

Tabus e mitos da atenção odontológica na gestação: um estudo observacional de base hospitalar

Taboos and myths for the dental care during pregnancy: an observational study with a hospital basis

Marcos Vinicius Pegoraro*
Maria Luiza Marins Mendes**
Vanessa Polina Pereira da Costa***
Flavia Prietsch Wendt****
Ana Regina Romano*****

Resumo

Objetivo: avaliar gestantes internadas no setor de obstetrícia do Hospital Escola da UFPel quanto à necessidade de receber atendimento odontológico de urgência, ao conhecimento a respeito do atendimento durante a gravidez e de como prevenir a doença cárie dentária em seus filhos. Método: este estudo observacional, de base hospitalar e transversal, foi conduzido a partir de instrumento contendo uma entrevista e uma avaliação bucal de 83 gestantes. Os dados foram coletados junto ao leito por dois residentes treinados e avaliados pelo Teste Exato de Fisher e por análise multivariada, com Regressão de Poisson e variância robusta. Resultados: a média de idade das gestantes foi de 28,7 anos, sendo que 31,3% relataram dor dentária, estando relacionada à atividade de cárie e à busca de atendimento odontológico nos últimos 6 meses. Das gestantes avaliadas, 66,2% apresentaram, pelo menos, um tabu ou mito, sendo que realizar tratamento endodôntico foi o mais prevalente. Realizar pré-natal reduziu a presença de tabus ou mitos. Apenas 7,2% das mulheres demonstraram ter conhecimento de como prevenir a doença cárie dentária no filho, sendo significativamente maior nas donas de casa e nas que receberam orientação prévia. Conclusão: o pré-natal favoreceu a redução da presença de tabus e mitos da odontologia na gestação. O cirurgião-dentista tem um papel importante na condução do pré-natal odontológico, para evitar e tratar as odontalgias na gestação e orientar sobre a saúde bucal dos filhos, efetivando a atenção odontológica nos mil dias da criança.

Palavras-chave: gestantes; saúde materno-infantil; assistência odontológica.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v26i1.12411>

* Cirurgião-dentista, Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

** Cirurgiã-dentista, Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

*** Doutorado em Odontologia, área Odontopediatria, pela Universidade Federal de Pelotas. Coordenadora da área da Odontologia no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança, Pelotas, RS, Brasil.

**** Mestre em Odontologia, área Odontopediatria, pela Universidade Federal de Pelotas. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança, Pelotas, RS, Brasil.

***** Doutorado em Odontopediatria pela Universidade de São Paulo. Professora titular de Odontopediatria da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

Introdução

A gestação representa um período de muitas adaptações e alterações físicas, biológicas e hormonais no organismo da mulher¹. Essas alterações criam condições adversas no meio bucal, deixando as mulheres grávidas com maior risco para agravamento da doença periodontal, presença de alterações salivares e maior predisposição para cárie dentária¹⁻³, afetando a qualidade de vida durante a gravidez⁴. Além disso, a presença de doença periodontal tem sido associada ao nascimento de bebês pré-termo e/ou de baixo peso⁵. Também, a cárie dentária, quando negligenciada, causa sintomatologias dolorosas⁶ e, muitas vezes, desencadeia infecções odontogênicas² e lesões apicais⁷ que podem ser maléficas à mãe e ao seu bebê^{2,7}.

A saúde bucal das mulheres gestantes desempenha um papel importante na sua saúde geral e no seu bem-estar, sendo essencial para a saúde dos seus filhos recém-nascidos⁸. No entanto, o seu comportamento na procura de atendimento odontológico nesse período é alterado por vários fatores internos e externos⁹. A mulher grávida tem medo de sentir dor ou receio de o tratamento afetar seu bebê, revelando a presença de desinformação¹⁰. Somado a isso, o profissional também tem receios específicos na sua atuação, como o medo de radiografar, de prescrever medicamentos^{11,12} e de anestesiá-lo¹², evidenciando a importância de haver a promoção do aprendizado profissional sobre saúde bucal na gravidez¹¹⁻¹³.

O controle e o tratamento das infecções bucais, por si só, são promotores de benefícios à saúde, proporcionando uma condição bucal de conforto, função e estética em qualquer momento da gestação¹⁴, embora o segundo trimestre seja o mais favorável para os procedimentos invasivos^{2,8}. Todas as gestantes deveriam receber atenção odontológica, minimizando os agravos bucais¹³ e, ao mesmo tempo, realizando o pré-natal odontológico, fortalecendo a atenção nos mil dias de vida da criança, que englobam: gestação, primeiro e segundo anos de vida¹⁵. A gestação é um importante momento para serem repassadas informações sobre ações para promover saúde bucal das crianças, pois, nesse período, a mulher encon-

tra-se mais motivada e interessada em receber informações que venham a beneficiar seu filho, bem como para incorporação de novas atitudes e comportamentos voltados para um estilo de vida mais saudável¹¹.

Embora o atendimento odontológico à gestante faça parte do protocolo de cuidados pré-natal no Sistema Único de Saúde¹⁶, questões socioeconômicas, psicológicas, comportamentais e necessidades percebidas são fatores identificados como determinantes desse atendimento¹⁷. Existe uma resposta mais positiva de autocuidado e um aumento na procura por consultas odontológicas durante a gravidez quando os encaminhamentos são realizados por um ginecologista¹⁸, evidenciando a importância de maior interação entre os profissionais que atuam na saúde da mulher nesse período especial da sua vida¹⁹.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar se as gestantes internadas no Hospital Escola-EB-SERH tiveram necessidade de receber atendimento odontológico de urgência, qual o seu conhecimento a respeito do atendimento durante a gravidez e de como prevenir a doença cárie dentária em seu filho.

Metodologia

Foi conduzido um estudo de base hospitalar, observacional transversal, a partir de dados de um censo das gestantes que internaram no setor de obstetrícia do Hospital Escola-EB-SERH da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, no período de seis meses (setembro de 2019 a início de março de 2020). A avaliação é parte do projeto guarda-chuva intitulado “Atuação Específica e Multiprofissional em um Programa de Residência em Atenção à Saúde da Criança”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel, sob o número 1.639.674. Este estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo, de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e todas as participantes incluídas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados, de forma padronizada e com critérios definidos, a partir do instrumento para “avaliação do conhecimento e da

condição bucal das gestantes internadas no setor de obstetrícia do hospital”, incluindo informações de uma entrevista semiestruturada e do exame bucal. O preenchimento do instrumento foi realizado por dois cirurgiões-dentistas do Programa da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança, após terem sido treinados para padronização da sua aplicação, minimizando o viés da coleta de dados. A coleta, com duração de aproximadamente 20 minutos, foi realizada junto ao leito, sendo a condição bucal avaliada com luz natural e após as gestantes realizarem um bochecho com clorexidina a 2% para prevenção da bacteremia transitória²⁰. Para este estudo, foi utilizado se havia presença de lesões ativas de cárie dentária dicotomizada em sim e não. A avaliação foi baseada em parte dos critérios de Ekstrand et al.²¹ (2008), sendo considerada a aparência visual registrada a partir do escore 2 do ICDAS (International Caries Detection and Assessment System), ou seja, lesão não cavitada em esmalte, observada com a superfície úmida, pela impossibilidade de secar os dentes, combinada com a localização da lesão em área de estagnação natural de placa cariogênica.

Da entrevista, foram considerados e categorizados os dados sociodemográficos: idade (≤ 20 , 21-30, ≥ 31 anos); cor da pele autorreferida (dicotomizada em branca e não branca); renda familiar em salários mínimos brasileiros (dicotomizada pela mediana em ≤ 2 e > 2); escolaridade em anos de estudo (≤ 8 anos e > 8 anos); ocupação (do lar ou outra). Da gestação: respostas sim ou não para: realizava pré-natal, primeiro filho e apresentava Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). A idade gestacional foi dicotomizada em 11-27 e ≥ 28 semanas de gestação. Na história odontológica, qual a frequência da escovação diária (1-2 vezes, ≥ 3 vezes), apresentou-se odontalgia (dor de dente) na gestação e se realizou consulta nos últimos seis meses.

Para identificação da presença de tabus e mitos para procurar o atendimento odontológico na gestação, conforme embasamento científico do Quadro 1, foram utilizadas as perguntas com respostas dicotômicas de sim ou não para poder realizar na gestação radiografia, anestesia, exodontia (tirar dente) e fazer endodontia (tratamento de canal). Com relação ao conhecimento de como prevenir cárie do filho, foi avaliado em perguntas dicotômicas de sim ou não para ter recebido orientação profissional anterior e sobre a transmissão das bactérias entre a díade mãe-filho (Você sabia que as bactérias que causam a doença cárie são transmitidas da mãe para o filho?). Com relação à higiene bucal do filho, as perguntas de quando iniciaria e de quando achava que a pasta de dente do seu filho poderia ter flúor eram abertas e as respostas consideradas corretas conforme Quadro 1.

Os dados foram transferidos, com dupla digitação, para o programa Microsoft Office Excel, com condução de validade. A análise estatística foi conduzida no programa Stata versão 11.0 para Windows (Stata Corp LP, College Station, TX, USA), sendo realizadas análises descritivas e bivariadas, utilizando o Teste Exato de Fisher para avaliar as diferenças percentuais na relação entre fatores independentes e a presença da dor de dente na gestação e, também, o conhecimento sobre prevenção de cárie dentária no filho (dicotomizado em: nenhum/baixo e bom/ótimo). Para avaliar fatores associados à presença de tabu ou mitos da atenção odontológica na gestação, as respostas foram dicotomizadas em não (100% de acertos) e sim (pelo menos um tabu ou mito presente), sendo conduzida uma análise multivariada, utilizando Regressão de Poisson com variância robusta, a fim de estimar a razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O nível de significância nas avaliações foi de 5% ($P < 0,05$).

Quadro 1 – Embasamento científico para as respostas das perguntas realizadas

Pergunta	Embasamento científico
Tomadas radiográficas na gestação	O risco de indução de câncer fetal ou doença grave hereditária foi, teoricamente, calculado como sendo aproximadamente: 1 em 10 milhões para cada tomada radiográfica intrabucaal periapical ou interproximal; 1 em 1 milhão para uma tomada panorâmica ²² . A gestação não é motivo para evitar ou adiar um exame radiográfico odontológico clinicamente justificado ²³ . A tomada radiográfica deve, obrigatoriamente, utilizar filmes ultrarrápidos, proteção de chumbo (avental, colarinho para tireoide) ³ , posicionador ²⁰ , realizar apenas o número de tomadas estritamente necessárias e, se possível, tomada radiográfica digital ^{2,20} .
Anestésico local na gestação	O seu uso durante toda a gravidez tem sido considerado seguro ²⁵ . Primeira escolha: Lidocaína a 2%, classe B pela Food and Drug Administration (FDA), 64% de ligação às proteínas plasmáticas e quatro de coeficiente de lipossolubilidade; usar adrenalina como vasoconstritor; injetar lentamente e na quantidade máxima de dois tubetes como medida de segurança ²⁵ .
Exodontia na gestação	A extração dentária esteve presente em 31% das intervenções realizadas na gestação e não levou a maior porcentagem de abortos, parto pré-termo ou peso ao nascer, sugerindo que o tratamento odontológico durante a gravidez não representa maior risco teratogênico ²³ . No entanto, a cirurgia dentoalveolar deve ser direcionada para alívio da dor e eliminação da infecção, neoplasia e reparo de lesões traumáticas ²⁶ .
Endodontia na gestação	A dor dentária deve ser eliminada em qualquer trimestre da gravidez. Além disso, é possível realizar o tratamento endodôntico em qualquer tempo, evitando o surgimento de complicações durante a gestação ² , pois não aumenta a presença de desfechos adversos da gestação, mesmo quando representa 43% das intervenções realizadas nesse período ²⁴ . O uso de localizadores apicais para aferir o comprimento real de trabalho e da instrumentação mecanizada, utilizando limas recíprocantes associadas à técnica de obtenção com cone único padronizado para cada sistema, representa avanço para a realização do tratamento endodôntico em pacientes gestantes devido ao menor tempo clínico e ao maior conforto do procedimento ²⁷ .
Transmissibilidade dos estreptococos do grupo mutans	A cárie dentária é uma doença infecciosa de caráter transmissível. Os estreptococos mutans (EM) são os agentes infecciosos mais fortemente associados à cárie dentária. Estudos demonstraram que os bebês adquirem EM de suas mães após a erupção dos dentes decíduos ²⁸ .
Início da higiene bucal do bebê	A higiene bucal deve ser iniciada o mais tardar com a irrupção do primeiro dente ²⁹ . Resposta correta: antes ou logo após a erupção dos dentes.
Início do dentifício fluoretado	Resposta correta: usar pasta fluoretada a partir da irrupção do primeiro dente. Os pais devem limpar os dentes de seus filhos 2x/dia, usando uma escova de dentes macia e de tamanho apropriado para a idade, em crianças menores de três anos, deve ser utilizada uma “lambuzadela” ou “grão de arroz” de dentifício fluoretado ²⁹ .

Fonte: elaborado pelos autores.

Resultados

Foram avaliados os dados de 83 gestantes, com idade média de 28,7 anos, variando de 14 a 43 anos. A maioria das gestantes tinha mais de 8 anos de estudo (54,2%), era do lar (53%), tinha uma renda familiar de até 2 salários mínimos (67,5%) e tinha filhos (67,5%). O período gestacional variou de 11 a 39 semanas, sendo que 2 gestantes tinham menos de 13 semanas de gestação, 71,1% estavam com 28 ou mais semanas gestacionais e 96,4% delas estavam realizando pré-natal.

Com relação à necessidade de urgência dentária, a Tabela 1 mostra que 26 (31,3%) gestantes relataram dor, estando relacionada à presença da cárie dentária e à procura por atendimento profissional nos últimos 6 meses; 12 (46,2%) gestantes não procuraram auxílio profissional e, embora sem significância, a odontalgia foi maior em mulheres mais jovens, cor da pele não branca, donas de casa, com menor escolaridade e renda familiar.

Tabela 1 – Relação entre diferentes fatores e a presença de dor de dente na gestação em mulheres gestantes atendidas no Hospital Escola-EBSERH da UFPel, Pelotas, RS (n= 83)

Variável	Categorias	n (%)	Odontalgia		Valor de P*
			Sim 26 (31,3)	Não 57 (68,7)	
Idade	≤ 20 anos	15 (18,1)	07 (46,7)	08 (53,3)	0,112
	21-30 anos	36 (43,4)	13 (31,1)	23 (63,9)	
	≥ 31 anos	32 (38,5)	06 (18,7)	26 (81,3)	
Cor da pele	Branca	48 (57,8)	12 (25,0)	36 (75,0)	0,159
	Não branca	35 (42,2)	14 (40,0)	21 (60,0)	
Escolaridade	≤ 8 anos	38 (45,8)	16 (42,1)	22 (57,9)	0,061
	> 8 anos	45 (54,2)	10 (22,2)	35 (77,8)	
Renda familiar	≤ 2 smb♦	56 (67,5)	19 (33,9)	37 (66,1)	0,614
	> 2 smb♦	27 (32,5)	07 (25,9)	20 (74,1)	
Ocupação	Do lar	44 (53,0)	16 (86,4)	28 (63,6)	0,348
	Trabalha fora	39 (47,0)	10 (25,6)	29 (74,4)	
Semana gestacional	11-27 semanas	24 (28,9)	09 (37,5)	15 (62,5)	0,447
	≥ 28 semanas	59 (71,1)	17 (28,8)	42 (71,2)	
Relato de escovação	1-2 vezes/dia	16 (19,3)	08 (50,0)	08 (50,0)	0,131
	≥3 vezes/dia	67 (80,7)	18 (26,9)	49 (73,1)	
Lesão de cárie ativa	Sim	30 (36,1)	15 (50,0)	15 (50,0)	0,008
	Não	53 (63,9)	11 (20,7)	42 (79,3)	
Consulta ao dentista	< 6 meses	24 (28,9)	14 (58,3)	10 (41,7)	0,001
	≥ 6 meses	59 (71,1)	12 (20,3)	47 (79,7)	

*Teste Exato de Fisher. ♦ smb: salários mínimos brasileiros.

Fonte: dados da pesquisa.

Considerando o conhecimento sobre o atendimento odontológico na gestação, 66,2% das mulheres grávidas têm, pelo menos, um tabu ou mito que gerou a informação incorreta (Figura 1), sendo a realização da endodontia o elemento

mais presente (Figura 2). Dos cuidados para evitar a doença cárie dentária do filho, apenas 1,2% sabia as informações corretas (Figura 1). A Figura 2 mostra que o início da higiene bucal (HB) foi o fator de maior desconhecimento.

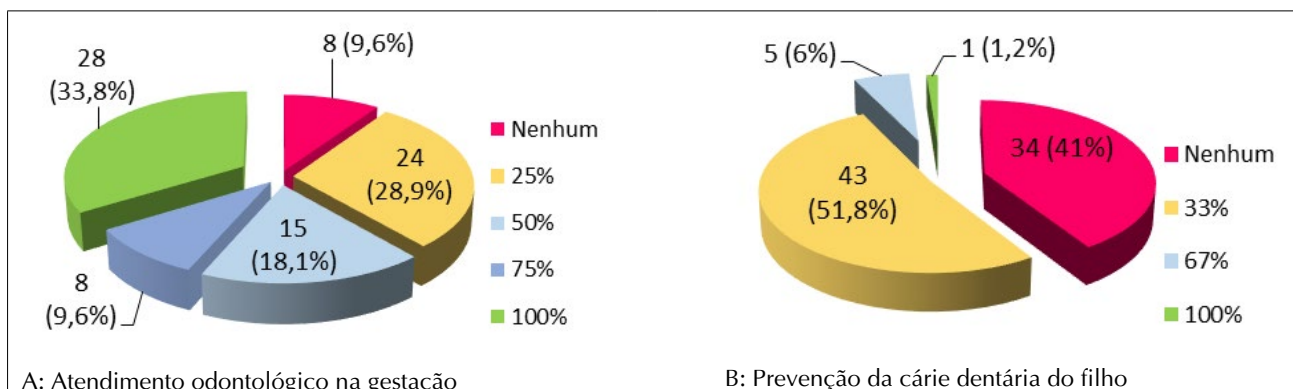


Figura 1 – Porcentagem de acertos na avaliação do conhecimento odontológico de gestantes internadas no Hospital Escola-EBSERH da UFPel, Pelotas, RS (n= 83)

Fonte: dados da pesquisa.

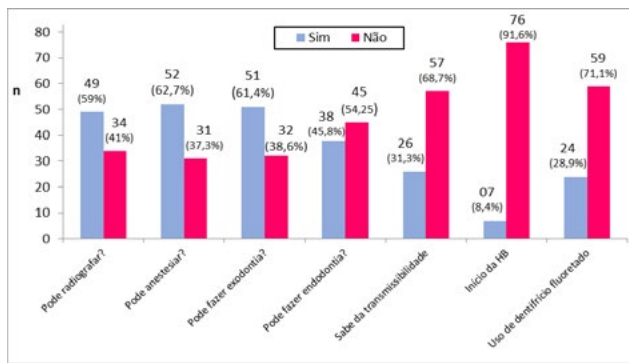


Figura 2 – Número (%) de respostas sobre o atendimento odontológico durante a gravidez e a prevenção de cárie dentária do filho de gestantes atendidas no Hospital Escola-EBSERH da UFPel, Pelotas, RS (n= 83)

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 2 mostra que, tanto na análise bruta como na ajustada, os fatores associados à presença de tabus ou mitos foram realizar pré-natal e a gestante ser portadora de DMG, sendo ambos protetores, proporcionando maior chance de haver conhecimento sobre o atendimento odontológico na gestação em 16% e 13%, respectivamente.

Tabela 2 – Análise bruta e ajustada, Regressão de Poisson, da associação de variáveis independentes e a presença de tabus e mitos no atendimento odontológico durante a gravidez de mulheres gestantes atendidas no Hospital Escola-EBSERH da UFPel, RS (n=83)

Variáveis Presente	(n) %	Tabus e mitos na atenção odontológica na gestação			
		RP ^B (IC)	P	RP ^A (IC)	P
Idade					
≤ 20 anos (15)	60,0	1,00			
21-30 anos (36)	66,7	1,04(0,87-1,25)	0,659	*	
≥ 31 anos (32)	68,7	1,05(0,88-1,27)	0,568		
Cor da pele					
Branca (48)	62,5	1,00		*	
Não branca (35)	71,4	1,05(0,93-1,19)	0,391		
Escolaridade					
≤ 8 anos de estudo (38)	60,5	1,00			
> 8 anos de estudo (45)	71,1	1,07(0,95-1,21)	0,316	*	
Renda familiar					
≤ 2 salários mínimos (56)	66,1	1,00			
> 2 salários mínimos (27)	66,7	1,00(0,88-1,14)	0,957	*	
Ocupação					
Do lar (44)	59,1	1,00			
Trabalha fora (39)	74,4	1,10(0,97-1,23)	0,138	1,00	0,053
Primeiro filho					
Sim (27)	63,0	1,00		*	
Não (56)	67,9	1,03(0,90-1,28)	0,666		
Idade gestacional					
11-27 semanas (24)	62,5	1,00		*	
≥ 28 semanas (59)	67,8	1,03(0,90-1,19)	0,652		
Pré-natal					
Não (03)	100,0	1,00			
Sim (80)	65,0	0,83(0,77-0,88)	<0,001	0,84(0,74-0,95)	0,006
DMG					
Não (46)	76,1	1,00			
Sim (37)	54,0	0,88(0,77-0,99)	0,038	0,87(0,77-0,99)	0,031
Dor de dente					
Sim (26)	69,2	1,00		*	
Não (57)	68,9	0,97(0,86-1,11)	0,696		
Relato da escovação diária					
1 ou 2 vezes (16)		1,00			
3 ou mais vezes (67)	62,7	0,90(0,79-1,02)	0,098	0,95(0,84-1,08)	0,449
Consulta ao dentista					
≥ 6 meses (61)	62,3	1,00			
< 6 meses (22)	77,3	1,09(0,96-1,24)	0,165	1,09(0,97-1,25)	0,146

RP^B: Razão de Prevalência bruta; RP^A: Razão de Prevalência Ajustada; IC: intervalo de confiança; * p>0,200 na análise bruta.

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3 – Relação entre o conhecimento sobre prevenção da doença cárie dentária do filho e fatores independentes em mulheres gestantes atendidas no Hospital Escola-EBSERH da UFPel, Pelotas, RS (n=83)

Variável	Categorias	n (%)	Conhecimento		Valor de P*
			Nenhum/Baixo 77 (92,8)	Bom/Ótimo 06 (7,2)	
Idade	≤ 20 anos	15 (18,1)	13 (86,7)	02 (13,3)	0,641
	21-30 anos	36 (43,4)	16 (94,4)	02 (5,6)	
	≥ 31 anos	32 (38,5)	13 (93,8)	02 (6,2)	
Cor da pele	Branca	48 (57,8)	46 (95,8)	02 (4,2)	0,235
	Não Branca	35 (42,2)	31 (88,6)	04 (11,4)	
Escolaridade	≤ 8 anos	38 (45,8)	35 (92,1)	03 (7,9)	1,000
	> 8 anos	45 (54,2)	42 (93,3)	03 (6,7)	
Renda familiar	≤ 2 salários	56 (67,5)	51 (91,1)	05 (8,9)	0,658
	> 2 salários	27 (32,5)	26 (96,3)	01 (3,7)	
Ocupação	Do lar	44 (53,0)	38 (86,4)	06 (13,6)	0,027
	Trabalha fora	39 (47,0)	39 (100,0)	0 (0,0)	
Primeiro filho	Sim	27 (32,5)	26 (96,3)	01 (3,7)	0,658
	Não	56 (67,5)	51 (91,1)	05 (8,9)	
Semana gestacional	11-27 semanas	24(28,9)	22 (91,7)	02 (8,3)	1,000
	≥ 28 semanas	59 (71,1)	55 (93,2)	04 (6,8)	
DMG	Sim	37 (44,6)	36 (97,3)	01 (2,7)	0,218
	Não	46 (55,4)	41 (89,1)	05 (10,9)	
Pré-natal	Sim	80 (96,4)	75 (93,7)	05 (6,3)	0,204
	Não	03 (3,6)	02 (66,7)	01 (33,3)	
Consulta ao dentista	< 6 meses	24 (28,9)	23 (95,8)	01 (4,2)	0,667
	≥ 6 meses	59 (71,1)	54 (91,5)	05 (8,5)	
Orientação prévia	Sim	20 (24,1)	15 (75,0)	05 (25,0)	0,003
	Não	63 (75,9)	62 (98,4)	01 (1,6)	

*Teste Exato de Fisher.

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação ao conhecimento dos cuidados para prevenir cárie dentária em seu filho (Tabela 3), ele ter sido Bom/Ótimo esteve relacionado ao relato de ter recebido orientação anterior (P=0,003) e a gestante ser do lar (P=0,027). Gestantes mais jovens, com cor de pele não branca, renda familiar menor e que já tiveram filhos também mostraram um melhor conhecimento, mesmo sem significância.

Discussão

Este estudo foi conduzido junto às gestantes internadas no setor de obstetrícia do Hospital Escola da UFPel, referência inicial para o tratamento da Covid-19 em Pelotas, e foi influenciado pela pandemia devido à interrupção da avaliação odontológica a partir de março de 2020, na metade do tempo inicial proposto, levando à redução do tamanho da amostra. As mulheres grávidas foram consideradas com risco potencial de transmissão vertical do SARS-CoV-2³⁰ para o feto, tornando-as uma grande preocupação e foco

de ações de prevenção e de controle da infecção por Covid-19³⁰. Outro fator considerado é ser um estudo baseado na entrevista, em que, ao responder, a gestante pode trazer um viés de memória e sintomas podem deixar de ser relatados⁶. No entanto, ele traz importantes informações sobre um grupo específico de mulheres gestantes internadas relacionadas à presença de dor dentária, ao conhecimento sobre o seu atendimento odontológico e a prevenção da cárie no filho.

A presença de odontalgia foi relatada por 31,3% das gestantes da amostra, sendo inferior ao estudo realizado, também de Pelotas, em que 54,9% das gestantes relataram ter tido dor⁶. A diferença pode ser justificada por terem sido conduzidos em locais diferentes, este no hospital e o outro⁶ em um serviço odontológico específico, favorecendo uma maior prevalência. Ambos demonstraram que a dor estava associada à presença da cárie dentária, sendo que Krüger et al.⁶ (2015) evidenciaram que, em 82,7% dos casos, a dor foi iniciada na gestação. Embora não tenha sido demonstrado que a presença da cárie den-

tária favoreça o parto prematuro³¹, ela pode levar a uma pior qualidade de vida⁴. Vários fatores gestacionais podem predispor a uma maior ocorrência da cárie dentária, incluindo higiene bucal deficiente, dieta cariogênica, redução do pH salivar, ocorrência de vômitos^{1,3,14} e aumento da frequência alimentar pela diminuição da capacidade fisiológica do estômago⁸.

A literatura aponta a dor como motivo de busca de atendimento odontológico na gestação^{1,2,4,6}, não sendo diferente neste estudo, que evidenciou a sua relação com a consulta mais recente ao cirurgião-dentista (CD). No entanto, é importante destacar que quase metade das gestantes com dor não procurou atendimento odontológico, semelhante ao encontrado em Canoas, RS, quando as gestantes tiveram 50% de utilização dos serviços odontológicos na rede pública de saúde³². Isso pode estar relacionado à presença de tabus e mitos sobre a segurança do tratamento odontológico na gestação, que afeta mulheres grávidas^{10,12,17,19} e profissionais de saúde, incluindo o CD^{11,12}.

Muitos fatores podem influenciar a busca e o acesso aos serviços odontológicos durante a gravidez: condições fisiológicas, baixa importância para a saúde bucal, estigma negativo em relação à odontologia, medo/ansiedade em relação ao tratamento odontológico, mobilidade e segurança, barreiras financeiras, emprego, restrições de tempo, apoio social e falta de informação¹². Os resultados deste estudo evidenciaram que a maioria das gestantes tinha pelo menos um tabu ou mito, refletindo na baixa adesão ao cuidado odontológico, seja pelo medo de sentir dor ou pelo receio de o tratamento afetar seu bebê, revelando desinformação, podendo piorar a saúde bucal e mesmo agravar o risco para a gestação¹⁰. Uma das situações é a realização do tratamento de canal, sendo importante entender que a dor leva à necessidade de intervenções endodônticas, que devem ser realizadas em qualquer trimestre de gestação^{2,27}. Existem evidências de que a periodontite apical materna pode ser um forte preditor independente de pré-eclâmpsia⁷ e que a presença de uma infecção odontogênica pode ser maléfica à mãe e ao seu bebê². Os exames complementares, como a radiografia odontológica, podem ser reali-

zados sempre que houver necessidade, tomando os mesmos cuidados que para outros indivíduos^{1,2}.

Também, o uso da anestesia local^{2,24} e de medicações para o controle da dor e de infecções odontológicas²⁵, um dos principais receios do profissional^{11,12}, é seguro na gravidez³³. Cabe aos profissionais avaliarem cuidadosamente os riscos *versus* os benefícios de prescrever medicamentos para uma gestante³⁴. É importante considerar, além da situação da cavidade bucal, as condições física, sistêmica e psicológica da gestante²¹, principalmente em procedimentos cirúrgicos em que, se eletivos, têm sido recomendados serem realizados após o parto²⁶. Além disso, durante o atendimento odontológico de gestantes, alguns cuidados são fundamentais, como: a posição na cadeira, o tempo de atendimento, a liberação da narina pela dificuldade respiratória e a atuação prevenindo a possibilidade de bacteremia transitória²⁰.

Nesta amostra, a presença de tabus e mitos na realização de procedimentos odontológicos durante a gestação está associada à realização do pré-natal e à presença de DMG, ambos como forma de proteção, resultando em um maior conhecimento. O acompanhamento pré-natal, iniciado desde o primeiro trimestre, é importante para um correto acompanhamento do bebê e também favorece o atendimento odontológico durante a gravidez^{16,32}. Com relação à DMG, provavelmente, o maior conhecimento não está relacionado à presença da alteração, mas, sim, à necessidade de uma maior frequência de consultas de pré-natal. Além disso, o Hospital Escola da UFPel tem um protocolo específico para a “linha de cuidados DMG” ou, ainda, por essas mulheres terem participado do grupo de gestantes do hospital, que tem CD atuando na educação e/ou promoção à saúde bucal.

A associação entre o maior conhecimento em mulheres gestantes internadas que realizaram pré-natal reforça a importância do obstetra¹⁸ e da interação entre os profissionais que atuam na saúde da mulher nesse período especial da sua vida^{9,16}. A integração do atendimento odontológico no serviço pré-natal seria uma maneira viável de melhorar a utilização do serviço odontológico⁹. O ideal seria que toda mulher pudesse ter aces-

so e motivação ao autocuidado bucal, para que, quando se tornasse gestante, tivesse uma melhor condição bucal e qualidade de vida.

Esta amostra evidenciou que mais de 90% das gestantes tiveram nenhum ou baixo conhecimento a respeito de como prevenir cárie dentária no seu filho, sendo relacionado à sua ocupação e ao relato de orientação prévia a respeito. O esperado seria que mulheres com maior escolaridade e que trabalhassem fora de casa tivessem maior acesso às informações e aos conhecimentos³⁴, entretanto, foram as donas de casa que tiveram um melhor desempenho. Uma justificativa para isso é que elas, supostamente, teriam mais tempo disponível, além disso, o maior acesso à internet pode ter favorecido a presença de informações sobre os cuidados com os filhos³⁵, como demonstrado no estudo clínico de Pomini et al.³⁶ (2018), que revelou uma menor prevalência da doença cárie nas crianças cujas mães não trabalhavam fora.

A principal dúvida materna observada foi sobre quando iniciar a higiene bucal (HB), sendo atualmente recomendado que seja o “mais tardar” com a erupção do primeiro dente³⁰. Essa orientação é comprovada no acompanhamento longitudinal sobre o papel do início da HB na presença da doença cárie dentária do primeiro ao terceiro ano de vida¹⁵. Iniciar a HB antes da erupção teve efeito protetor no risco de cárie apenas na análise bruta (RR 0,50), enquanto iniciar com dois meses ou mais após a erupção aumentou o risco em mais de duas vezes, mesmo ajustando para outros fatores envolvidos no processo cárie dentária em bebês¹⁵.

O baixo conhecimento pode ser reflexo do fato de que apenas 24,1% tiveram orientação prévia de como cuidar do filho. Isso é importante, porque ter recebido orientações proporcionou significativa maior taxa de respostas corretas e, mesmo que todos os integrantes da família façam parte da construção e disseminação com os cuidados do recém-nascido, é a mãe que tem o papel de protagonista nesse momento³⁴. Na gestação, a mulher encontra-se mais motivada e interessada em receber informações que venham a beneficiar seu filho em formação, incorporando novas atitudes e comportamentos voltados para um estilo de vida mais saudável¹¹. A mãe é a principal responsá-

vel pela geração e pelo cuidado mais essencial do bebê, responsabilidade essa que faz com que ela sinta uma maior preocupação e fique mais empenhada em aprender e colocar em prática as informações passadas pelos profissionais de saúde que a acompanharam durante a gestação³⁴.

No pré-natal, os obstetras e os enfermeiros devem, conforme protocolo de atenção básica do Ministério da Saúde (2016), encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica, pelo menos uma vez, durante a gravidez¹⁶. O pré-natal odontológico, além de promover saúde bucal às mulheres gestantes, desmistificando os tabus e mitos existentes, mostra um reflexo positivo na saúde bucal de seus filhos, evidenciando a efetivação do lema: “serei capaz de cuidar da saúde bucal do meu filho se souber e for capaz de cuidar da minha”¹⁵. As gestantes que recebem atendimento e orientações odontológicas compreendem como cuidar da própria saúde, contribuindo também para a saúde bucal da criança^{15,34}. Aproveitar o momento de internação da gestante para realizar promoção de saúde pode ser uma boa estratégia, uma vez que, geralmente, elas ficam hospitalizadas por um longo período.

Portanto, conclui-se que são necessárias novas pesquisas abordando o pré-natal odontológico e ações para despertar o interesse da gestante para os cuidados com a saúde bucal, bem como o papel central que a família exerce no atendimento odontológico nos mil dias da criança.

Conclusões

As mulheres gestantes internadas no setor de obstetria do Hospital Escola da UFPel tiveram baixa procura ao cirurgião-dentista, sendo essa busca relacionada à presença da dor de dente e à cárie dentária. Embora a grande maioria tivesse pelo menos um tabu ou mito no atendimento odontológico na gestação, a realização do pré-natal propiciou sua redução, evidenciando a importância da interação multiprofissional. Poucas mulheres apresentaram conhecimento satisfatório para prevenir a doença cárie dentária no seu filho, sendo melhor nas donas de casa e nas que receberam orientação profissional prévia, destacando a importância da atuação do cirurgião-den-

tista no pré-natal odontológico, para favorecer a efetivação da saúde bucal nos mil dias de vida da criança.

Summary

Evaluate pregnant women admitted to the Obstetrics department at UFPel School Hospital regarding the need to receive urgent dental care, knowledge about this care during pregnancy and how to prevent dental caries in Their child. Method: This observational, hospital-based and cross-sectional study was conducted using an instrument containing an interview and an assessment of the oral cavity of 83 pregnant women. The data were collected at the bedside by trained residents and evaluated by Fisher's exact test and multivariate analysis, using Poisson Regression with robust variance. Results: The average age of the pregnant women was 28.7 years, with 31.3% reporting dental pain, being related to dental caries and dental care-seeking in the last 6 months. Of the pregnant women evaluated, 66.2% had at least one taboo or myth, and endodontic treatment was more prevalent. Prenatal care reduced the presence of taboos or myths. Only 7.2% of women demonstrated knowledge of how to prevent dental caries disease in their child, being significantly higher in housewives and those who received prior guidance. Conclusion: Prenatal care favored the reduction of the presence of taboos and myths about dentistry during pregnancy. The dentist has an important role in the conduction of dental prenatal care, to prevent and treat toothache during pregnancy and to advise on the oral health of their child, providing dental care in the child's first thousand days.

Keywords: pregnant women; maternal and child health; dental care.

Referências

1. Naseem M, Khurshid Z, Khan HA, Niazi F, Zohaib S, Zafar MS. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. *Saudi J Dent Res* 2016; 7:138-46.
2. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral Health Care for the Pregnant Patient. *J Can Dent Assoc* 2009; 75(1):43-8.
3. Jain K, Kaur H. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. *Singapore Med J* 2015; 56(1):537-7.
4. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O. Influence of oral health on quality of life in pregnant women. *Acta Odontol Latinoam* 2016; 29(2):186-93.
5. Corbella S, Taschieri S, Del Fabbro M, Francetti L, Weinstein R, Ferrazzi E. Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring potential association. *Quintessence Int* 2016; 47(3):193-204.
6. Krüger MS, Lang CA, Almeida LH, Bello-Corrêa FO, Romano AR, Pappen FG. Dental pain and associated factors among pregnant women: an observational study. *Matern Child Health J* 2015; 19(3):504-10.
7. Khalighinejad N, Aminoshariae A, Kulild JC, Mickel A. Apical periodontitis, a predictor variable for preeclampsia: a case-control study. *J End* 2017; 43(10):1611-4.
8. 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.
9. Liu PP, Wen W, Yu KF, Gao X, Wong MCM. Dental care-seeking and information acquisition during pregnancy: a qualitative study. *Inter J Env Res Public Health* 2019; 16(14):2621.
10. Silveira JLGC, Abraham MW, Fernandes CH. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento. *Rev APS* 2016; 19(4):568-74.
11. Vieira DR, Oliveira AE, Lopes FF, Maia MF. Dentists' knowledge of oral health during pregnancy: a review of the last 10 years' publications. *Comm Dent Health* 2015; 32(2):77-82.
12. Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moyses SJ, Baldani MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(8):e00130817.
13. Elias RCF, Nogueira PM, Vasconcelos M, Zina LG. Tratamento odontológico durante a gestação: conhecimentos e percepções de estudantes de Odontologia. *Rev ABENO* 2018; 18(3):114-26.
14. Figueiredo CSA, Rosalem CGC, Cantanhede ALC, Thomaz EBAF, Cruz MCFN. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res* 2017; 43(1):16-22.
15. Romano AR, Krüger MSM, Hartwig AD, Oliveira TTV, Pappen FG. Atenção Odontológica Materno-Infantil: 20 anos realizando pré-natal odontológico e efetivando a atenção nos mil dia da criança. p.588-605. In: Michelon FF, Bandeira AR. A Extensão Universitária nos 50 Anos da Universidade Federal de Pelotas. Disponível em URL: <http://guaiaca.ufpel.edu.br:8080/handle/prefix/5671>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p.73. Disponível em URL: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.
17. Rocha JS, Arima LY, Werneck RI, Moyses SJ, Baldani MH. Determinants of dental care attendance during pregnancy: a systematic review. *Caries Res* 2018; 52(1-2):139-52.
18. Kobylínska A, Sochacki-Wójcicka N, Dacyna N, Trzaska M, Zawadzka A, Gozdowski D, et al. The role of the gynaecologist in the promotion and maintenance of oral health during pregnancy. *Ginekol Polska* 2018; 89(3):120-4.
19. Bastiani C, Cota ALS, Provenzano MGA, Fracasso MDLC, Honório HM, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol Clín-Cient* 2010; 9(2):155-60.
20. Müller LF, Cantarelli FC, Azevedo MS, Romano AR. Desmistificando o atendimento a gestante: condutas no pré-natal odontológico. VII CEC-UFPel, 2020:72-5. Disponível em URL: <https://wp.ufpel.edu.br/congressoextensao/files/2020/12/Tema-3.pdf>.

21. Ekstrand KR, Martignon S, Ricketts DJ, Qvist V. Detection and activity assessment of primary coronal caries lesions: a methodologic study. *Oper Dent* 2008; 32:225-35.
22. Abbott P. Are dental radiographs safe? *Aust Dent J* 2000; 45(3):208-13.
23. Kellaranta A, Ekholm M, Toroi P, Kortensniemi M. Radiation exposure to foetus and breasts from dental X-ray examinations: effect of lead shields. *Dentomaxillofacial Radiol* 2016; 45(1):20150095.
24. Hagai A, Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy A. Pregnancy outcome after in utero exposure to local anesthetics as part of dental treatment: a prospective comparative cohort study. *JADA* 2015; 146(8):572-80.
25. Mendia J, Cuddy MA, Moore PA. Drug therapy for the pregnant dental patient. *Compendium Educ Dent* 2012; 33(8):568-70.
26. Flynn TR, Susarla SM. Cirurgia oral e maxilofacial para a paciente grávida. *Clin Cir Oral Maxilofacial Am Norte* 2007; 19(2):207-21.
27. Araújo LP, Xavier SR, Hartwig AD, Azevedo MS, Pappen FG, Romano AR. Tratamento endodôntico na Gestação: Série de casos e revisão da literatura. *RGO* 2021 (no prelo).
28. Berkowitz RJ. Mutans streptococci: acquisition and transmission. *Pediatr Dent* 2006; 28(2):106-9.
29. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *Reference Manual Oral Health Policies*, 2020; 79-81.
30. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet* 2020; 395(10226):760-2.
31. Wagle M, D'antonio F, Reierth E, Basnet P, Trovik TA, Orsini, G, et al. Dental caries and preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018; 8(3):e018556.
32. Ruiz LF, Uffermann G, Vargas-Ferreira F, Bavaresco C S, Neves M, de Moura F R. Use of Dental Care Among Pregnant Women in the Brazilian Unified Health System. *Oral health & Prevent Dent* 2019; 17(1):25-31.
33. Ouanounou A, Haas DA. Drug therapy during pregnancy: implications for dental practice. *Br Dent J* 2016; 220(8):413-7.
34. Rigo L, Dalazen J, Garbin RR. Impact of dental orientation given to mothers during pregnancy on oral health of their children. *Einstein* 2016; 14(2):219-25.
35. Garbin HBDR, Guilam MCR, Pereira Neto AF. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. *Rev Saúde Coletiva* 2012; 22(1):347-63.
36. Pomini MC, Galvan J, Dias GF, Gouvêa NSD, Alves FBT. Prevalência de cárie em bebês e sua relação com o conhecimento e hábitos das mães. *Arq Odontol* 2018; 54:1-9.

Endereço para correspondência:

Marcos Vinicius Pegoraro
Rua Prof. Dr. Araújo, 538
CEP: 96020-360 – Pelotas, RS, Brasil
E-mail: pegoraretomarcos@hotmail.com

Recebido:10/01/2021. Aceito: 01/02/2021.