíam dor de dente, CPOD menor que oito, que realizaram até duas consultas de pré-natal e relataram ao ingressarem não terem recebido orientações de cuidado sobre a saúde bucal do seu filho(a).

Após avaliação multivariada com os ajustes para todos os fatores da Tabela 1, mantiveram-se associados ao desfecho com uma maior razão de prevalência para a falta de adesão ao projeto AOMI, as gestantes com cor de pele não branca (RP:1,10; IC 1,02-1,20, $p=0,014$), que procuraram serviço pela dor de dente (RP: 1,09; IC 1,02-1,17, $p=0,016$), e que não tinham recebido nenhuma orientação de como cuidar da saúde bucal de seu filho(a) (RP:1,13; IC 1,06-1,22, $p=0,001$). Se portaram como fatores de proteção a manutenção das díades mãe-filho(a) no programa o ingresso após 29 semanas de gestação (RP:0,88; IC 0,80-0,99, $p=0,028$), ter um número ≥ 16 dentes acometidos por cárie dentária (RP:0,86; IC 0,78-0,94, $p=0,002$) e ter realizado mais de duas consultas de pré-natal odontológico (RP:0,90; IC 0,84-0,98, $p=0,012$).

Das 150 gestantes que nunca trouxeram seu bebê, a grande maioria chegou ao projeto por apresentarem dor de dente (KRUGER et al., 2015) e resolvido seu problema não retornaram. Algumas perdas ocorreram por problemas de contato, mudança de cidade, mas sem dúvida, conforme descrito por Albuquerque et al. (2004), a falta de interesse, o comodismo, o esquecimento e a aversão ao atendimento odontológico podem ser fatores que influenciaram na falta de adesão ao programa. Com relação ao desinteresse, provavelmente o projeto não conseguiu motivar e conscientizar suficientemente as gestantes da

importância da saúde bucal de seu filho(a). Outro fator importante é a presença da dor de dente intensa e contínua. A grande porcentagem de dor odontológica na gestação foi anteriormente demonstrada (KRUGER et al., 2015), isto pode ser resultado das modificações hormonais e do aumento da susceptibilidade às doenças cárie e periodontal, precipitado por alterações fisiológicas, psicológicas, modificações na dieta e higiene bucal (MAMELUQUE et al., 2008).

As mães mais novas em análise bivariada também foi fator de abando, mas não se manteve na análise multivariada. O projeto AOMI é um programa gratuito e vinculado a uma escola e estima-se que a maioria das usuárias sejam de baixa renda e de menor escolaridade. No entanto, a maioria das mães da amostra que seguiram o acompanhamento possuíam mais de oito anos de estudo, embora vivam com uma renda familiar menor de três salários. Isto pode explicar o fato da pior condição bucal, e a maior necessidade materna pode ter levado a uma maior adesão ao projeto. Neto et al. (2010) justificam que a maior escolaridade pode estar relacionada ao nível de envolvimento da mãe e a própria procura pelo serviço, por possuírem, supostamente, maior conhecimento sobre a necessidade da atenção odontológica e entendido da importância da atenção precoce do seu filho(a), trazendo-o a um serviço especializado.

Tabela 1 - Análise bivariada da relação entre e as variáveis independentes e os grupos de gestante sem e com a adesão ao projeto AOMI (n= 369).

Variável	Categorias (N)	Adesão ao programa N(%)		p*
		Não (150)	Sim (219)	
Idade	14-26 anos (192)	89 (46,4)	103 (53,6)	0,026
Materna	27-44 anos (177)	61 (34,5)	116 (65,5)	
Cor da pele auto referida	Branca (280)	102 (36,4)	178 (63,6)	0,004
	Não branca (89)	48 (53,9)	41 (46,1)	
Renda	≤ 1 sm (133)	59 (44,4)	74 (55,6)	0,028
	1,1 a 2,9 sm (132)	60 (45,5)	72 (54,5)	
	≥ 3 sm (104)	31 (29,8)	73 (70,2)	
Escolaridade	≤8 anos de estudo (169)	77 (45,6)	92 (54,4)	0,089
	>8 anos de estudo (200)	73 (36,5)	127 (63,5)	
Trabalha fora	Não (232)	100 (43,1)	132 (56,9)	0,219
	Sim (137)	50 (36,5)	87 (63,5)	
Situação marital	Presente (285)	108 (37,9)	177 (62,1)	0,058
	Ausente (84)	42 (50,0)	42 (50,0)	
Número de filhos	Primeiro filho (143)	62 (43,4)	81 (56,6)	0,109
	2 filhos (121)	40 (33,1)	81 (66,9)	
	≥ 3 filhos (105)	48 (45,7)	57 (54,3)	
Gestação	Planejada (164)	60 (36,6)	104 (63,4)	0,167
	Não planejada (205)	90 (43,9)	115 (56,1)	
Semana gestacional de ingresso	≤ 14 semanas (42)	22 (52,4)	20 (47,6)	0,179
	15-28 semanas (182)	75 (41,2)	107 (58,8)	
	≥ 29 semanas (145)	53 (36,5)	92 (63,5)	
Dor de dente na gestação	Ausente (164)	51 (31,1)	113 (68,9)	0,001
	Presente (205)	99 (48,3)	106 (51,7)	
CPOD♣	0-8 dentes (133)	65 (48,9)	68 (51,1)	<0,001
	09-15 dentes (110)	42 (38,2)	68 (61,8)	
	16-28 dentes (107)	24 (22,4)	83 (77,6)	
Consultas na gestação	1-2 consultas (234)	105 (44,9)	129 (55,1)	0,036
	3-14 consultas (135)	45 (33,3)	90 (66,7)	
Prevenção para o filho(a)	Tinha recebido (115)	59 (51,3)	56 (48,7)	0,006
	Não recebeu (254)	91 (35,8)	163 (64,2)	

* teste exato de Fischer ♣CPOD=Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (faltam dados)

4. CONCLUSÕES

Vários fatores estão associados ao abandono das díades mãe-filho ao projeto AOMI sendo importante identificá-los para conduzir ações no pré-natal odontológico voltadas também à motivação das gestantes para a importância do acompanhamento odontológico no desenvolvimento de um bebê saudável.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAPD (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY) Guideline on Perinatal and Infant Oral Health Care. **Reference Manual Clinical Practice Guidelines**, v.38, n.6, p.150-154, 2016-2017.

CUNHA, A.J.L.A.; LEITE, A.J.M.; ALMEIDA, I.S. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. **Jornal de Pediatria**, v.91, n.6, p.S44-S51, 2015.

PINTO, C.C. Programa de Atenção Odontológica Materno-Infantil: Avaliação do Impacto na Saúde Bucal na Primeira Infância. 2015. 103f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Programa de Pós Graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

KRUGER, M.S.M.; LANG, C.A.; ALMEIDA, L.H.S.; CORREA, F.O.B.; ROMANO, A.R.; PAPPEN, F.G. Dental Pain and Associated Factors Among Pregnant Women: An Observational Study. **Maternal and Child Health Journal**, v.19, n.3, p.504-510, 2015.

LEONG, P.M.; GUSSY, M.G.; BARROW S.L.; SILVA-SANIGORSKI A.; WATERS E. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. **International Journal of Pediatric Dentistry**, v.23, n.4, p.235-250, 2013.

MAMELUQUE, S. et al. Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. **Unimontes Científica**, v.7, n.1, p.67-76, 2008.

MEDEIROS, P.B.V.; OTERO, S.A.M.; FRENCKEN, J.E.; BRONKHORST, E.M.; LEAL S.C. Effectiveness of an oral health program for mothers and their Infants. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.25, p.29-34, 2015.

MEDEIROS, U.V.; ZEVALLOS, E.F.P.; ROSIANGELA, K. Promoção da saúde bucal da gestante: garantia de sucesso no futuro. **Rev Cient do CRO-RJ**, v.2, n.2, p.47-57. 2000.

PLUTZER, K.; SPENCER, A.J. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. **Community Dental Oral Epidemiology**, v.36, n.4, p.335-346, 2008.

ALBUQUERQUE, O.M.R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.3, p.786-796, 2004.