

## ADESÃO A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA NOS MIL DIAS DO BEBÊ: FATORES INFLUENTES

BRUNA OLIVEIRA DE FREITAS<sup>1</sup>; TAMYRES VELEDA FONSECA<sup>2</sup>; SAMANTHA  
RODRIGUES XAVIER<sup>3</sup>; ANDREIA DRAWANZ HARTWIG<sup>4</sup>; MARINA SOUSA  
AZEVEDO<sup>5</sup>; ANA REGINA ROMANO<sup>6</sup>

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [brunaoliveiraf.98@gmail.com](mailto:brunaoliveiraf.98@gmail.com)

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [tamyres.veleda\\_f@hotmail.com](mailto:tamyres.veleda_f@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [srodriguesxavier@hotmail.com](mailto:srodriguesxavier@hotmail.com)

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – [andrehartwig@hotmail.com](mailto:andrehartwig@hotmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Federal de Pelotas – [marinasazevedo@hotmail.com](mailto:marinasazevedo@hotmail.com)

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas – [ana.rromano@gmail.com](mailto:ana.rromano@gmail.com)

### 1. INTRODUÇÃO

Na odontologia, a atenção nos mil dias da criança é resultado da soma dos 270 dias da gestação com 730 dias dos dois primeiros anos de vida (HÄRTER et al. 2017). A atuação na Odontologia começa com o pré-natal odontológico sendo o mesmo 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 (BRASIL, 2008) e também tem se mostrado capaz de reduzir a cárie na primeira infância em seus filhos (MEDEIROS et al., 2015, HÄRTER et al., 2017).

Além da atenção odontológica à gestante, a consulta odontológica no primeiro ano de vida do bebê tem sido recomendada (AAPD, 2018) sendo considerada uma medida importante para prevenir a cárie na primeira infância (LEONG et al., 2013). Tão relevante quanto à primeira consulta do bebê ser no primeiro ano de vida é a periodicidade das visitas, idealmente, elas devem acontecer da seguinte forma: uma no primeiro ano de vida, duas no segundo e mais duas no terceiro, uma vez que o projeto acompanha o a criança até os 36 meses de idade. Neste tempo também a mãe deve continuar com o reforço ao autocuidado e adequação do meio bucal (HÄRTER et al., 2017).

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 os fatores associados ao abandono de díades 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 díades 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, dentre outros.

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 os fatores que influenciaram em trazer o bebê ao projeto, 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 Qui-quadrado foi conduzida para observar a relação de diferentes variáveis nos dois grupos: com ou sem 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 18 anos de projeto, foram atendidas 544 gestantes, 71 estão em atendimento, 45 trouxeram alguma vez 241 (44%) realizaram todo o acompanhamento 187 (34%) nunca trouxeram o seu filho (a) para o atendimento. Considerando os fatores avaliados, a menor adesão ao projeto AOMI esteve associada de forma isolada (análise bruta) as gestantes da cor de pele não branca, sem a presença do pai, e com dor de dente (Tabela 1). Foram fatores protetores terem 27 anos ou mais, maior renda familiar e escolaridade materna, anos, terem ingressado com 29 ou mais semanas gestacionais, terem um CPOD alto (>13) e terem realizado três ou mais consultas odontológicas. Após o ajuste os fatores sociodemográficos deixaram de influenciar, o risco de não haver adesão foi maior na presença da dor de dente. Quando a gestante ingressou com 29 ou mais semanas gestacionais, teve um CPOD alto (>13) e realizou 3 ou mais consultas odontológicas houve favorecimento para a permanência no acompanhamento longitudinal.

Algumas perdas ocorreram por problemas de contato ou mudança de cidade. Mas das 187 gestantes que nunca trouxeram seu bebê, a grande maioria chegou ao projeto por apresentarem dor de dente. 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). Segundo Lacerda et al.(2004), a dor de dente é o reflexo mais palpável para a população sobre as consequências da doença cárie e a maior causadora de medo durante o atendimento odontológico. 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), pois vieram por sentirem dor e assim que o problema foi resolvido não procuraram mais. Diferente do grupo de gestantes que realizou mais consultas no pré-natal, sugerindo um vínculo maior e, consequentemente uma melhor adesão.

Tabela 1 - Análise Bivariada e multivariada ajustada da associação entre as variáveis maternas e a adesão ao projeto AOMI em gestantes que realizaram o pré-natal odontológico, Pelotas, RS (n= 418).

Variável (N)	ADESÃO AO PROJETO DE EXTENSÃO AOMI						
	Sim (241)	Não (177)	P*	RP <sup>B</sup>	P	RP <sup>A</sup>	P
<b>Idade materna</b>							
14-26 anos (210)	110 (52,4)	100 (47,6)	0,028	1,00		1,00	0,722
27-44 anos (208)	131 (63,0)	77 (37,0)		0,93 (0,87-0,99)	0,028	0,99(0,91-1,06)	
<b>Cor da pele auto referida</b>							
Branca (315)	193 (61,3)	122 (38,7)	0,009	1,00		1,00	0,102
Não branca (103)	48 (46,6)	55 (53,4)		1,11 (1,02-1,19)	0,008	1,06 (0,99-1,14)	
<b>Renda Familiar</b>							
≤ 1 sm (136)	64 (47,1)	72 (52,9)	0,002	1,00		1,00	
1,1 a 2,9 sm (168)	98 (58,3)	70 (41,6)		0,93 (0,86-0,99)	0,049	0,96 (0,89-1,03)	0,268
≥ 3 sm (114)	79 (69,3)	35 (30,7)		0,85 (0,78-0,93)	<0,001	0,92 (0,84-1,01)	0,080
<b>Escolaridade materna</b>							
≤8 anos (189)	98 (51,8)	91 (48,2)	0,029	1,0		1,00	
>8 anos (229)	143 (62,4)	86 (37,6)		0,93 (0,87-0,99)	0,028	1,00 (0,93-1,07)	0,949
<b>Trabalha fora</b>							
Não (260)	140 (53,8)	120 (46,2)	0,043	1,00		1,00	
Sim (158)	101 (63,9)	57 (36,1)		0,93 (0,87-0,99)	0,042	0,89 (0,91-1,02)	0,198
<b>Situação marital</b>							
Presente (321)	195 (60,8)	126 (39,2)	0,020	1,00		1,00	
Ausente (97)	46 (47,4)	51 (52,6)		1,10 (1,02-1,18)	0,018	1,06 (0,98-1,15)	0,121
<b>Número de filhos</b>							
Primeiro filho (143)	89 (57,1)	67 (42,9)	0,847	1,00		1,00	
≥ 2 filhos (262)	152 (58,0)	110 (42,0)		0,99 (0,93-1,06)	0,847	1,00 (0,93-1,09)	0,900
<b>Gestação Planejada</b>							
Sim (184)	113 (61,4)	71 (38,6)	0,168	1,00		1,00	
Não (234)	128 (54,7)	106 (42,3)		1,05 (0,98-1,12)	0,168	1,03 (0,96-1,10)	0,370
<b>Semana gestacional de ingresso</b>							
≤ 14 (46)	20 (43,5)	26 (56,5)	0,062	1,00		1,00	
15-28 (206)	117 (56,8)	89 (43,2)		0,91 (0,83-1,01)	0,091	0,91 (0,83-1,00)	0,054
≥ 29 (166)	104 (62,7)	62 (37,3)		0,88 (0,79-0,98)	0,016	0,85 (0,77-0,94)	0,002
<b>Problema na gestação</b>							
Ausente (220)	136 (61,8)	84 (38,2)	0,060	1,00		1,00	0,081
Presente (198)	105 (53,0)	93 (47,0)		1,06 (0,99-1,14)	0,69	1,06 (0,99-1,13)	
<b>Dor de dente na gestação</b>							
Ausente (183)	125 (68,3)	58 (31,7)	<0,001	1,00		1,00	
Presente (235)	116 (49,4)	119 (50,6)		1,14 (1,07-1,22)	<0,001	1,11 (1,04-1,19)	0,002
<b>CPOD (tercil)</b>							
0-7 dentes (144)	70 (48,6)	74 (51,4)	0,001	1,00		1,00	
8-13 dentes (126)	75 (59,5)	51 (40,5)		0,93 (0,86-1,01)	0,072	0,93 (0,86-1,01)	0,085
14-28 dentes (135)	96 (71,1)	39 (28,9)		0,85 (0,79-0,92)	<0,001	0,88 (0,81-0,95)	0,002
<b>Número de consultas na gestação</b>							
1-2 (266)	140 (52,6)	126 (47,4)	0,006	1,00		1,00	0,001
3-14 (152)	101 (66,4)	51 (33,6)		0,91 (0,85-0,97)	0,005	0,89 (0,83-0,95)	

\* Teste Qui-quadrado sm=salários mínimos #=dado faltando CPOD=dentes cariados, perdidos e obturados RP<sup>B</sup>= razão de prevalência bruta RP<sup>A</sup>= razão de prevalência ajustada

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 (RIGO, DALAZEN, GARBIN, 2016). No entanto, na análise

ajustada, nem a escolaridade, nem a idade ou renda familiar se mantiveram associadas. Mas a pior condição bucal que leva a maior necessidade materna de atenção odontológica foi fator de proteção para manutenção de seu filho(a) nos mil dias de acompanhamento.

#### 4. CONCLUSÕES

Embora os fatores socioeconômicos possam isoladamente influenciar na adesão das gestantes ao projeto AOMI, as necessidades bucais são as que realmente estão associadas, sendo que a presença da dor é um fator que aumenta as chances de abandono, enquanto ter maiores necessidades de tratamento favorecem a continuação da atenção ao par mãe-filho (a), resultando nos mil dias de atenção odontológica.

#### 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, 2018.
- 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.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.
- HÄRTER AL, AZEVEDO MS, KRÜGER MSM, HARTWIG AD, SANTOS LGP, ROMANO AR. Promoção de saúde bucal nos primeiros mil dias da criança. IV Congresso de Extensão e Cultura na 3ª Semana Integrada de Inovação, Ensino, Pesquisa e Extensão da UFPel, Pelotas, nov de 2017. P.27-32, ISSN: 2359-6686 <https://wp.ufpel.edu.br/congressoextensao/anais/anais-2017/>
- 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.
- LACERDA, T.J.; SIMIONATO, E.M.; PERES, K.G.; PERES, M.A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de Saúde Pública**, v.38, p.453-458, 2004.
- 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.
- RIGO, L.; DALAZEN, J.; GARBIN, R.R. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. **Einstein** (São Paulo), v.14, p.219–225, 2016.