

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO
INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTÃO E MARKETING
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

FELIPE MENDES QUEIROZ

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PUÉRPERAS SOBRE OS CUIDADOS
BUCAIS DO BEBÊ: ESTUDO TRANSVERSAL EM MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE-PE**

Recife

2023

FELIPE MENDES QUEIROZ

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PUÉRPERAS SOBRE OS CUIDADOS
BUCAIS DO BEBÊ: ESTUDO TRANSVERSAL EM MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE-PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia, do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião- Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Eudes Nóbrega de Araújo.

Coorientadora: Profa. Dra. Nathalia de Miranda Ladewig

Recife

2023

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

Q3p

Queiroz, Felipe Mendes.

Percepção de gestantes e puérperas sobre os cuidados bucais do
bebê: estudo transversal em maternidade de referência da cidade do
Recife-PE / Felipe Mendes Queiroz - Recife: O Autor, 2023.

45 p.

Orientador(a): Dr. Eduardo Eudes Nóbrega de Araújo.

Coorientador(a): Dra. Nathalia de Miranda Ladewig.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Odontologia, 2023.

Inclui Referências.

1. Gestantes. 2. Saúde bucal. 3. Crianças. I. Centro Universitário
Brasileiro. - UNIBRA. II. Título.

CDU: 616.314

A minha mãe, Cleide Queiroz (*in memoriam*) e minha avó, Maria José. A primeira, por ter passado a vida toda lutando para garantir que eu tivesse todas as oportunidades que eu merecia.

Às duas, por todo amor, dedicação e preocupação durante toda a minha vida. Qualquer homenagem será insuficiente. Vocês sempre serão a razão para eu dar o meu melhor, em busca de retribuir tudo o que já fizeram por mim.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Embora ainda que opcional, eu não poderia deixar de finalizar este trabalho sem incluir esta seção. Muitas pessoas me ajudaram no meu trabalho de conclusão de curso, e sem elas, a conclusão de minha graduação não seria possível.

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem Ele eu não teria conseguido chegar até aqui. Obrigado, Senhor, por mais uma conquista!

À minha mãe, Cleide, por toda uma vida de trabalho, dedicação, esforço e cuidado comigo. Embora não se faça presente em vida, sem ela eu não estaria onde estou hoje e não teria alcançado essa almejada graduação. Muito obrigado por tudo, mãe, essa conquista é nossa!

À minha avó, Maria José, por todo amor, carinho e dedicação de sempre.

Ao meu pai, Willams, que apesar de toda diferença, não mediu esforços para me ajudar e contribuir para a conclusão do curso.

Obrigado aos meus familiares, primos (as), que sempre me apoiaram e desejaram sorte nesse processo. Em especial aos meus tios, Mickeliny e Kárcio que aceitaram, sem hesitar, em ser meus fiadores para que esse sonho pudesse se tornar realidade.

A Cláudio Lins, que no início, quando não parecia se tornar possível a minha inscrição no fies depois de minhas tentativas frustradas, não desistiu e me inscreveu, fazendo com que esse sonho se tornasse realidade. Você faz parte dessa história e obrigado pelo apoio durante o meu curso.

A Priscilla Araújo, Maitê Priscilla, Kelly Monte, Gabriela Arcanjo, Vyviann Christiane, Filipe Guimarães, entre tantos outros: vocês não somente não me deixaram desistir, como também sempre me mostraram que eu poderia ir além.

A todos os meus pacientes que me possibilitaram colocar em prática, com amor e paciência, os ensinamentos adquiridos ao longo do curso.

A todas as gestantes e puérperas desta pesquisa, que disponibilizaram seu tempo e permitiram que a ela se tornasse possível.

Ao Dr. Eudes Nóbrega, que além de meu professor na graduação, orientador e inspirador profissional, tenho a honra e o prazer de chamar de amigo. Ele me deu autonomia, se orgulhou e vibrou em cada conquista minha. Dividiu sonhos e dificuldades, mas também chamou a atenção quando necessário.

À minha coorientadora, Dra. Nathalia Ladewig, Rafaela Brito, que foi muito importante no desenvolvimento desse trabalho. À Dra. Kamilla Azoubel, que mesmo sem me conhecer,

teve a maior paciência e comprometimento em me ajudar.

Aos meus amigos da graduação, pelo carinho, conselhos, ensinamentos e mais gostosas gargalhadas, desde dos mais distantes aos mais próximos. Vocês fizeram e fazem toda a diferença.

A todo o corpo docente, que além de um grupo de professores muito dedicados em ensinar, cirurgiões-dentistas que colocam amor em cada ato e que desempenham a odontologia da forma mais humana.

À Dra. Carolina Leitão, Dr. Híttalo Rodrigues, Dra. Suzana Lira, Dra. Caroline Igrejas e Dra. Rafaela Brito, por me apresentarem a odontopediatria. Meu amor cresceu não somente pela profissão encantadora que ela é, mas principalmente pela paixão que vocês demonstraram sentir por aquilo que fazem.

Obrigado especial à minha banca, que me acompanham desde o início do curso e que demonstrou um amor enorme pela profissão que exerce. Em especial à coordenadora do meu curso, Fernanda Donida, por todo suporte e carinho comigo.

A todos os companheiros de trabalho do escritório Wagner Advogados que me ajudaram e me subsidiaram no que eu precisei para que tudo desse certo. Obrigado, “Equipe Top”!

A todos os amigos que contribuíram direta ou indiretamente e me ajudaram a concretizar esse trabalho. Sem essas pessoas eu jamais teria conseguido chegar ao fim dessa jornada.

RESUMO

O conhecimento das mães e cuidadores está diretamente relacionado à condição de saúde bucal das crianças. Durante a gestação, as mulheres demonstram mais interesse em relação a sua saúde e a dos seus filhos, o que torna o período pré-natal pode um momento oportuno para a transmissão de informação sobre a saúde bucal do bebê, assunto ainda pouco esclarecido entre as mães e pouco difundido na sociedade. Diante desse contexto, o objetivo do presente estudo é avaliar o grau de conhecimento de gestantes e puérperas em relação à higiene bucal do bebê, cronologia e sintomatologia relacionada à erupção, e a utilização de bicos artificiais. Através de um estudo transversal de abordagem analítica, 74 participantes foram entrevistadas por um pesquisador treinado por meio de um questionário estruturado composto por 38 questões, divididas em 5 sessões: Identificação do Participante, Dados Sociodemográficos, Perfil Gestacional, Cuidados Buciais com o Bebê e Autocuidado Bucal Materno. A pesquisa foi desenvolvida no Centro Universitário Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) entre março e julho de 2022. Os dados foram processados com uma abordagem descritiva através da análise das frequências de respostas. Dos resultados, 36% iriam fazer uso de chupeta e mamadeira, 31% apenas chupeta. Apenas 22% das mães afirmaram ter recebido de informações sobre os cuidados bucais com o bebê durante a gestação; 24% adquiriram conhecimento através do dentista sobre os cuidados bucais do bebê; 61% relataram que iniciariam a higiene bucal do bebê desde o seu nascimento, 64% acreditam que o surgimento dos dentes decíduo se inicia entre 6-8 meses; dentre os eventos relacionados ao aparecimento dos dentes, 66% relatam febre alta; para aliviar os sintomas relacionados ao o nascimento dos dentes do bebê, 65% relatam fazer uso de mordedores. Conclui-se, portanto, um baixo nível de instrução das participantes em relação aos cuidados bucais do bebê, vez que nem todas as participantes possuem conhecimento sobre o assunto. Sugere-se que novos estudos sejam realizados na região de forma a abranger um número maior de participantes.

Palavras-chave: Gestantes. Saúde bucal. Crianças.

ABSTRACT

The knowledge of mothers and caregivers is directly related to the oral health status of children. During pregnancy, women show more interest in their health and that of their children, which makes the prenatal period an opportune moment to transmit information about the baby's oral health, a subject that is still little clarified among mothers and little disseminated in society. Given this context, the objective of the present study is to evaluate the level of knowledge of pregnant and postpartum women regarding their baby's oral hygiene, chronology and symptoms related to the eruption, and the use of artificial nipples. Through a cross-sectional study with an analytical approach, 74 participants were interviewed by a trained researcher using a structured questionnaire composed by 38 questions, divided into 5 sessions: Participant Identification, Sociodemographic Data, Gestational Profile, Baby Oral Care and Buccal Maternal Self-Care. The research was developed at the Centro Universitário Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) between March and July 2022. The data was processed with a descriptive approach through the analysis of response frequencies. From the results, 36% would use a pacifier and bottle, 31% just a pacifier. Only 22% of mothers said they had received information about oral care for their baby during pregnancy; 24% acquired knowledge about baby oral care from the dentist; 61% reported that they would start the baby's oral hygiene from birth, 72% of those interviewed stated that they would clean the edentulous baby's mouth with gauze or diaper; while 61% reported using a toothbrush and toothpaste to clean the baby's mouth with teeth; 64% believe that the emergence of primary teeth begins between 6-8 months; Among the events related to the appearance of teeth, 66% report a high fever; To alleviate symptoms related to the emergence of baby teeth, 65% report using teethers. Therefore, it can be concluded that the participants have a low level of education regarding baby oral care, as not all participants have knowledge on the subject. It is suggested that new studies be carried out in the region in order to cover a greater number of participants.

Keywords: Pregnant Women. Oral health. Child.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
	2.1 OBJETIVO GERAL	11
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	12
	3.1 SAÚDE DA GESTANTE	12
	3.2 PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO	13
	3.3 SAÚDE BUCAL DO BEBÊ	15
	3.4 ALEITAMENTO MATERNO	17
	3.5 CRONOLOGIA E SINTOMATOLOGIA DA ERUPÇÃO DENTÁRIA	19
	3.6 BICOS ARTIFICIAIS	20
4	METODOLOGIA	22
	4.1 DESENHO DE ESTUDO	22
	4.2 LOCAL DA PESQUISA	22
	4.3 AMOSTRA DE PARTICIPANTES	22
	4.4 ASPECTOS ÉTICOS	22
	4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	23
	4.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	23
	4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6	CONCLUSÕES	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	55
	APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA	55
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	56
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS	58
	APÊNDICE D – MATERIAL EDUCATIVO	61
	ANEXOS	62
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	62
	63
	64

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde sugere que todas as gestantes devem realizar, pelo menos, uma consulta odontológica e pré-natal na gravidez (Brasil, 2016). Idealmente, deseja-se que a gestante seja atendida pelo menos uma vez a cada trimestre da gravidez, com o objetivo de proporcionar saúde bucal à mãe e ao bebê (UNA-SUS/UFMA, 2018). A consulta do feto ainda na sua vida intrauterina é relevante e necessária (Konishi e Abreu-Lima, 2002), com impacto após o seu nascimento (Silva, 2013). Além das orientações acerca da amamentação, hábitos de sucção, alterações da boca do bebê e higiene bucal, o dentista informa e desmistifica crenças e práticas populares nessa etapa da vida. A primeira infância também tem sido apontada como um momento oportuno para se introduzir bons hábitos de saúde, e adotar padrões de comportamento que possam permanecer durante toda a vida (Napoleão *et al.*, 2018).

O conhecimento das mães e cuidadores está diretamente relacionado à saúde bucal das crianças (Lemos *et al.*, 2014; Zhong *et al.*, 2015). É importante que os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, médicos e dentistas, orientem as gestantes a fim de prevenir problemas bucais na infância (Zhong *et al.*, 2015). Durante a gestação, as mulheres podem demonstrar mais interesse em relação a sua saúde e a dos seus filhos. E, o período pré-natal pode ser um momento oportuno para a transmissão de informação sobre a saúde bucal do bebê, já que este assunto ainda é pouco difundido na sociedade (Mendes de Melo *et al.*, 2007).

Estudos anteriores sobre o tema apontam que menos da metade das mães recebem informações sobre a saúde bucal do seu filho durante a gestação, sendo o pediatra (Cruz *et al.*, 2004) ou a mídia (Gurarienti *et al.*, 2009) a principal fonte de informação. Além disso, os estudos destacam principalmente questões relacionadas ao conhecimento sobre a cárie dentária (Rigo *et al.*, 2006; Gurarienti *et al.*, 2009; Marin *et al.*, 2013; Napoleão *et al.*, 2018), higiene bucal do bebê (Cruz *et al.*, 2004; Politano *et al.*, 2004; Rigo *et al.*, 2006; Hanna *et al.*, 2007; Pizi *et al.*, 2009; Souza *et al.*, 201; Napoleão *et al.*, 2018; Florêncio *et al.*, 2022) e cronologia de erupção dentária (Marin *et al.*, 2013; Napoleão *et al.*, 2018). Poucos estudos enfatizaram o conhecimento das mães sobre a amamentação e uso de bicos artificiais (Pizi *et al.*, 2009; Marin *et al.*, 2013). E, nenhum estudo analisado por esta pesquisa, investigou informações acerca do conhecimento materno sobre sintomatologia de erupção dentária, descrição do autocuidado bucal da mãe e as práticas de cuidados bucais com o bebê.

Faz-se necessário descrever o grau de conhecimento das gestantes sobre os cuidados em relação à saúde bucal do bebê. Uma vez que, os hábitos adquiridos pelas crianças podem estar relacionados com as práticas das mães, e ao nível de conhecimento delas sobre o tema. Além

disso, identificar possíveis práticas de cuidados bucais com o bebê, pode auxiliar no direcionamento de orientações e programas voltados para a promoção de saúde pública materno-infantil. Assim, o objetivo do presente estudo é avaliar o grau de conhecimento de gestantes e puérperas em relação à higiene bucal do bebê, cronologia e sintomatologia relacionada à erupção, e a utilização de bicos artificiais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de conhecimento de gestantes e puérperas em relação à higiene bucal do bebê, cronologia e sintomatologia de erupção, e a utilização de bicos artificiais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico das gestantes e puérperas;
- Relatar o perfil gestacional e de autocuidado bucal das gestantes e puérperas;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SAÚDE DA GESTANTE

De acordo com a Organização Mundial da saúde (OMS), no ano de 2017, aproximadamente 1.000 mulheres morrem por dia em consequência de complicações na gestação e parto. Nesse sentido, um dos objetivos do pré-natal é a identificação de gestações de médio e alto risco, para que a mulher tenha uma gravidez e parto saudáveis, com o acompanhamento, monitoramento e eventual tratamento recomendado para o caso. Nos países em desenvolvimento, as mulheres têm 25 vezes maior probabilidade de morrer por causas relacionadas à gravidez. E, segundo dados de 2019 aproximadamente 10% dos nascimentos em todo mundo são prematuros, e 30% resulta em morte do bebê (OMS, 2019). Nesse contexto, a temática é importante não só no que diz respeito à saúde da gestante, como também à saúde da criança.

A gestação é capaz de trazer diferentes alterações no corpo da mulher, podendo ser: sistêmicas, fisiológicas, cardiovasculares, hematológicas, endócrinas, respiratórias, gastrointestinais, entre outras que prepararam a gestante para o parto e amamentação (Soma-Pillay *et al.*, 2016). Também podem ocorrer alterações musculoesqueléticas (Cakmak *et al.*, 2015), dermatológicas (Tyler, 2015) e psicológicas (Bjelica *et al.*, 2018).

Em relação à saúde bucal, a atenção deve ser redobrada devido as mudanças hormonais, tendo em vista que as gestantes são mais propensas a desenvolverem alterações gengivais e periodontais (Figuro-Ruiz *et al.*, 2006). Outras manifestações bucais que podem ocorrer na gravidez incluem: erosão ácida, xerostomia, sialorreia e de imunocomprometimento (Newman, 2016). Em razão disso, Taniguchi-Tabata *et al.*, (2020) sugerem que o tratamento odontológico deve ocorrer antes mesmo da concepção. E, a saúde materna deve ser monitorada através de acompanhamento durante a gestação (Newman, 2016).

Por se tratar de uma experiência intensa com influência tanto na dinâmica psíquica quanto as demais relações sociais da mulher, torna-se um período oportuno para que os profissionais de saúde façam orientações e direcionamentos para a obtenção de um estilo de vida saudável (Piccinini *et al.*, 2008).

Por muito tempo fatores como: parto prematuro, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, restrição do crescimento fetal foram associados com a exposição materna à periodontite (Xiong *et al.*, 2006).

No que diz respeito ao nascimento prematuro, idade gestacional e pré-eclâmpsia não foi observada diferença significativa entre as gestantes e a realização do tratamento periodontal. Não está claro se há diferença nos resultados da mortalidade perinatal, tampouco se houve efeitos adversos da terapia ou na mortalidade materna. Contudo, Lhezor-Ejiofor *et al.*, (2017), embora apontem que são necessários mais estudos (Rangel *et al.*, 2018), verificaram que não há evidências suficientes para afirmar que há redução significativa do baixo peso ao nascer, após o tratamento periodontal. Embora haja controvérsias, é sempre salutar que os dentistas recomendem o tratamento periodontal para as gestantes, pois a terapia periodontal é segura para mãe e para o bebê, melhora a saúde periodontal, e, portanto, melhora a saúde geral, como afirmam Bobestsis *et al.*, (2020).

Dentro dessa temática, Pereira (1997) enfatiza a necessidade do pré-natal odontológico tanto para mãe quanto para o bebê, em razão de orientar e conscientizar a família sobre amamentação, hábitos de sucção, alterações bucais do bebê, higiene, além de desmistificar crenças e práticas populares que renegam os cuidados odontológicos nesta etapa da vida (Konishi; Abreu-Lima, 2002). Cuidar da saúde bucal do bebê durante a sua vida intrauterina é importantíssimo, cuidados estes que devem ser mantidos após o seu nascimento (Silva, 2013).

Neste contexto, para o correto atendimento das gestantes e puérperas é imprescindível a participação de uma equipe multidisciplinar capacitada nesse processo, incluindo o cirurgião-dentista (CD) no pré-natal (Falcone *et al.*, 2005; Oliveira; Madeira, 2011; Dias, 2014).

3.2 PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

De acordo com os dados disponíveis desde 2007, menos da metade dos nascimentos ocorridos em países de baixa e média renda foram atendidos por profissionais da saúde qualificados neste assunto. Em 2013, estima-se que mais de 40% das gestantes em todo mundo não receberam assistência pré-natal, tornando-se um problema de saúde pública mundial. Neste sentido, por mais que o Brasil venha progredindo no cuidado com as gestantes em relação ao acesso ao pré-natal, aqui, ainda há muito a ser construído, especialmente no que diz respeito ao pré-natal odontológico (Oms, 2023).

Conceitualmente, o pré-natal é um programa de atenção que inclui uma abordagem coordenada de cuidados médicos e apoio psicossocial. Idealmente, começa antes da concepção e continua durante todo o período gestacional. Em relação aos cuidados odontológicos neste período, geralmente não é referenciado e solicitado pela equipe médica e de enfermagem (Montenegro, 2010; Acog, 2022).

O pré-natal odontológico visa garantir também o bom andamento das gestações de baixo risco, e identificar de forma adequada quais pacientes têm mais chances de apresentarem evolução desfavorável, para que se possa intervir precocemente. Para a saúde bucal assim como geral, faz-se importante a identificação dos problemas e agravos bucais de forma precoce tanto para a mãe, quanto para o desenvolvimento da criança. Os cuidados bucais durante a gravidez e no período pós-parto, conhecido como período puerperal, também são de extrema importância para garantir a saúde oral das puérperas (Smith, 2023).

Durante a gestação, as mudanças hormonais podem aumentar a suscetibilidade a problemas bucais, como gengivite e cárie, tornando essencial uma atenção redobrada à saúde bucal (Anderson; Johson, 2022). A gengivite gestacional é uma condição comum que requer cuidados adequados para evitar complicações maiores (Brown; Dawis, 2021).

Crianças cujas mães realizaram pré-natal odontológico têm menor incidência de cárie (Xiao *et al.*, 2019) com a ajuda do tratamento odontológico, os fatores de risco podem ser identificados e medidas preventivas e terapêuticas podem ser promovidos a tempo (Abraham *et al.*, 2017). Importa ressaltar que, a gestante pode ser atendida em qualquer período da gestação (Bi, Enami, Luo *et al.*, 2021).

Os profissionais de saúde devem orientar as gestantes sobre a importância da higiene bucal adequada, incluindo escovação regular, uso de fio dental, e visitas periódicas ao dentista durante a gravidez (Clark *et al.*, 2021). Além disso, a educação sobre dieta equilibrada e práticas de cuidado bucal eficazes são essenciais para prevenir problemas dentários e garantir uma boa saúde bucal (Jhonson, 2023). Este cuidado deve se estender ao período pós-parto, em que as puérperas devem manter uma rotina de higiene bucal regular, para si mesmas e para o bebê (Clark *et al.*, 2021).

De acordo com Lopes *et al.*, (2018) aproximadamente 63% das gestantes no país passaram por sete ou mais consultas do pré-natal odontológico. Ainda assim, um número significativo de gestantes não consegue realizar o volume recomendado de consultas pré-natal. Também se percebe que: escolaridade; viver com o companheiro; residir nas regiões sudeste e sul; gestação tripla; ter filhos com peso normal ao nascer, são variáveis relacionadas ao maior número de consultas do pré-natal.

Horowitz; Child; Naybury (2019) apontaram que profissionais da saúde que acompanham as gestantes, com frequência não recomendam o pré-natal odontológico, nem encaminham para o cirurgião-dentista. Embora reconheçam a importância do cuidado odontológico preventivo, afirmam que não se sentem bem informados ou treinados em relação a saúde bucal das gestantes.

De acordo com Rocha (2018) pesquisas mostram que a demanda por serviços odontológicos é baixa durante a gravidez, independente do país de origem. A pesquisa sugere que: condições fisiológicas, baixa importância da saúde bucal, estigma negativo em relação à odontologia, medo, barreiras financeiras, desinformação e mitos sobre a segurança do tratamento dentário são os principais obstáculos para o atendimento. Mitos e crenças sobre saúde bucal e tratamento odontológico durante a gravidez parecem ser as barreiras mais frequentes, tanto para gestantes quanto para dentistas ou outros profissionais de saúde.

Para assegurar um pré-natal odontológico eficaz e seguro, é essencial contar com profissionais de saúde devidamente capacitados e atualizados com as diretrizes mais recentes (Smtih *et al.*, 2021). Esta abordagem contribui para a prevenção e tratamento precoce de possíveis condições bucais que possam afetar a gestação, proporcionando uma gravidez mais saudável (Johnson, 2023).

3.3 SAÚDE BUCAL DO BEBÊ

Existe um debate acerca do momento da higienização bucal do bebê, se deve começar, antes (Vilela *et al.*, 2017) ou depois do aparecimento do primeiro dente (Ministério da Saúde, 2008; Associação Brasileira de Odontopediatria - ABOPED, 2010).

Por muito tempo se estimulou a higiene da boca do bebê com o uso de gaze/fraldas após a amamentação para remover os resíduos estagnados, para manipulação oral do bebê, além de criar esses hábitos para os pais. Contudo, ao mesmo tempo que se fazia isso, remove-se as imunoglobulinas do leite que ficam estagnadas na boca do bebê, podendo levar a modificação da microbiota oral do bebê, a depender do que se use para a higiene, tais como: limpeza dos objetos (Sharma *et al.*, 2012; Jesus *et al.*, 2021; Vicente *et al.*, 2021).

Estudando-se esse pós e contra de limpar ou não a boca do bebê, chegou-se a conclusão que não há necessidade de higienizar a boca do bebê edêntulo. Quando o bebê faz uso exclusivo do leite materno, não é recomendado higienizar nem a boca, nem a língua e nem a gengiva, porque a amamentação proporciona fatores de proteção que são benéficos para a criança. Os bebês edêntulos submetidos à limpeza da cavidade oral são mais propensos à colonização por *Candida Spp.* em comparação aos que não fizeram a higienização (Vicente *et al.*, 2021).

A higienização bucal do bebê deve iniciar assim que o primeiro dente irromper na cavidade oral, sendo fundamental para prevenção e manutenção da saúde bucal, assim como o estabelecimento de uma dieta saudável. (Ministério da Saúde, 2015).

A escovação deve acontecer assim que os primeiros dentes decíduos erupcionarem, usando escovas e dentríficio fluoretado apropriados para a idade. A presença de flúor no dentríficio é muito importante para prevenir a cárie dentária. A higiene oral do bebê deve ser realizada da mesma maneira que a dos outros membros da família, isto é, ao acordar e antes dormir à noite, e após cada refeições (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018; Public Health England, 2017).

Para a higienização da boca do bebê, deve-se utilizar escova de dentes de cabeça pequena, arredondada e com cerdas macias e pasta de dentes com flúor (concentração de 1.000 ppm no mínimo, dependendo da idade da criança a quantidade de pasta varia, crianças de até 2 anos recomenda-se o equivalente a um grão de arroz cru, após os 2 anos aumenta-se gradativamente até que se chegue no tamanho de um grão de ervilha. Dedeiras, escovas com cerdas de silicone ou gaze não substituem a escova de dentes. Inicialmente, a frequência diária de escovação recomendada é de duas vezes ao dia e a quantidade deve se aproximar a meio grão de arroz cru. Em virtude dessas informações, é necessário buscar por acompanhamento odontológico desde essa fase (Santos, Dotto, Guedes, *et al.*, 2016).

O fio dental também deve ser incluído na higienização bucal dos bebês, a partir da erupção do dente vizinho (Tirelli, 2004). Enxaguatórios orais somente devem ser usados após os seis anos de idade, quando é menos provável que a criança irá deglutir o produto. (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018).

Bebês não devem consumir açúcar antes dos dois anos de idade, especialmente considerando que a ingestão precoce do açúcar prejudica o paladar da criança, faz com que ela comece a se tornar mais seletiva para os alimentos e preferindo alimentos ricos em açúcar e industrializados, pode acontecer de a criança apresentar a *sugar rush*, “vício em açúcar”. O açúcar ele age no sistema nervoso central e causa dependência e como se isso não fosse motivo suficiente, o açúcar é fator de risco para diversas doenças não transmissíveis crônicas como: diabetes, cárie dentária, doenças cardiovasculares. Culturalmente o açúcar na nossa sociedade está muito relacionado a afeto, mas antes dos dois anos dizer não para o açúcar é um ato de cuidado, conforme recomendado pelas diretrizes internacionais e nacionais e pela sociedade brasileira de pediatria e o consenso europeu (Filder Mis *et al.*, 2017).

As crianças devem ser orientadas e encorajadas a realizarem a higiene oral como primeira tarefa da manhã e última tarefa antes de dormir. Até que elas completem 7 anos de idade, o adulto responsável deve realizar a escovação, pois ainda não possuem destreza suficiente para realização de tal prática (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018).

3.4 ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimos dos bebês, além de ser mais facilmente digerido quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas (Brasil, 2009).

Durante os seis meses de aleitamento materno exclusivo (AME), o leite materno é o responsável por alimentar e hidratar o bebê. De acordo com a OMS (2023) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2019), o aleitamento materno até os 2 anos de vida é o mínimo, e não o máximo, recomendado.

A OMS (2023) e a UNICEF (2019) recomendam que a amamentação seja exclusiva pelos primeiros seis meses de vida e que permaneça como fonte de nutrição parcial da criança até os dois anos ou mais, ou seja, o desmame não precisa e nem deve ser incentivado a partir dessa idade. O tempo de amamentação é uma decisão compartilhada entre mãe e filho e não tem contraindicação.

De acordo com Victoria *et al.*, (2016), o aleitamento materno impacta positivamente na inteligência da criança, o aleitamento materno tem demonstrado associação consistente com um maior desempenho em testes de inteligência em crianças e adolescentes amamentados. Estudos mostram um aumento de 3 pontos aproximadamente no Quociente de Inteligência (QI).

O aleitamento materno protege contra o câncer de mama materno, a amamentação é um fator protetor contra o câncer de mama, incluindo o subtipo receptor hormonal negativo que são os mais comuns nas mulheres mais jovens e que geralmente têm um prognóstico pior do que outros subtipos de câncer de mama. Estima-se que o risco de desenvolver a doença diminua 4% a cada 12 meses de amamentação Islami *et al.*, (2015) e Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002).

Conforme Islami (2019) o aleitamento materno reduz o risco de desenvolvimento de diabetes. A amamentação apresenta benefícios a longo prazo na vida da criança, como, por exemplo, sendo um fator protetor contra a Diabetes Mellitus tipo 2. Os possíveis mecanismos que explicam essa associação é: 1- o maior número de ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa no leite materno que são incorporados nas membranas celulares e reduzem a glicemia em jejum; 2- redução do risco de obesidade infantil; e 3- crescimento e ganho de peso mais gradual do bebê.

A amamentação reduz o risco de obesidade infantil em até 25%, O aleitamento materno exclusivo por 6 meses induz diferentes respostas hormonais ao corpo da criança principalmente quando comparado às fórmulas - que levam ao maior armazenamento de gordura e ao aumento de adiposidade. Além disso, o leite materno é rico em bifidobactéria, um grupo de bactérias intestinais menos frequente no organismo de crianças com obesidade (Rito *et al.*, 2017).

A Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido ou do Lactente (SMSL) é caracterizada pela morte repentina de uma criança com menos de 12 meses sem causa aparente. O aleitamento materno tem se demonstrado fator protetor contra a SMSL e esse efeito protetor é mais forte com a amamentação exclusiva. Bebês amamentados têm limiares de excitabilidade mais baixos (respostas mais rápidas) do que aqueles alimentados com fórmula, o que pode fornecer um mecanismo de proteção contra a SMSL (Hauck FR *et al.*, 2011).

O aleitamento materno evita mortes infantis por causas preveníveis, aleitamento materno protege a criança contra infecções o que impacta na redução da morte infantil. É estimado que o aleitamento materno possa evitar 13% das mortes por causas preveníveis em crianças menores de 5 anos em todo o mundo. São cerca de 6 milhões de vidas de crianças salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva (Jones *et al.*, 2003).

No que se refere ao sistema estomatognático, a amamentação diminui o risco de maloclusões em até 66%. A dinâmica muscular exigida para que o bebê extraia o leite das mamas maternas é um importante estímulo para o desenvolvimento esquelético e muscular da face. Bebês amamentados apresentam 66% menor risco de maloclusões do que aqueles nunca amamentados. E os que amamentam por tempo prolongado apresentam 60% menos risco do que aqueles expostos ao aleitamento por tempo mais curto independentemente do tipo de oclusopatia, conforme Peres (2015).

O aleitamento materno não causa cárie, O leite materno é um fator protetor contra a doença cárie no primeiro ano de vida do bebê. Após essa idade, não há evidências científicas do seu efeito protetor nem de riscos adicionais para o desenvolvimento da doença cárie quando o mesmo é avaliado como fator isolado, Avila WM *et al.*, (2015) e Tham R *et al.*, (2015).

O Aleitamento materno contribui com o vínculo entre a mãe e o bebê, para a construção emocional, cognitiva, defesa fisiológicas, indo além da alimentação. A promoção do desmame precoce põe em risco todo esse desenvolvimento da criança, podendo causar problemas de confiança, insegurança e comunicação (Brasil, 2015).

3.5 CRONOLOGIA E SINTOMATOLOGIA DA ERUPÇÃO DENTÁRIA

A dentição do bebê começa a se formar durante a gestação (Abraham *et al.*, 2017). Dentes nascendo podem causar irritabilidade no bebê, gengiva edemaciada, aumento da frequência de mãos e objetos na boca, maior número de despertares à noite, alteração no padrão de amamentação e até mesmo mordidas na mama materna (Azevedo *et al.*, 2020). Para aliviar os sintomas dessa fase, deve-se oferecer mordedores com diferentes texturas e temperatura e/ou picolé de leite materno ou frutas (para os maiores de 6 meses) Barbosa *et al.*, 2020. Deve-se evitar medicamentos tópicos, como por exemplo, géis anestésicos, uma vez que apresentam elevado risco de intoxicação (FDA,2014).

Embora faça parte do desenvolvimento infantil normal, a relação entre a erupção dos dentes decíduos e a saúde geral das crianças ainda é controversa (Honig, 1975; Gibbons; Hebdon, 1991, Dally, Romero-maroto; Saéz-gómez, 2009, Owais, Zawaideh, Bataineh, 2010. Zakirulla; Allahbaksh, 2011).

No estudo de Faraco-Junior *et al.*, (2008) onde foram realizadas entrevistas com pediatras, dos médicos pediatras entrevistados, 76% acreditam que o processo de erupção dentária pode, ocasionalmente, estar associado às manifestações sistêmicas e/ou locais, enquanto que 24% acreditam não existir relação entre o processo de erupção e qualquer manifestação que possa eventualmente acontecer. Do total entrevistados, 35% prescrevem apenas medicamentos de uso interno, 23% prescrevem medicamento de uso interno e dão orientações aos responsáveis, 6% prescrevem medicamentos de ação tópica, 6% dão orientações para os pais e encaminham para o cirurgião-dentista e 30% não adotam nenhuma conduta frente às manifestações que possa ocorrer durante o processo de erupção dentária. Entende-se assim, que os diferentes profissionais da área da saúde devem trabalhar juntos no cuidado do paciente.

Sabe-se que os sintomas associados à dentição em bebês são geralmente de auto-resolução. Portanto, embora os sintomas sejam uma grande preocupação para os pais, muitas vezes são subdiagnosticados pelos profissionais médicos. Esta condição é confirmada pelo uso extensivo de anestésicos locais e gerais e anti-inflamatórios (Di Pierro *et al.*, 2022).

Em 2011, a Agência Governamental Americana do Departamento de Saúde, FDA (US-Food and Drug Administration) advertiu que o uso tópico de géis de benzocaína para a erupção dos dentes decíduos tem o potencial de causar metahemoglobinemia. Em 2014, a FDA recomendou o não uso de solução oral de lidocaína por crianças pequenas devido ao risco de deglutição acidental. Essa prática pode resultar em convulsões, lesão cerebral e problemas

cardíacos (FDA, 2014).

Um dos sintomas mais relatados pelos pais é a irritabilidade, que pode estar acompanhada de quadros febris. Isso pode ser explicado porque durante a erupção, ocorre uma forte pressão nos tecidos fibrosos gengivais, causando dor, coceiras e lesões, o que pode levar a inflamação e estado febril (Azevedo *et al.*, 2020). Sintomas locais: inflamação, dor, sensibilidade à palpação da gengiva, hiperemia, edema da mucosa, cistos de erupção e úlceras (Amarsena, 2015; Silva, 2018; Franzolin *et al.*, 2019).

Métodos utilizados para minimizar ou aliviar alguns dos sintomas causados: o uso de mordedores gelados; massagem digital nos rodetes gengivais; introdução de alimentação consistente (Memarpour *et al.*, 2015; Barbosa *et al.*, 2020). Muitos pais e responsáveis recorrem a tratamento farmacológicos sem prescrição médica ou odontológica. A disponibilidade de benzocaína tópica de venda livre representa um desafio para a segurança do paciente pediátrico, os pais e cuidados, podem não estar totalmente informados sobre os riscos hematológicos associados à toxicidade desses anestésicos tópicos, metahemoglobinemia, pode ser fatal e resultar em morte.

Estudo diz que, apesar de a crença ser comum, irrupção dos dentes não está relacionada à febre em bebês. Quadros como diarreia e febre alta devem ser avaliados imediatamente pelo pediatra responsável pois não estão relacionados com o nascimento dos dentes (Faraco, 2008).

3.6 BICOS ARTIFICIAIS

Outra questão que merece destaque é sobre a utilização de bicos artificiais como chupeta, mamadeira e seus impactos na vida do bebê (Schimid, 2018). Os cuidados bucais do bebê são de extrema relevância. Hábitos bucais deletérios durante a primeira infância serão grandes obstáculos para a manutenção da saúde. Os pais constituem a primeira fonte de atenção, razão pela qual conscientizá-los das necessidades odontológicas de seus filhos assume um papel de grande importância. É recomendado realizar pré-natal odontológico para receber essas e demais informações de saúde para a gestante assim como para o bebê, de acordo com Cerqueira (2020).

Chupeta e mamadeira interferem na amamentação. Diferentemente do imaginário popular, chupeta e mamadeira não são itens obrigatórios. A dinâmica muscular mais simples exigida pelos bicos artificiais é frequentemente responsável pela confusão de bicos e confusão de fluxo que levam ao desmame precoce (Rigotti *et al.*, 2015).

O uso de bicos artificiais como chupeta e mamadeira trazem prejuízos que vão muito além dos dentes. São fatores de risco para desmame precoce e instalação de vícios orais no futuro - como compulsão alimentar e uso de cigarro (Lamounier, 2003).

A chupeta traz o risco de desmame precoce. Só esse motivo já deveria ser suficiente para um profissional de saúde não indicar a chupeta. Importa destacar que, desmame precoce é aquele que acontece antes dos dois anos. Mas a chupeta pode interferir até no Aleitamento Materno Exclusivo (AME) (Buccini *et al.*, 2016), enquanto que o dedo não traz risco de desmame precoce (Aarts, 1999).

Em contraste, a chupeta não se ajusta de forma ideal à cavidade oral do bebê e apresenta uma consistência mais rígida se comparada ao dedo. Além disso, os efeitos a longo prazo do uso da chupeta são potencialmente mais prejudiciais não só para o desenvolvimento da face assim como a dos dentes também, podem aumentar o risco de desmame precoce, perdendo todas as vantagens do aleitamento materno se isso acontecer (Aarts, 1999).

Tanto a sucção digital quanto a chupeta podem causar maloclusão, a depender da duração, intensidade e frequência de uso. Contudo, importa destacar que, o dedo é escolha da criança. A chupeta é um silenciador do adulto. O dedo é fisiológico e faz parte da auto-regulação emocional da criança, já a chupeta suprime essa auto-regulação. O dedo não permite que a criança explore o mundo durante o hábito (pois depende das mãos), a chupeta permite. Por isso a criança tira o dedo da boca para brincar, mas não tira a chupeta (Ling *et al.*, 2018).

Crianças que usavam chupeta diariamente tinha maior prevalência de sucção digital. Substituição do hábito, pode ser o dedo, e talvez as unhas (onicofagia), a gola da camisa (morder/chupar), os alimentos, mas o que temos de mais forte e comprovado cientificamente é a associação do hábito da chupeta com o uso de cigarro (Ferreira *et al.*, 2015).

Os autores supracitados ainda enfatizam que, de fato, cessar o hábito de sucção digital é desafiador. Porque necessariamente precisa-se entender o que está acontecendo por trás dos hábitos prolongados, trabalhar multidisciplinarmente, caminhar no tempo da criança e respeitar suas limitações. Por essas e tantas razões que o ideal é que a mãe realize o pré-natal odontológico e receba as orientações pelo odontopediatra, e que o bebê, antes do nascimento do primeiro dente decíduo visite um odontopediatra para receber todas as informações necessárias (Ferreira *et al.*, 2015).

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Esta pesquisa tratou-se de um estudo transversal de abordagem analítica de caráter qualitativo de dados.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Centro Universitário Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) localizada na Rua Visconde de Mamanguape, S/N – Encruzilhada, Recife – PE, 52030-01, Brasil, entre os meses de março e julho de 2022.

O CISAM é uma Unidade de Saúde de referência no Estado de Pernambuco para a gestação e parto de alto risco, com o maior número de ocorrência obstétrica, integrada à Central de Leitos do Estado de Pernambuco (CISAM, 2023).

4.3 AMOSTRA DE PARTICIPANTES

A seleção de participantes inclui mulheres no período gestacional (1 a 42 semanas de gestação) ou puerperal (até 8ª semana pós-parto) maiores de 18 anos que estejam de acordo em participar da pesquisa após leitura e consentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). As participantes foram abordadas na sala de espera dos ambulatórios da tocoginecologia ou puericultura do CISAM.

Os pacientes foram esclarecidos acerca dos riscos e benefícios relacionados à participação no estudo, bem como em relação à minimização dos riscos mediante restrição de acesso aos dados da pesquisa apenas aos pesquisadores. Ainda foram esclarecidos quanto ao armazenamento dos dados e a segurança quanto ao acesso das informações contidas no prontuário individual e no próprio TCLE.

Todos os pacientes da amostra, ou representantes legais, foram orientados a respeito dos cuidados e prevenção da saúde bucal da gestante e do bebê.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12

do Conselho Nacional de Saúde. Seu início se deu após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) cuja Carta de Anuência (Anexo 1) emitida em 06 de agosto de 2021.

Esta pesquisa também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), sob o parecer consubstanciado de número 5.560.825 (ANEXO A).

As informações coletadas neste estudo estiveram sob risco de extravio de informações e vazamento de dados, o que, normalmente, apresenta-se em pesquisas com abordagem direta a pacientes. Contudo, todos os riscos foram minimizados por meio da ocorrência da tutela dos dados apenas pelos pesquisadores responsáveis, com armazenamento de dados em arquivo pessoal e garantia da limitação de acesso aos membros do estudo.

Sob nenhuma hipótese a identificação das participantes foram reveladas mesmo na divulgação dos resultados da pesquisa. As informações fornecidas foram acessíveis apenas aos pesquisadores.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias. Uma via ficou retida com o pesquisador responsável e a outra foi entregue a participante desta pesquisa. Ressalta-se que só participaram da pesquisa, as mulheres que concordarem com o termo e assinarem ambas as vias.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão englobaram mulheres no período gestacional (1 a 42 semanas de gestação) ou puerperal (até 8ª semana pós-parto) maiores de 18 anos que estejam de acordo em participar da pesquisa, após leitura e consentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Como critério de exclusão, foram excluídos da amostra aqueles pacientes que, devido a uma condição de saúde (deficiência visual ou auditiva), que impeça a gestante de ler e/ou preencher o TCLE e/ou responder verbalmente ao questionário.

4.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de questionário estruturado (Apêndice B) por pesquisador treinado para sua leitura e aplicação (F.M.Q). O questionário é composto por 38

questões divididas em 5 sessões: Identificação do Participante, Dados Sociodemográficos, Perfil Gestacional, Cuidados Bucais com o Bebê e Autocuidado Bucal Materno com tempo estimado de aplicação em torno de 10 minutos. Após aplicação do questionário, as participantes receberam material educativo impresso com as principais orientações sobre a saúde bucal do bebê (Apêndice C).

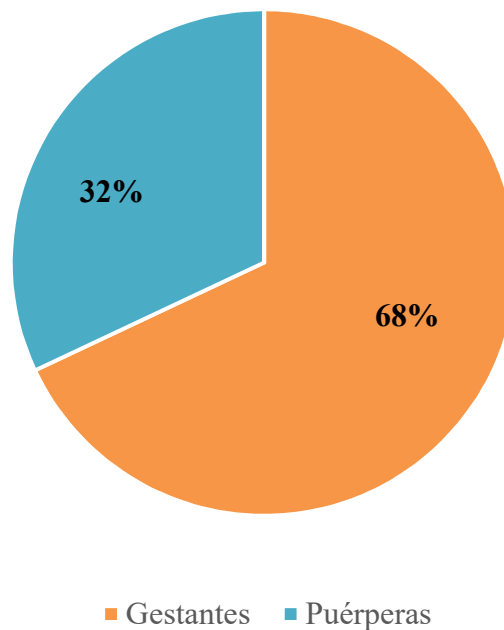
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados e quantificados em planilha de dados *do Microsoft Office Excel 365*® e analisados por meio de abordagem descritiva, através da análise das frequências de respostas, mediante inserção de dados por seleção de colunas. Após análise e tratamento dos dados, foram confeccionados gráficos com a utilização das ferramentas de inclusão gráfica *do Microsoft Office Excel 365*®.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na identificação das participantes entrevistadas, entre março até julho de 2022, 74 participantes foram incluídas nesta pesquisa, das quais 68% (n=50) eram gestantes e 32% (n=24) puérperas, com uma média de idade de 28,62 anos, variando de 19 a 41 anos de idade (amplitude de 22 anos). Este estudo difere da pesquisa realizada por Rigo *et al.*, (2016), na qual houve variação de idade entre 15 e 37 anos, com média de 26 anos, em um total de 79 mulheres avaliadas. Estudo realizado por Pizi *et al.* (2009), abordando gestantes, apresentou variação etária de 16 a 46 anos, também diferindo deste estudo.

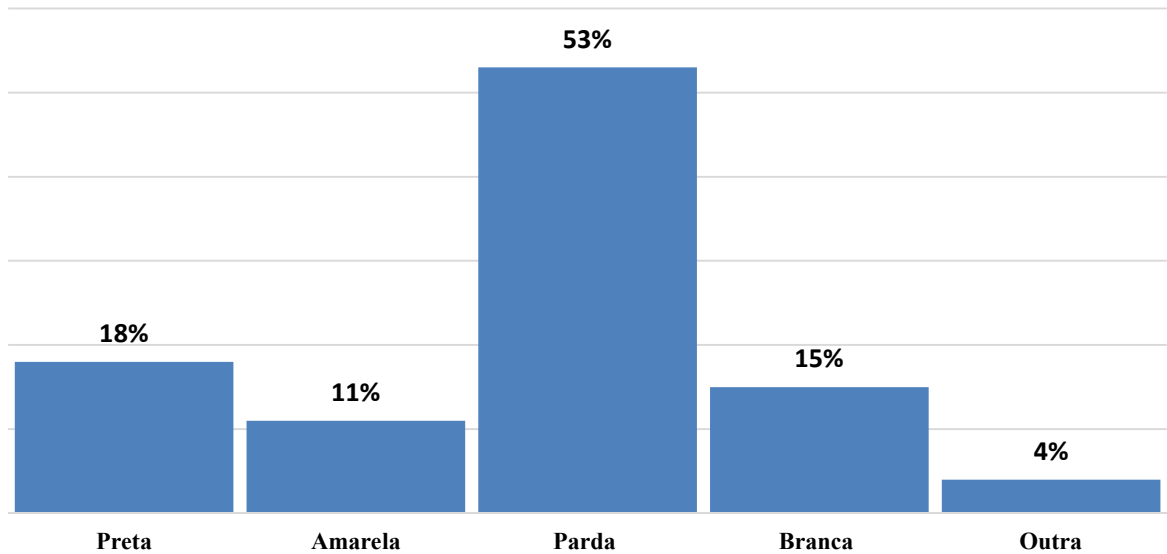
Figura 1 - Distribuição segundo identificação das participantes



Fonte: Próprio autor (2023)

Quando analisada cor/raça autodeclarada, observou-se que mais da metade da amostra 53% (n=39) corresponde a mulheres pardas; seguida de 18% (n=13) pretas, 15% (n=11) brancas, 11% (n=08) amarelas e 4% (n=03) outras.

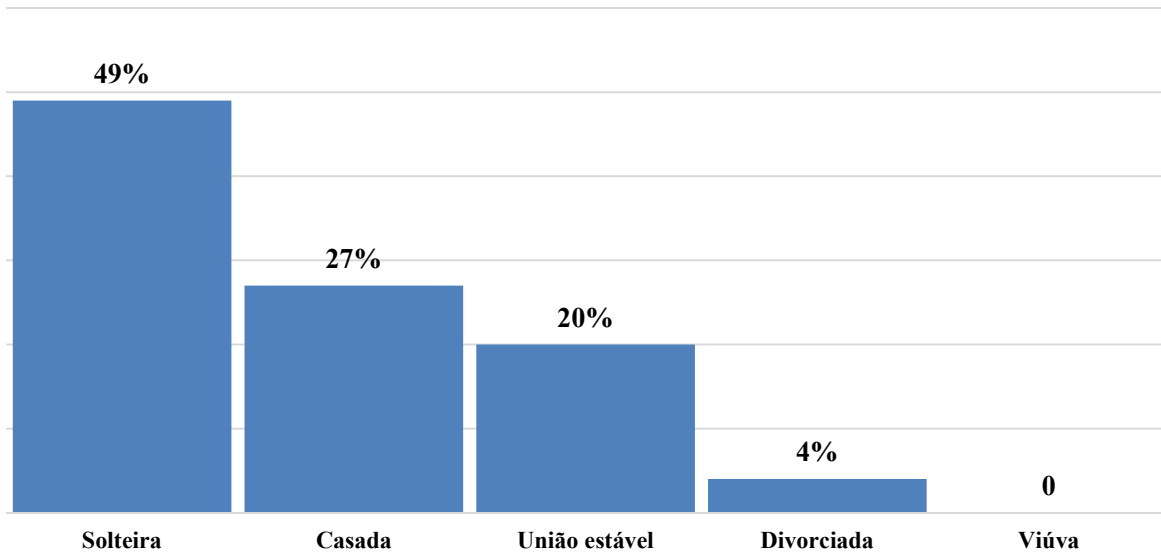
Figura 2 - Distribuição da amostra segunda a raça



Fonte: Próprio autor (2023)

Nesta pesquisa, no tocante ao estado civil, observou-se que a maioria das participantes se declararam solteiras 49%, 27% casadas, 20% em união estável, 4% divorciadas e 0% viúvas. Neste contexto, considerando a proporção de mulheres solteiras e divorciadas, pode-se analisar que 53% são mães solas. Esta é uma estatística importante a ser discutida em razão de que as gestantes ou puérpera têm menos rede apoio menor quando comparada com as mulheres que são casadas ou com união estável. Esses resultados diferem de Cruz *et al.*, (2004), onde das 80 entrevistadas, a maioria declararam que (67,5%) era casada, 25,0% relataram ser solteiras e 7,5% eram divorciadas ou viúvas. Pizi *et al.*, (2009) constataram que das 50 entrevistadas, 16% delas eram solteiras e eram 76% casadas.

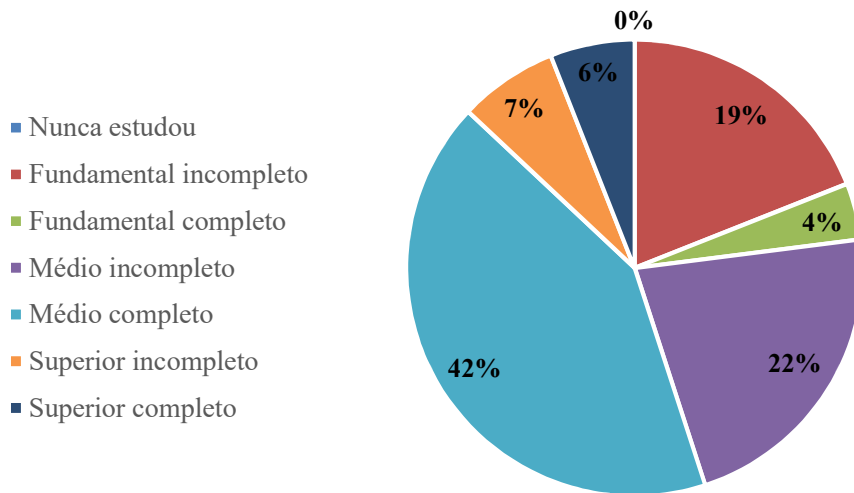
Figura 3 - Distribuição da amostra segundo estado civil



Fonte: Próprio autor (2023)

Com base nos dados sócio-demográficos, quanto ao grau de escolaridade, observou-se que 42% das participantes possuíam o ensino médio completo, 22% ensino médio incompleto, 19% ensino fundamental incompleto, 4% ensino fundamental completo. Apenas 7% das entrevistadas possuíam formação superior incompleta e 7% formação superior completa. Esses resultados diferem dos obtidos por Florêncio *et al.*, (2022) estudaram no mesmo local de estudo desta pesquisa e constataram que, das 361 puérperas, 38,8% possuíam o ensino médio completo e apenas 2,8% tinham ensino superior. Cruz *et al.*, (2004), em seu estudo com 80 mães, observou que 62,5% das participantes possuíam o ensino fundamental incompleto, 13,7% o ensino médio completo, 11,3% o ensino fundamental completo, 8,8% o ensino médio incompleto e 1,2% relataram ser analfabetas. Apenas 2,5% das mães entrevistadas possuíam formação superior. Enquanto isso, no estudo realizado Rigo *et al.*, (2006), das 79 mães entrevistadas, a maioria (39,2%) delas tinha ensino médio completo.

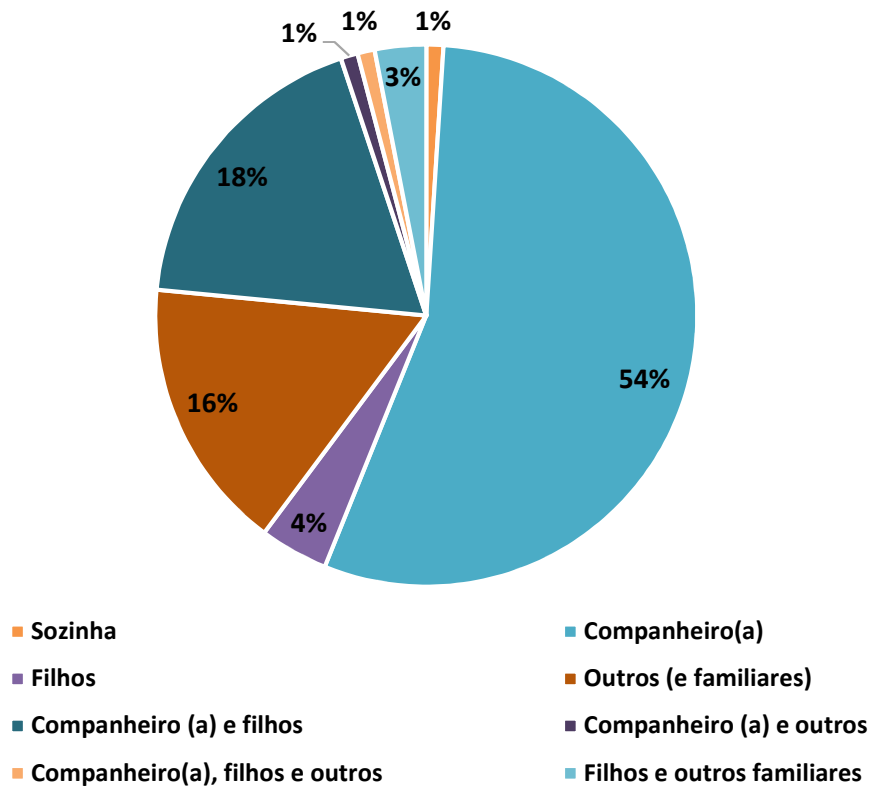
Figura 4 - Distribuição da amostra segundo grau de escolaridade



Fonte: Próprio autor (2023)

Quando indagadas com quem residem, 34% relataram residirem com companheiro (a), 18% companheiro (a) e filhos (as), 16% outros e familiares, 4% filhos (as), 3% filhos (as) e familiares, 1% mora sozinha, 1% companheiro (a) e outros e 1% companheiro (a), filhos (a).

Figura 5 - Distribuição da amostra segundo número de habitantes que residem

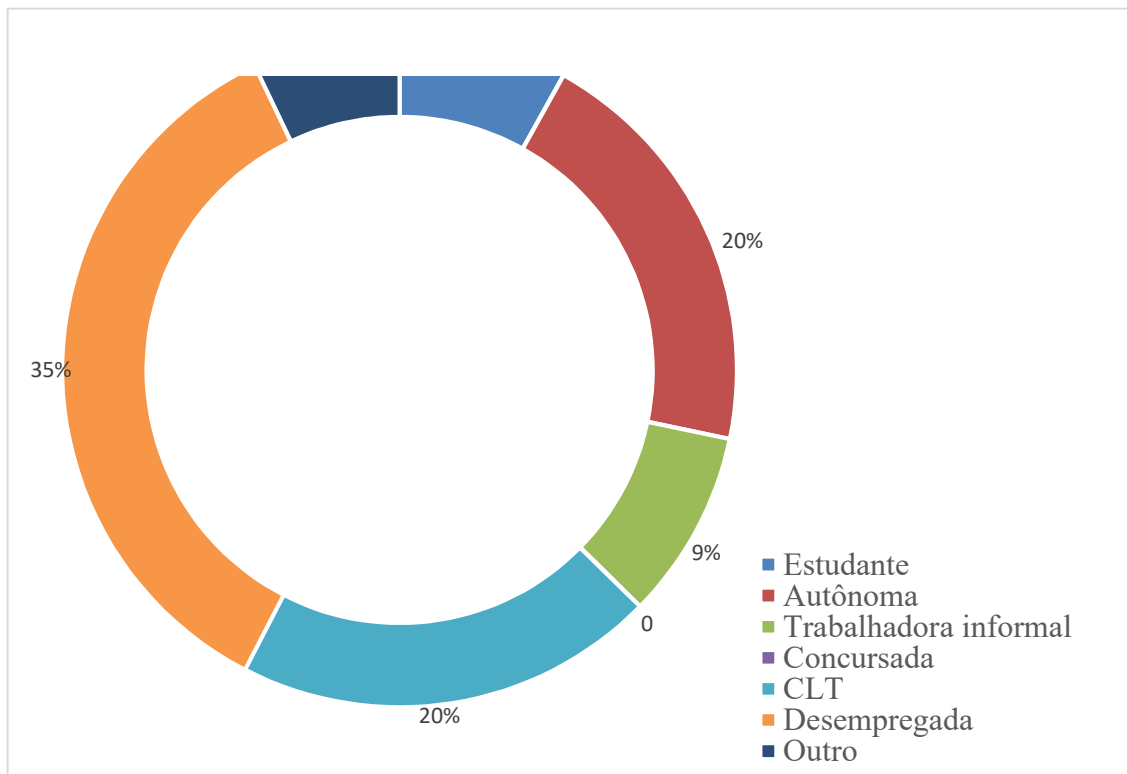


Fonte: Próprio autor (2023)

Sobre a ocupação, 35% são desempregadas, 25% trabalhadores com carteira assinada, 20% autônomas, 9% trabalhadoras informais, 8% estudantes, 7% outros e não há servidora pública. Quanto à renda, obteve-se uma média de R\$ 1.003,20, o equivalente a 0,76 salários mínimos. Esse resultado diverge do estudo de Florêncio *et al.*, (2022) estudaram no mesmo local de estudo desta pesquisa e constataram que 361 puérperas, (65,4%) tinha renda até um salário mínimo, 26,6% ganhavam de um a dois salários mínimos.

Esse estudo difere da pesquisa de Cruz *et al.*, (2004), sobre à renda familiar entre as 80 participantes, 75,0% possuíam rendimentos de até um salário mínimo, 16,3% tinham dois salários mínimos, 5,0% apresentavam renda de três salários mínimos e 3,7% das mães tinham renda de quatro ou mais salários mínimos. Politano *et al.*, (2004), analisaram a renda familiar de 42 entrevistadas, das quais 2 (4,76%) não tinham renda, 3 (7,14%) tinham até R\$180,00, 18 (42,86%) disseram possuir renda atual entre R\$180,00 e R\$540,00, 16 (38,1%) disseram receber entre R\$540,00 e R\$1080,00 e apenas 3 (7,14%) respondeu ter renda estimada entre R\$1080,00 e R\$2160,00. Nenhuma das entrevistadas possuía renda superior a R\$ 2.160,00.

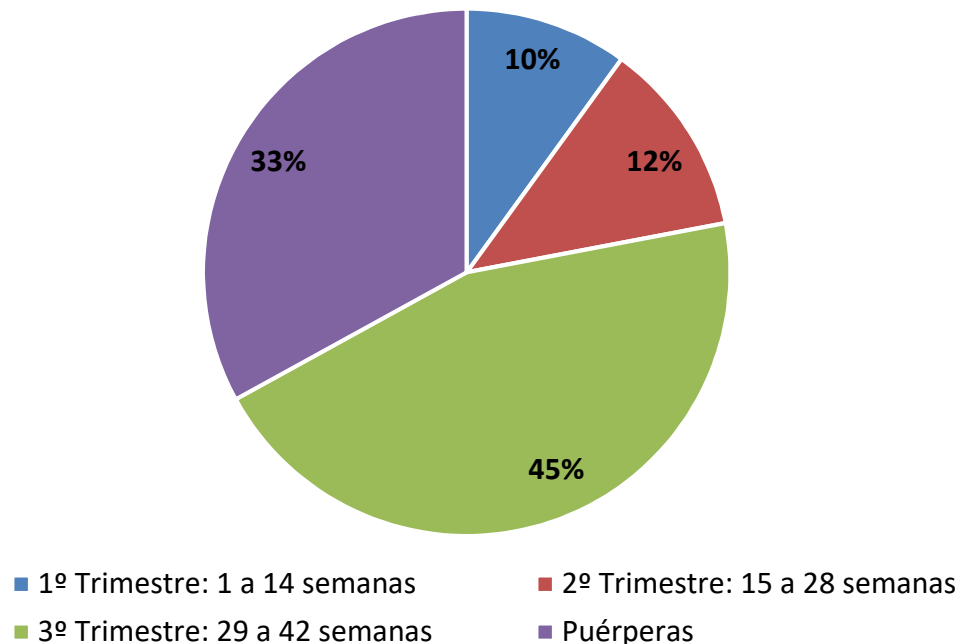
Figura 6 - Distribuição da amostra segundo ocupação



Fonte: Próprio autor (2023)

Quanto ao perfil gestacional, com base no número de gestações, obteve-se uma média de 1,76 gestações, indicando que as mulheres estavam na sua primeira ou segunda gestação. Em relação à idade gestacional, foram classificadas por trimestre, no qual, 45% estavam no terceiro trimestre (29 a 42 semanas), 12% no segundo trimestre (15 a 28 semanas), 10% encontravam-se no primeiro trimestre e 33% eram puérperas. Os resultados referentes ao número de filhos são semelhantes ao encontrado por Cruz *et al.*, (2004), onde entre as 80 participantes, 41,3% das mães tinham um único filho, 23,7% relataram ter dois filhos, 16,3%, três filhos, 12,5% tinham quatro filhos e 6,2% tinham mais de quatro filhos.

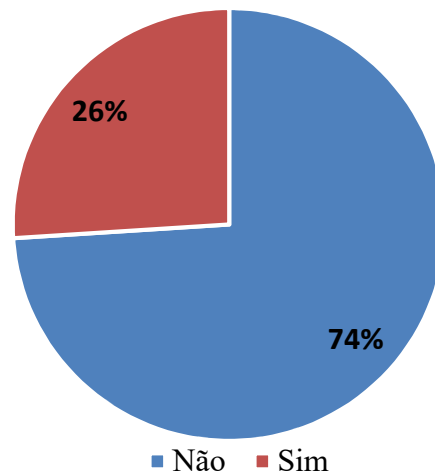
Figura 7 - Distribuição da amostra segundo trimestre gestacional



Fonte: Próprio autor (2023)

Destas, em 74% das gestações não foram planejadas e 73% foram consideradas gravidez de risco. No caso de uma gestação não planejada, existem riscos adicionais devido ao impacto emocional e às mudanças e alterações na rotina da mulher. Cantiliano *et al.*, (2009), afirmam que a ausência de planejamento familiar pode interferir na decisão sobre amamentação, no vínculo com o bebê e aumentar a probabilidade de desenvolver depressão pós-parto.

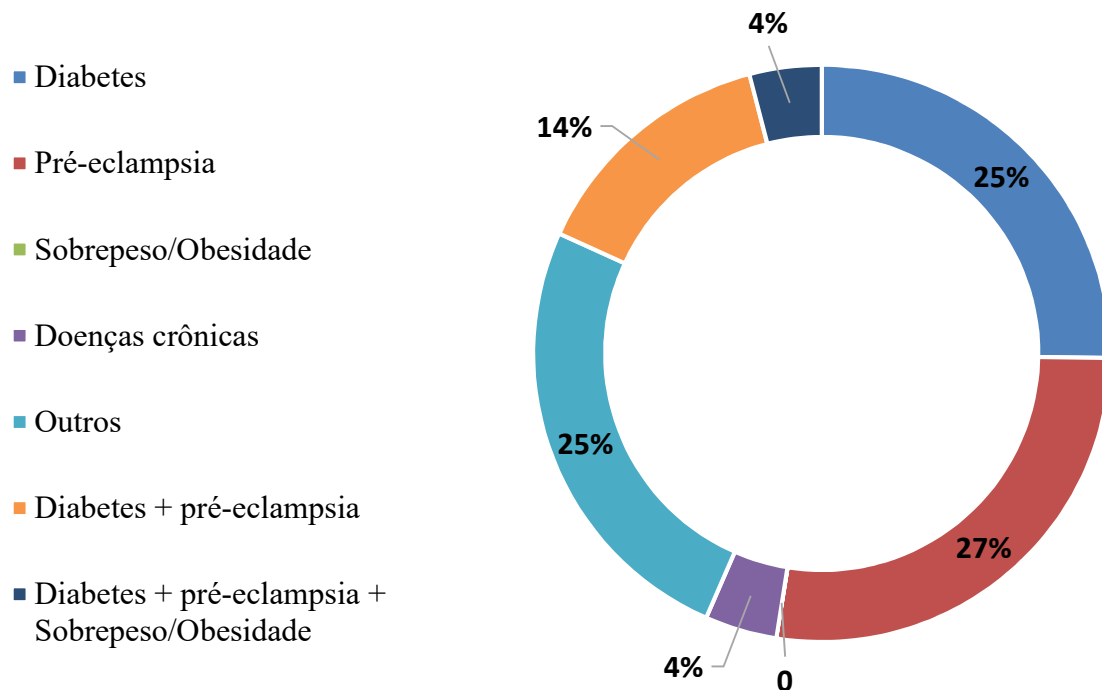
Figura 8 - Distribuição da amostra segundo planejamento da gestação



Fonte: Próprio autor (2023)

Dentre os motivos de riscos, 27% estavam associados à pré-eclâmpsia, 25% ao diabetes, 25% a outros, 14% ao diabetes e pré-eclâmpsia, 4% ao diabetes, pré-eclâmpsia, sobrepeso/Obesidade e 31% não sabia opinar se era de risco ou não.

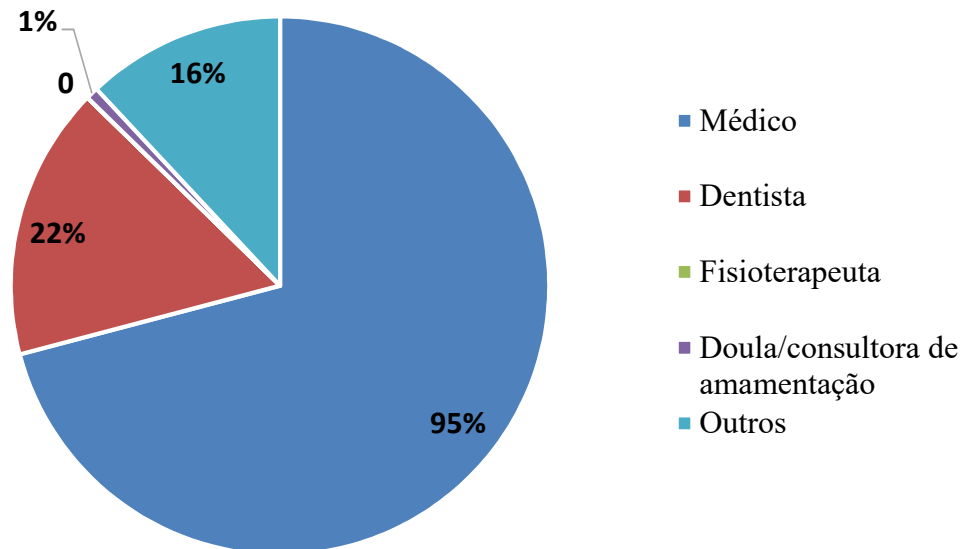
Figura 9 - Distribuição da amostra segundo motivos de riscos da gestação



Fonte: Próprio autor (2023)

Ao serem questionadas quanto aos profissionais de saúde que estavam presentes no pré-natal, 95% destacaram a presença do médico, 22% do dentista, 16% outros, 1% doula/consultora de amamentação e 0% fisioterapeuta.

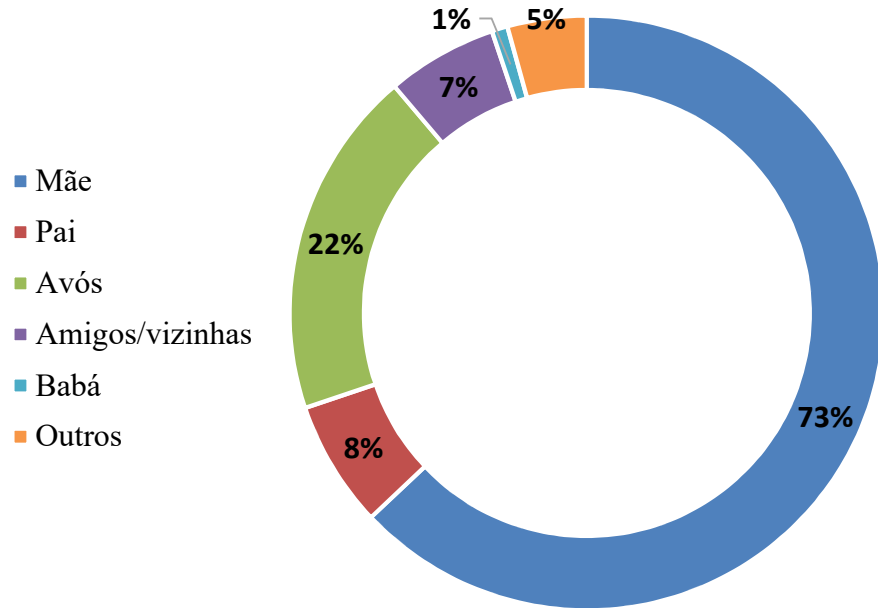
Figura 10 - Distribuição da amostra segundo profissionais presentes no pré-natal



Fonte: Próprio autor (2023)

No que diz respeito a quem cuidará do bebê, 73% informaram que seria a própria mãe, 22% avós, 8% pai, 7% amigos e vizinhos, 5% outros e 1% babá. Esses resultados confirmam os resultados do estudo de Hanna *et al.*, (2007) com 40 gestantes, na qual, 67% das gestantes amostradas disseram que cuidariam do bebê, em seguida, 28% com as avós e 5% com outros. Este resultado favorece as ações informativo-educativa voltada às mães. Assim como o papel das avós que, por muitas vezes, assumem toda a responsabilidade sobre os bebês.

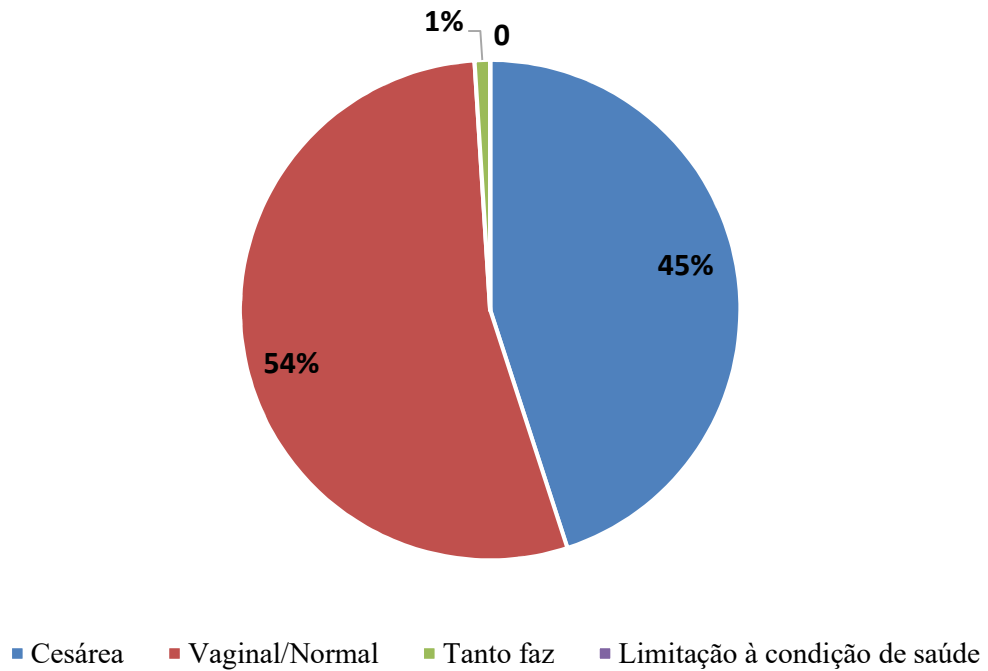
Figura 11 - Distribuição da amostra segundo quem cuidará do bebê



Fonte: Próprio autor (2023)

Quanto a via de parto desejada de cada participante, a maior parte das mulheres 54% desejam ter seu filho por parto vaginal/normal, 45% cesárea, enquanto apenas 1% não demonstraram preferência, conforme observado na figura 12. Diferentemente dos achados de Florêncio *et al.*, (2022) estudaram no mesmo local de estudo desta pesquisa, no qual 64,5% das 361 entrevistadas foram submetidas à cesariana. Esses resultados são semelhantes aos dados disponíveis pela OMS (2022), que o Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cesarianas. É importante ressaltar que esta seção se refere ao desejo pela forma pela forma de nascimento da participante, e não necessariamente ao que aconteceu conforme na pesquisa realizada por Florêncio.

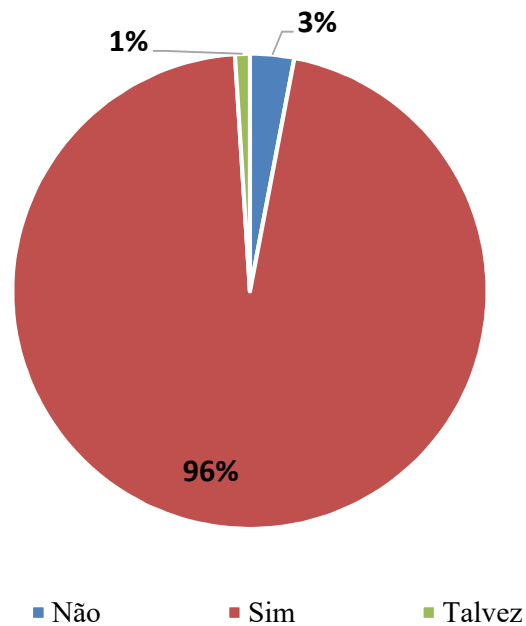
Figura 12 - Distribuição da amostra segundo via de parto desejada



Fonte: Próprio autor (2023)

Ao serem indagadas, se pretendiam amamentar, 96% afirmam que pretendem amamentar, 3% não queriam e 1% disseram que talvez. Este estudo corrobora com a pesquisa de (Rigo *et al.*, 2006), no qual 79 participantes quando questionadas sobre o tempo de aleitamento, a maioria (81%) afirmou ter amamentado o filho exclusivamente no peito até os 6 meses de idade.

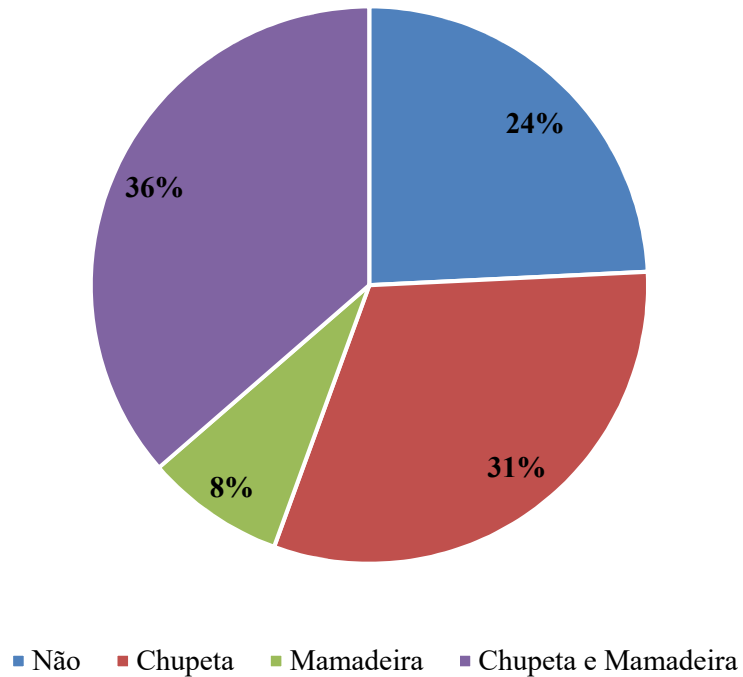
Figura 13 - Distribuição da amostra segundo pretensão de amamentar



Fonte: Próprio autor (2023)

Quanto ao uso de bicos artificiais, entre as gestantes e puérperas, observou-se que 36% iriam fazer uso de chupeta e mamadeira, 31% apenas chupeta, 24% afirmam não fazer uso de bicos artificiais e 8% apenas mamadeira. Florêncio *et al.*, (2022), em seu estudo sobre o conhecimento das mães acerca da saúde bucal materno-infantil no mesmo local de estudo desta pesquisa, observou que o uso de chupeta pelos bebês foi citado por 2,8% das mães e por 1,7% que fizeram uso de mamadeira. Este resultado é consistente com Rigo *et al.*, (2006), onde em uma amostra de 79 mulheres, todas as mulheres acreditavam que o uso da mamadeira era prejudicial aos dentes (100%). Quanto ao uso de chupeta, 65,8% acreditavam que fazia mal à dentição das crianças. Não existem bicos artificiais favoráveis, chupetas ortodônticas não previnem maloclusões (Medeiros *et al.*, 2018), o uso de chupeta e mamadeira reduz a duração do aleitamento materno exclusivo (Rigotti *et al.*, 2015), o sugar do dedo não (Arts *et al.*, 1999), o uso de chupeta e mamadeira reduz a duração do aleitamento materno exclusivo.

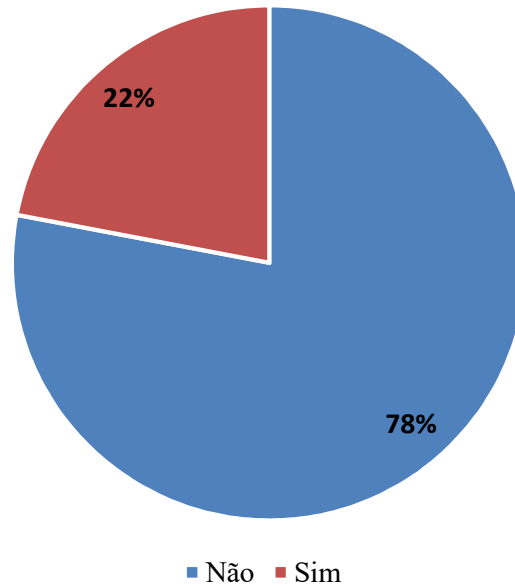
Figura 14 - Distribuição da amostra segundo utilização de bicos artificiais



Fonte: Próprio autor (2023)

Ao serem questionadas quanto ao recebimento de informações sobre os cuidados bucais com o bebê durante a gestação, apenas 22% (n=16) das mães afirmaram ter recebido essas informações. Este resultado corrobora com o estudo de Hanna *et al.* (2007), onde verificaram que das 40 gestantes da pesquisa, 48% das gestantes nunca receberam qualquer tipo de orientação. Politano *et al.* (2004) verificaram, em sua pesquisa, que 61,90% das mães nunca receberam qualquer tipo de orientação de quais os cuidados devem ser tomados com a boca do bebê e apenas 38,1% já haviam recebido orientação.

Figura 15 - Distribuição da amostra segundo recebimento de informação sobre cuidados bucais com o bebê

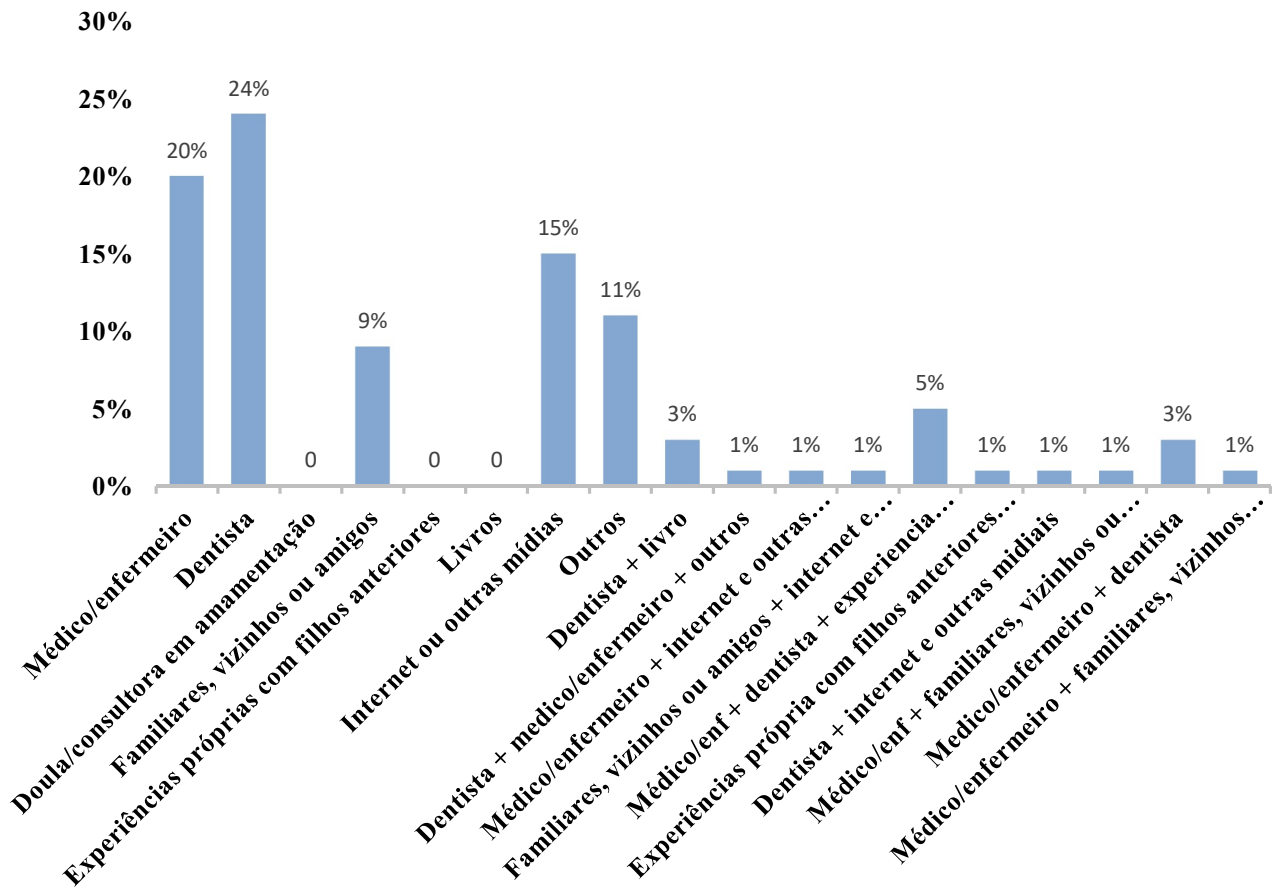


Fonte: Próprio autor (2023)

Quando perguntadas sobre quem tinha sido o agente transmissor dessas informações, 24% (n=18) relataram ser o dentista, 20% (n=15) médico/enfermeiro, 15% (n=11) adquiriram conhecimento através de internet ou outras mídias, 11% (n=08) tomaram conhecimento através de outros meios de comunicação, 9% (n=07) obtiveram informações por meio de familiares, vizinhos ou amigos, 5% (n= 04) médico /enfermeiro, dentista e experiência própria com filhos anteriores, 3% (n=02) dentista e livro, 3% (n=2) médico/enfermeiro e dentista, e 1% (n=1) para as seguintes opções: dentista + medico/enfermeiro + outros, médico/enfermeiro + internet e outras mídias, familiares, vizinhos ou amigos + internet e outras mídias, experiências própria com filhos anteriores + internet e outras mídias, dentista + internet e outras mídias, médico/enfermeiro + familiares, vizinhos ou amigos + experiência própria e médico/enfermeiro + familiares, vizinhos ou amigos.

Estes dados divergem dos encontrados por Souza *et al.* (2015) que relataram que, das 250 gestantes entrevistadas, 68 (27%) receberam informação do pediatra, 39 (16%) relataram outros provedores de informação, tais como: mãe, enfermeiras, internet, entre outros, 17 (7%) receberam informação do dentista e apenas 11 (4%) foram informados pelo ginecologista.

Figura 16 - Distribuição da amostra segundo agente transmissor de informações sobre os cuidados bucais com o bebê

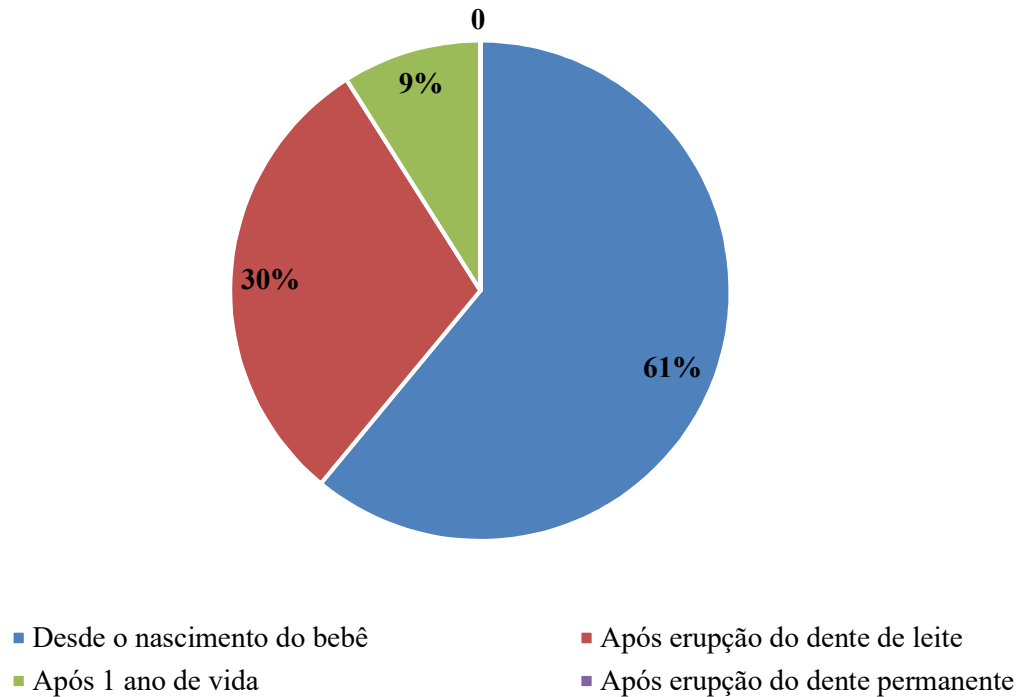


Fonte: Próprio autor (2023)

Quando questionadas sobre o momento adequado para as mães realizarem a higiene da boca do bebê, 61% (n=45) relataram que iniciariam desde o nascimento do bebê, 30% (n=22), após a erupção do primeiro dente de leite e 9% após o primeiro ano de vida. Este resultado corrobora o estudo de Souza (2015), que aponta que 80% das gestantes disseram que o momento adequado seria com o nascimento, enquanto 41 (16%) das entrevistadas disseram que é a partir da erupção dos dentes, 5 mães (2%) não sabiam dizer e 4 (2%) disseram ser mais tarde. Assim como no estudo de Cruz (2004), que corrobora que 50,8% das participantes iniciaram a higiene bucal do bebê antes da erupção do primeiro dente decíduo.

No estudo de Florêncio *et al.*, (2022), estudaram no mesmo local de estudo desta pesquisa e observaram que 52,6% das puérperas afirmaram que a limpeza da boca da bebê deveria acontecer logo após o nascimento do bebê. Essa concepção é uma realidade dentro do grupo de 40 gestantes realizado no estudo de Hanna *et al.*, (2007), visto que 92% das gestantes irão praticar algum tipo de higiene bucal em seu futuro bebê.

Figura 17 - Distribuição da amostra segundo momento adequado para as mães realizarem a higiene bucal do bebê

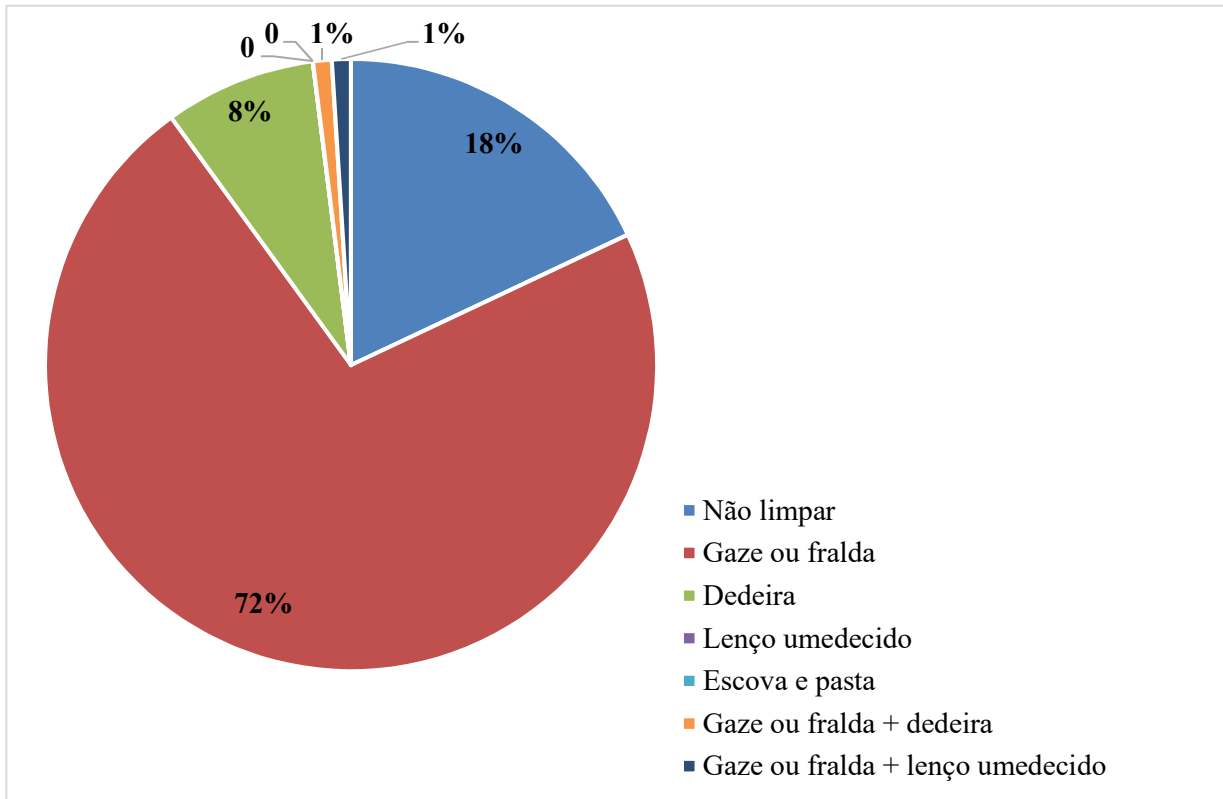


Fonte: Próprio autor (2023)

Sabe-se que o ministério da saúde (2008) recomenda não ser necessária a higienização da boca edêntula, recomendando-se a higiene bucal a partir da erupção do primeiro dente decíduo. A mesma consideração é concluída por pesquisadores da odontopediatria, a exemplo de Vicente *et al.* (2022), contudo percebe-se divergência entre essas considerações e as condutas realizadas pelas mães.

Nesta pesquisa, quando indagadas sobre a realização da higiene do bebê sem dentes, dentre os métodos utilizados, 72 (n=53) irá higienizar com gaze ou fralda, 18% (n=13) não higienizará a boca do bebê edêntula, 8% (n=06) farão uso de dedeira e 1% (n=1) fará a limpeza com mais de um item, por meio de gaze/fralda ou dedeira, ou gaze/fralda ou lenço umedecido. Este resultado corrobora o estudo de Hanna (2007), onde 58,1% (n= 25) responderam que a gaze ou fralda embebida com água seriam os métodos utilizados para a realização dessa higiene. No estudo de Zhong (2015) 67% indicaram toalhas molhadas e 23% selecionam escovas de dente como auxiliares de limpeza para os dentes de bebês.

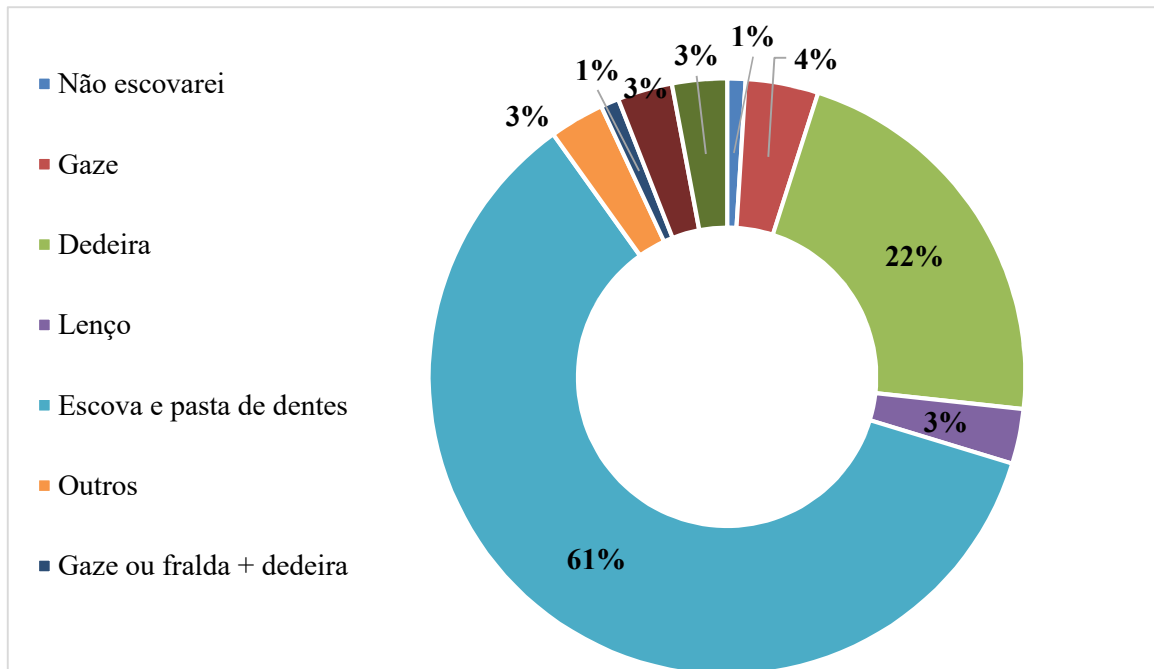
Figura 18 - Distribuição da amostra segundo higiene bucal do bebê edêntulo



Fonte: Próprio autor (2023)

Já sobre a higienização da boca do bebê com dentes decíduos, 61% (n=45) relataram fazer uso de escova e pasta de dentes, 22% (n=16) dedeira, 4% (n=03) gaze ou fralda limpa molhada em água filtrada, 3% (n=02) lenço umedecido, 3% (n=02) outros, 3% (n=02) combinação de métodos: gaze/fralda mais escova e pasta de dentes, 3% (n=02) outra junção de dedeira mais escova e pasta de dentes e 1% relataram que não higienizará. Este resultado difere do encontrado na pesquisa de Florêncio *et al.*, (2002), estudaram no mesmo local de estudo desta pesquisa e constataram 361 participantes, sobre o material que deve ser utilizado para fazer a higiene bucal no primeiro ano de vida, 63,7% citou gaze/fralda, seguido de escova (20,2%).

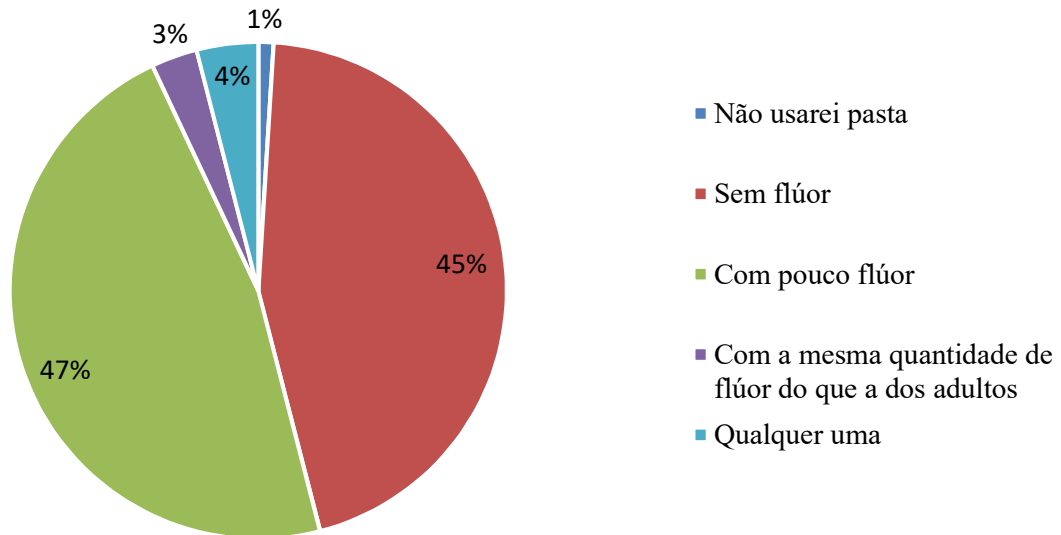
Figura 19 - Distribuição da amostra segundo higiene bucal do bebê com dentes



Fonte: Próprio autor (2023)

Apesar da necessidade de utilização de creme dental com flúor a partir de 1.000ppm em bebês a partir da erupção do primeiro dente decíduo (Davies, Ellwood, Davies, 2003), percebeu-se que, sobre a pasta utilizada para a higienização da boca do bebê, 47% das mães informaram que farão uso de creme dental com pouco flúor, 45% (n=33) realizarão a higiene sem flúor, 4% (n=3) qualquer uma, 3% (n=02) com a mesma quantidade de flúor do que a dos adultos e 1% (n=1) não utilizará pasta de dentes.

Figura 20 - Distribuição da amostra segundo pasta utilizada utilizada para a higienização da boca do bebê

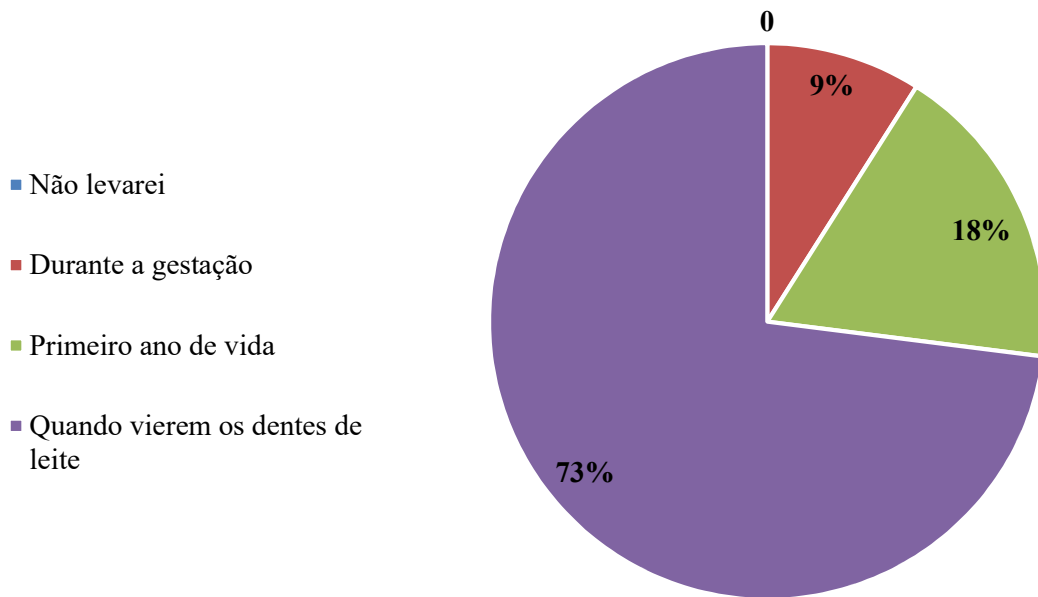


Fonte: Próprio autor (2023)

Quanto à primeira consulta do bebê com o dentista, 73% (n=54) responderam que buscarão o especialista apenas quando surgirem os dentes de leite, 18% (n=13), no primeiro ano de vida e 9% (n=07) informaram que ainda durante a gestação. Esses resultados são semelhantes aos resultados encontrados por Hanna (2007), que aponta que 57% levarão seus filhos pela primeira vez ao consultório dentário antes de completarem 1 ano. Para Souza (2015), mais da metade das entrevistadas, 205 (82%), acreditam que a primeira consulta do bebê ao dentista seria após a erupção dos dentes.

Já a minoria, correspondente a 28 entrevistadas (11%) acredita ser quando o bebê nasce, o que é, de fato, considerado por autores, como (Konishi e Abreu-Lima, 2002), que evidenciam a necessidade de busca por profissional da Odontologia a partir do nascimento. 4% (n=11) das mães entrevistadas não sabia dizer quando deveria ser realizada a primeira consulta, 2% (n=6) respondeu ser quando a criança sente dor, e uma (1%) respondeu com dois meses. Florêncio *et al.*, (2022), estudaram no mesmo local de estudo desta pesquisa observaram que a resposta mais frequente sobre a idade da primeira consulta ao dentista, foi no primeiro ano de vida (47,6%).

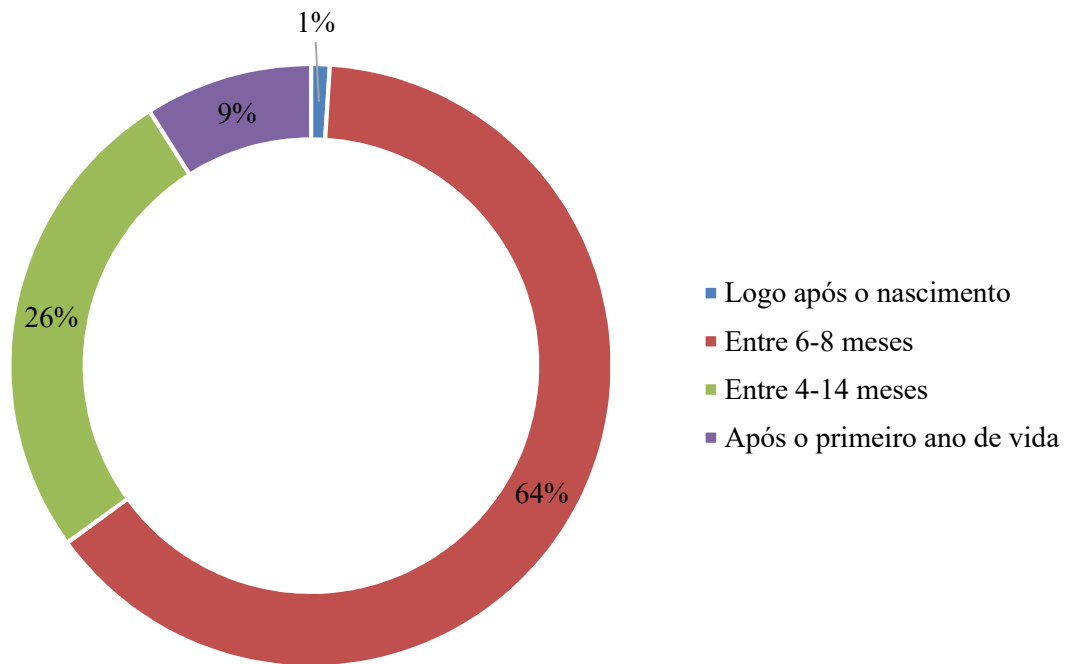
Figura 21 - Distribuição da amostra segundo primeira consulta do bebê com o dentista



Fonte: Próprio autor (2023)

Quando questionados sobre com quantos meses se espera que inicie o aparecimento dos primeiros dentes de leite do bebê, 64% (n=47) das mães responderam que seria entre 6-8 meses, 26% (n=19) entre 4-14 meses, 9% (n=7) após o primeiro ano de vida e 1% (n=1) logo após o seu nascimento. Havia muita discussão sobre 6 meses, mas atualmente há uma grande variedade em relação à erupção dentária, que, ao invés de usar uma idade específica, começou a usar um intervalo de tempo, sendo o primeiro dente esperado entre 4 e 14 meses, embora o mais comum ainda seja aos 6 meses. Contudo, assim como alguns bebês não começam a dentição com um ano de idade, alguns bebês ainda apresentam dentição aos quatro meses de idade (Politano, 2019).

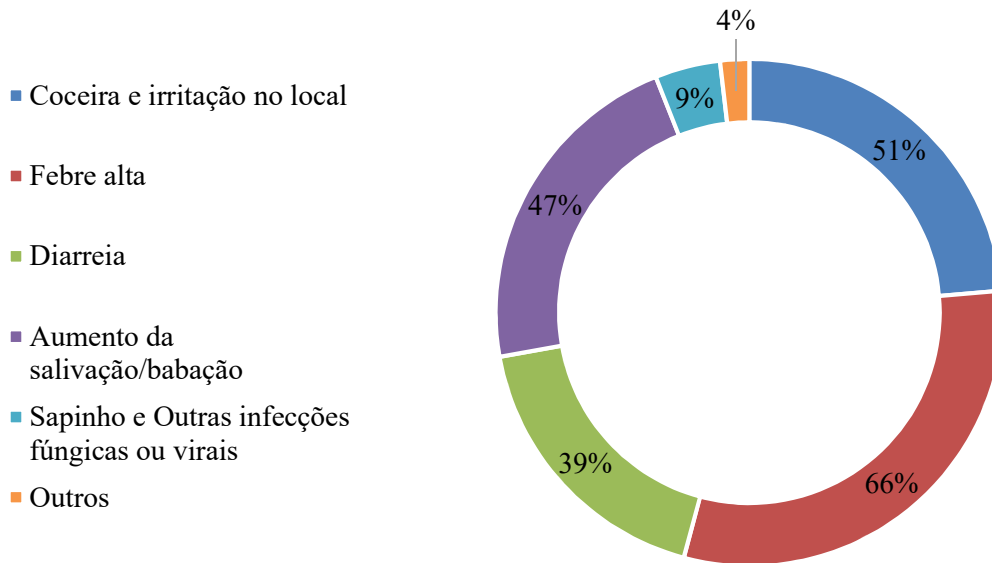
Figura 22 - Distribuição da amostra segundo aparecimento dos primeiros dentes decíduos



Fonte: Próprio autor (2023)

Em relação aos eventos que o bebê pode desenvolver devido ao nascimento dos dentes decíduos, 66% (n=49) das mães relataram febre alta, 51% (n=38) coceira e irritação no local, 47% (n=35) aumento da salivação e babação, 39% (n=29) diarreia, 9% (n=07) sapinho e outras infecções fúngicas ou virais e 4% (n=03) relataram outros eventos. Apesar da crença popular, febre alta não justifica o nascimento dos dentes, deve-se procurar um pediatra porque pode haver alguma causa subjacente. Quadros como diarreia pode acontecer, mas não é por causa da dentição, esta fase coincide justamente quando o bebê começa a introduzir objetos variados a boca, podendo acontecer desses objetos estarem contaminados provocando episódios de diarreias. O aumento de salivação também acontece nessa época, entretanto, não é por causa do nascimento dos dentes, e sim devido a fase de maturação das glândulas salivares, portanto, é comum que haja o aumento da salivação (Faraco, 2008).

Figura 23 - Distribuição da amostra segundo os eventos relacionados ao nascimento dos dentes



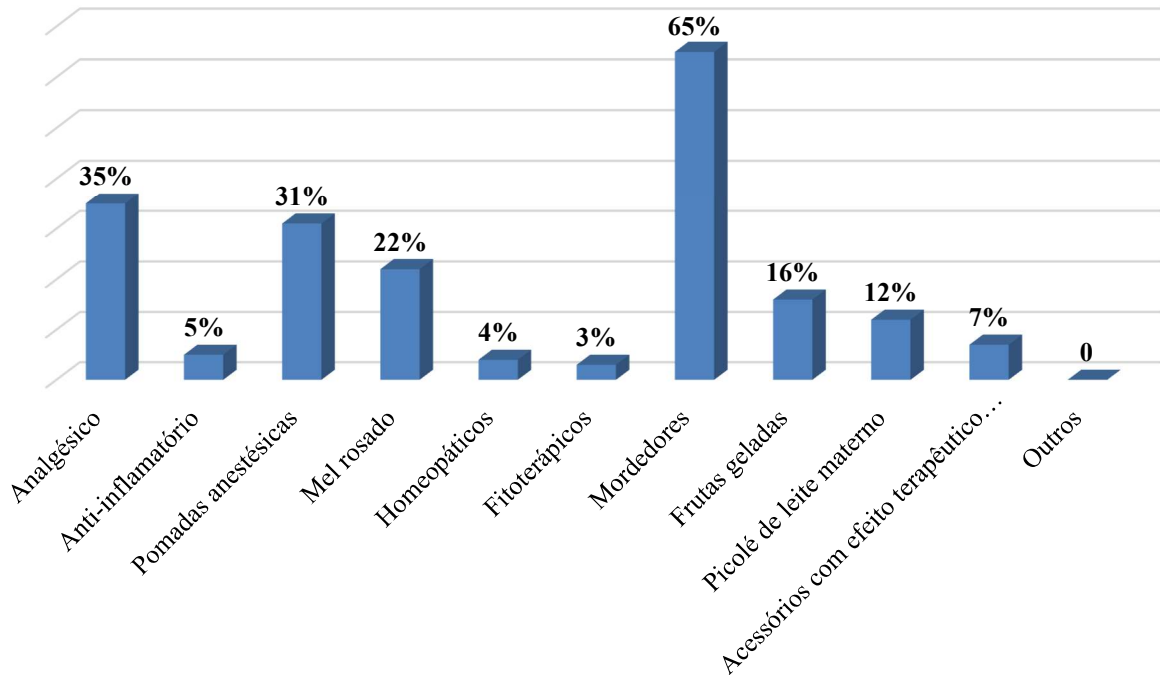
Fonte: Próprio autor (2023)

No tocante às estratégias utilizadas pelas mães para aliviar os sintomas relacionados ao nascimento dos dentes do bebê, 65% (n=48) relatam fazer uso de mordedores, 35% (n=26) analgésico, 31% (n=23) pomadas anestésicas, 22% (n=16) mel rosado, 16% (n=12) frutas geladas, 12% (n=09) picolé de leite materno, 7% (n=5) acessórios com efeito terapêutico como colar/pulseira de âmbar, 5% (n=04) uso de anti-inflamatório, 4% (n=03) homeopáticos e 3% (n=02) fitoterápicos. Mordedores, frutas geladas, picolé de leite materno são ótimas opções para minimizar ou aliviar alguns dos sintomas causados pelo nascimento dos dentes (Barbosa *et al.*, 2020).

O uso de pomadas anéstesicos são facilmente ingeridos pois escorrem pela mucosa oral e a depender da quantidade utilizada podem resultar em convulsões, lesão cerebral grave e problemas no coração, além de coma e morte por overdose (FDA, 2014). Acessórios como colar de âmbar pode causar estrangulamento (Cox *et al.*, 2017) além de não ter o efeito antiinflamatório que se considera (Nissen *et al.*, 2019). Os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos não apresentam evidências científicas que comprovem o seu benefício terapêutico.

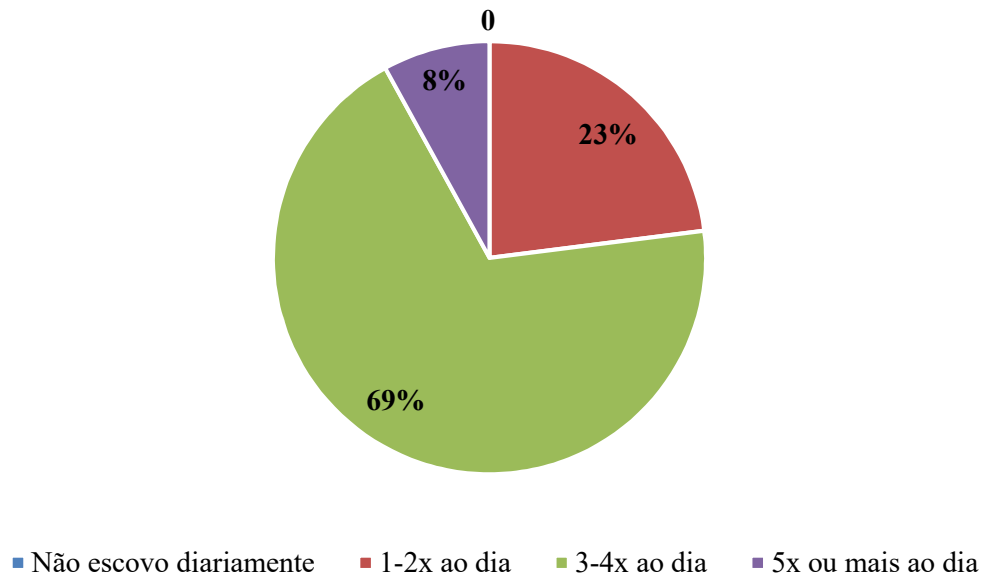
Figura 24 - Distribuição da amostra segundo estratégias utilizadas pelas mães para aliviar os sintomas relacionados ao o nascimento dos dentes do bebê

Fonte: Próprio autor (2023)



Em relação ao autocuidado bucal, à higiene bucal das gestantes e puérperas, quando indagadas se realizavam escovação diariamente, 69% (n=51) afirmam realizar a escovação de três a quatro vezes ao dia, 23% (n=17) escovam uma a duas vezes ao dia e apenas 8% (n=08) relatam escovar 5 ou mais vezes ao dia. Este resultado corrobora com os dados encontrados na pesquisa de Pizi *et al.* (2009), no qual 78% afirmava realizar a higiene bucal corretamente.

Figura 25 - Distribuição da amostra segundo higiene bucal das gestantes e puérperas

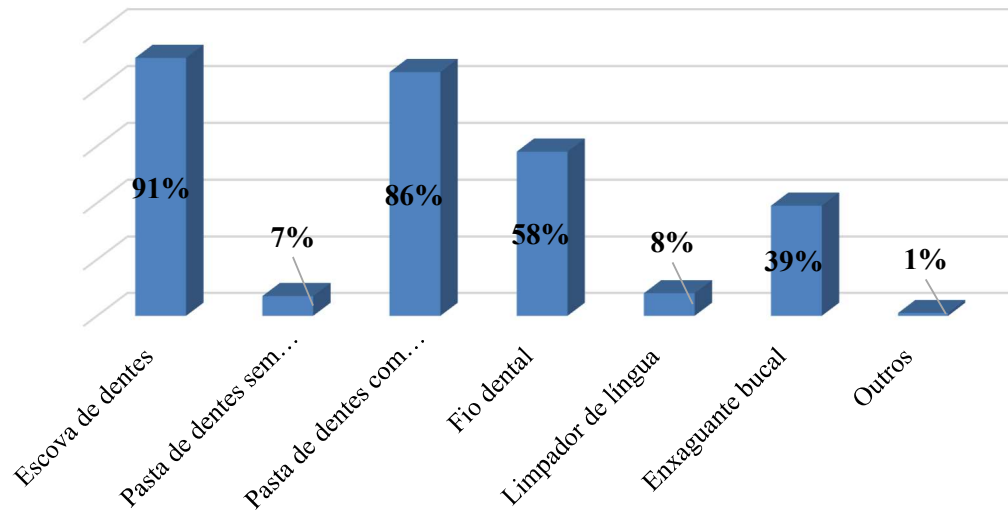


Fonte: Próprio autor (2023)

Quanto aos produtos utilizados para realização da higiene bucal desse grupo em questão, 91% (n=67) afirmam fazer uso de escova de dentes, 86% (n=64) pasta de dentes com flúor, 58% (n=43) fazem uso do fio dental, 39% (n=29) enxaguante bucal, 8% (n=06) fazem uso do limpador de língua, 7% (n=05) relataram usar pasta de dentes sem flúor e 1% (n=01) relataram usar outros tipos de produtos para realização da higiene bucal. É recomendação pela Associação Brasileira de Odontologia (2018), da FDA e da Academia Americana de Odontopediatria a utilização de dentífrico fluoretado desde o nascimento dos primeiros dentes.

Portanto, creme dental com pouco ou sem flúor não é recomendado e não tem efeito anticárie. Enxaguatório bucal é um recurso complementar de higienização bucal, porém, o seu uso está sujeito sob prescrição e orientação profissional. Os demais itens são importantes para uma boa prática de higiene bucal (Diniz *et al.*, 2014).

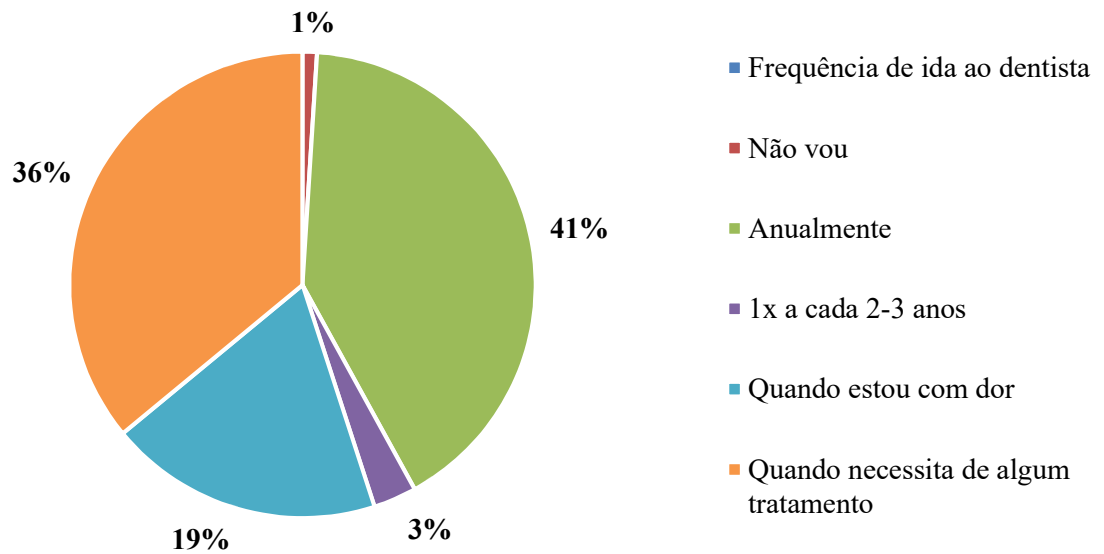
Figura 26 - Distribuição da amostra segundo produtos utilizados para realização da higiene bucal



Fonte: Próprio autor (2023)

Ao serem questionadas sobre a frequência de visitas ao dentista, 41% (n=30) das entrevistadas relatam irem anualmente, enquanto que 36% (n=27) informaram só irem quando necessitam de algum tratamento, 19% (n=14) apenas quando está com dor, 3% (n=02) 1 vez a cada 2 ou 3 anos e 1% (n=01) informaram não ser acompanhada por dentista. De acordo com Rocha (2018), mitos e crenças a respeito da saúde bucal e do tratamento odontológico durante a gravidez parecem ser os obstáculos mais frequentes em relação à visita ao dentista.

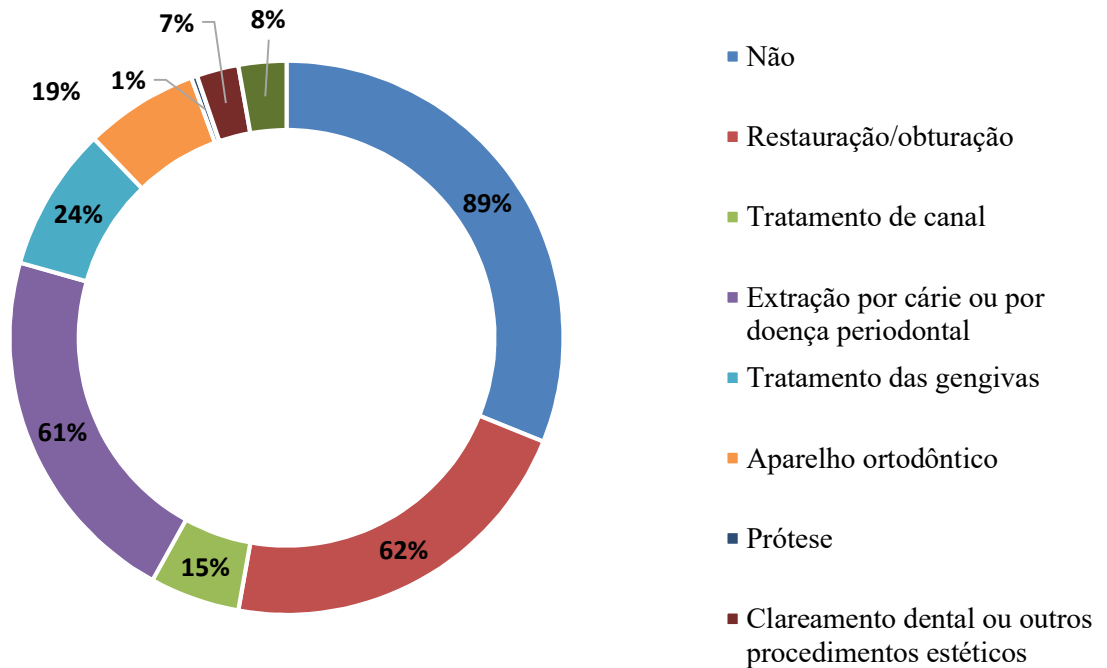
Figura 27 - Distribuição da amostra segundo frequência de visitas ao dentista



Fonte: Próprio autor (2023)

Em relação à necessidade de realizarem algum tratamento odontológico, 89% (n=66) das entrevistadas informaram não ter precisado de nenhum procedimento, 62% (n=46) relataram ter realizado restauração ou obturação, 61% (n=45) realizaram extração por cárie ou por doença periodontal, 24% (n=18) tratamento das gengivas, 19% (n=14) realizaram tratamento ortodôntico, 15% (n=11) precisaram de tratamento endodôntico, 8% (n=06) informaram precisarem de outro tipo de procedimento, 7% (n=05) clareamento dental ou outros procedimentos estéticos, apenas 1% informou que precisou de tratamento protético. Este resultado difere do observado por Pizi et al., (2009), segundo o qual 36% das entrevistadas realizaram algum tipo de tratamento odontológico durante a gravidez. Todos os trimestres são compatíveis com o tratamento odontológico, podendo a gestante realizar qualquer tipo de tratamento odontológico necessário para restabelecer sua saúde bucal (UNA-SUS/UFMA, 2018).

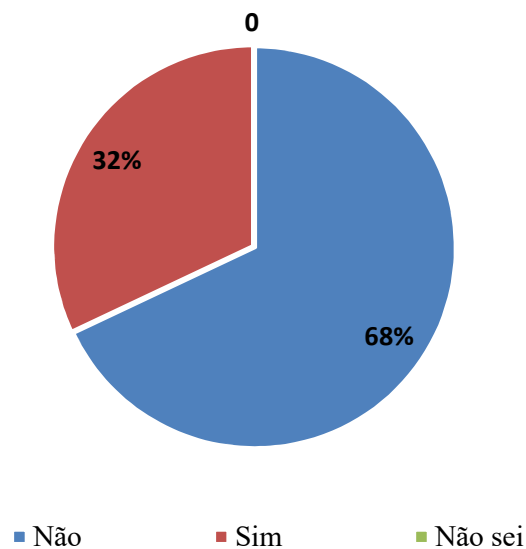
Figura 28 - Distribuição da amostra segundo necessidade de algum tratamento odontológico



Fonte: Próprio autor (2023)

Quando indagadas se as gestantes e puérperas tinham medo de dentista, 68% (50) afirmam que não e 32% (24) ainda tinham medo. Este estudo corrobora com a pesquisa de Moimaz *et al.*, (2007) onde constatou (8,2%) de 100 gestantes tem medo do dentista. Segundo Cozzupoli (1981), esses resultados indicam ansiedade e medo das gestantes devido à crenças.

Figura 29 - Distribuição da amostra segundo medo de dentista



Fonte: Próprio autor (2023)

6. CONCLUSÕES

- Evidenciou-se um baixo nível em relação aos cuidados com a higiene bucal do bebê, cronologia e sintomatologia de erupção dentária e utilização de bicos artificiais pelas gestantes e puérperas.
- um baixo nível de instrução em relação aos cuidados bucais do bebê, vez que nem todas as participantes possuem o conhecimento necessário sobre o assunto, podendo ser justificado pelo baixo grau de escolaridade ou idade.
- 69% afirmam realizar a escovação de três a quatro vezes ao dia; 91% faz uso de escova de dentes e 86% dentifrício fluoretado. Impacto positivo em razão de que conhecimento das mães e cuidadores está diretamente relacionado à condição de saúde bucal das crianças
- Sugere-se que novos estudos sejam realizados na região de forma a abranger um número maior de participantes

REFERÊNCIAS

- BRASIL. M. S. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco**, Distrito Federal, v.1, n. 32, pp. 1-320, 2016.
- Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Rennó Jr J. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. Rev Psiquiatr. 2010;37(6):278-84.
- CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS. História. Disponível em: < <https://www.upe.br/uh-cisam.html> > . Acesso em: 13 Out 2023.
- Cox C, Petrie N, Hurley KF. **Infant Strangulation from an Amber Teething Necklace**. CJEM. 2017 Sep;19(5):400-403. doi: 10.1017/cem.2016.342. Epub 2016 Aug 9. PMID: 27503268.
- Cozzupoli CA. **Odontologia na gravidez**. São Paulo: Panamed, 1981.
- CRUZ, A. A. G. *et al.* **Percepção materna sobre a higiene bucal do bebê: um estudo no Hospital Alcides Carneiros, Campina Grande – PB**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v. 4, n. 3, pp. 185-189, 2004.
- Davies RM, Ellwood RP, Davies GM. **The rational use of fluoride toothpaste**. Int J Dent Hyg. 2003 Feb;1(1):3-8. doi: 10.1034/j.1601-5037.2003.00001.x. PMID: 16451540.
- DI Pierro F, Bertuccioli A, Donato G, Spada C. **Retrospective analysis of the effects of a hyaluronic-based gum gel to counteract signs and symptoms of teething in infants**. Minerva Pediatr (Torino). 2022 Apr;74(2):101-106. doi: 10.23736/S2724-5276.21.06550-2. Epub 2021 Sep 13. PMID: 34515447.
- DINIZ, Pamela Aparecida et al. Percepção dos pacientes em uso de enxaguatórios bucais: óleos essenciais e cloreto de cetilperidíneo. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** [online]. 2014, vol.68, n.3, pp. 245-249. ISSN 0004-5276.
- Florêncio, TMB, Araújo, TJO, Brito, DHS de, Santos, TGFT dos, Santos, LRB, & Silva, RML da. (2022). **Conhecimento de puérperas sobre saúde bucal materno-infantil**. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, 11 (7), e39111729916. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29916>
- GUARIENTI, C. A. *et al.* **Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v. 9, n. 3, pp. 321-325, 2009.
- HANNA, L. M. O. *et al.* Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 55, n. 3, pp. 271-274, 2007.
- KONISHI, F.; ABREU-E-LIMA, F. Odontologia intra-uterina: a construção da saúde bucal antes do nascimento. **Rev. Bras Odontol**, v. 59, n. 5, p. 294-295, set./out. 2002.
- LEMOS, L. V. F. M. *et al.* **Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais**. Einstein, v.12, n.1, p. 6-10, 2014.

Machado MAAM, Silva SMB, Abdo RCC, Hoshi AT, Peter EA, Grazziotin GB, Honorio HM, Prestes MP, Fracasso MLC, Oliveira TM, Silva TC. **Odontologia em bebês. Protocolos clínicos, preventivos e restauradores.** São Paulo: Santos; 2005.

MARIN, C. *et al.* Avaliação do conhecimento de adolescentes gestantes sobre saúde bucal do bebê. **Rev. Arquivos em Odontologia**, v. 49, n.3, pp. 133-139, 2013.

MENDES M. *et al.* **Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia saúde da família.** *Texto & Contexto Enfermagem*, v.16, n.2, p. 280-286, 2007.

MOIMAZ, S.A.S *et al.* O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v19, n.1, p..39-45, 2007.

NAPOLEÃO, A. M. M. *et al.* Conhecimento das gestantes sobre a saúde bucal do bebê. **Revista Expressão Católica Saúde**, v.3, n.2, p. 1-8, 2018.

Nissen MD, Lau ETL, Cabot PJ, Steadman KJ. **Baltic amber teething necklaces: could succinic acid leaching from beads provide anti-inflammatory effects?** *BMC Complement Altern Med.* 2019 Jul 5;19(1):162. doi: 10.1186/s12906-019-2574-9. PMID: 31277614; PMCID: PMC6612214.

PIZZI, E. G. *et al.* Avaliação do grau de conhecimento quanto aos cuidados odontológicos da gestante e do bebê. **Colloquium Vitae**, v. 1, n.1, pp. 58-64, 2009.

POLITANO, G. T. *et al.* Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. **Revista Íbero-americana de Odontopediatria & Odontologia de Bebê**, v. 7, n.36, pp. 138-48, 2004.

RIGO, L. *et al.* Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. **Rev. Einstein**, v. 14, n. 2, pp. 219-225, 2016.

Rocha JS, Arima LY, Werneck RI, Moysés SJ, Baldani MH. **Determinants of dental care attendance during pregnancy: a systematic review.** *Caries Res* 2018; 52:139-52.

SILVA FILHO, O. G. *et al.* **Hábitos bucais deletérios: mordida aberta anterior.** In: SILVA FILHO, O. *et al.* *Ortodontia Interceptiva: protocolo de tratamento em duas fases.* 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013

SOUZA, J. G. M. V. *et al.* Conhecimento das gestantes sobre higiene bucal dos bebês em cidades da região oeste do Paraná, Brasil. **Arquivos do MUDI**, v. 19, n. 2-3, pp. 6-17, 2015.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Universidade Federal do Maranhão: **Saúde Bucal da Gestante**, Maranhão, v.1, n.1, pp. 1-84, 2019.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera/** Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Ana Estela Haddad (Org.). – São Luís: EDUFMA, 2018:117p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10865>

VILELA, M.M. *et al.* Odontologia do Bebê: Uma Possibilidade Prática de Promover a Saúde Bucal. **Rev Articl.**, São Paulo, v. 7, n. 2, Jul-Dez. 2017. 21

ZHONG, C. *et al.* Oral health knowledge of pregnant women on pregnancy gingivitis and children's oral health. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v.39, n.2, p. 105-108, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA

 Responsável Pela Elaboração Responsável Pela Aprovação	CARTA DE ANUÊNCIA COORDENAÇÃO SETORIAL DE PESQUISA SANDRA LOW	Nº- 017 Versão Nº01	 06/08/2021 Página 1
--	---	--	---


CARTA DE ANUÊNCIA


Aceito **Nathalia de Miranda Ladewig Cavalcanti** pesquisadora responsável pelo projeto intitulado **Percepção de gestantes e puérperas sobre os cuidados bucais do bebê: estudo transversal em maternidade de referência da cidade do Recife-PE** e sua equipe de pesquisa **Felipe Mendes Queiroz** para realização do referido projeto, ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usadas na pesquisa. Concordo em fornecer subsídios para o desenvolvimento da pesquisa, sendo eles acesso ao ambulatório de logocinecologia e puencultura (sala de espera). Para isto, é obrigatório que sejam assegurados os termos que seguem abaixo:

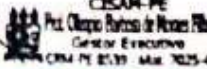
- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 do CNS/MS.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nesta pesquisa.
- Anexar relatórios parcial e final na plataforma Brasil, e se comprometer com o serviço na apresentação dos achados da pesquisa.
- Prezados pesquisadores do CISAM/CH/UEPE, por favor, se cadastrar no SISPEG-UEPE-CISAM.

No caso do não cumprimento dos itens acima, a Instituição tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Recife, 06 de agosto de 2021


**Gerência do Ambulatório da
Criança do CISAM/CH/UEPE**


**Gerência do Ambulatório da
Mulher do CISAM/CH/UEPE**



Prof. Dr. Olimpio Barbosa de Moraes Filho
Gerente Executivo do CISAM/CH/UEPE

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS
 Rua Visconde de Mangaba, 591 - Encruzilhada, Recife - PE, CEP: 52.020-010
 Fone: (81) 3382.7701 - CNPJ: 11.022.967/0012-44
 Endereço Eletrônico: institucao@diretoria.cisam@uepe.br

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da pesquisa: **PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PUÉRPERAS SOBRE OS CUIDADOS BUCAIS DO BEBÊ: ESTUDO TRANSVERSAL EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE-PE**

Responsável pelo projeto: Prof^ª Dr^ª Nathalia de Miranda Ladewig Cavalcanti
Telefone: (81) 98601-5486

Por esse documento, a senhora está sendo convidada para participar voluntariamente da pesquisa intitulada **Percepção de Gestantes e Puérperas sobre os Cuidados Bucais do Bebê: Estudo Transversal em Maternidade de Referência da Cidade Do Recife-PE**, supervisionada pela Prof^ª Dr^ª Nathalia de Miranda Ladewig Cavalcanti, com a participação do aluno pesquisador Felipe Mendes Queiroz, ambos do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA). Este documento também dará maiores informações sobre o levantamento de dados que será detalhado a seguir.

Antes da tomada de decisão sobre a sua participação nesta pesquisa, é importante e necessário que você leia atentamente as informações contidas neste documento. Esclarece-se, primeiramente, o seu direito de interromper a sua participação no estudo a qualquer momento. Em caso de interrupção, não haverá acarretamento de prejuízos ao seu atendimento e/ou acompanhamento médico neste Centro de Saúde.

O conhecimento das mães e cuidadores sobre saúde bucal está diretamente relacionado à saúde bucal das crianças. Durante a gestação, as mulheres demonstram mais interesse em relação a sua saúde e a saúde dos seus filhos, o que torna o período pré-natal um momento oportuno para a transmissão de informação sobre a saúde bucal do bebê, assunto ainda pouco esclarecido entre as mães.

Diante desse contexto, o objetivo do presente estudo é avaliar o grau de conhecimento de gestantes e puérperas em relação à higiene bucal do bebê, cronologia e sintomatologia de erupção e utilização de bicos artificiais.

A seleção de participantes inclui mulheres no período gestacional (1 a 42 semanas de gestação) ou puerperal (até 8^a semana pós-parto) maiores de 18 anos que estejam de acordo em participar da pesquisa após leitura e consentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados serão coletados através de questionário estruturado por um único pesquisador treinado para sua leitura e aplicação. O questionário é composto por 38 questões divididas em 5 sessões: Identificação do Participante, Dados Sociodemográficos, Perfil Gestacional, Cuidados Bucais com o Bebê e Autocuidado Bucal Materno com tempo estimado de aplicação em torno de 10 minutos. Após aplicação do questionário, os participantes receberão material educativo impresso com as principais orientações sobre a saúde bucal do bebê. Dessa forma, avaliaremos o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês possibilitando a elaboração de estratégias de promoção de saúde para esse público. Não haverá qualquer custo para a sua participação na pesquisa. Você não pagará nada e, portanto, não receberá qualquer remuneração por essa participação.

Riscos e benefícios:

Os participantes da pesquisa terão como benefícios diretos o esclarecimento das principais dúvidas relacionadas à saúde do bebê através do recebimento de material educativo e contato direto com o aluno pesquisador. Indiretamente, os benefícios incluem a contribuição para a formulação de estratégias de promoção de saúde para mães em relação aos cuidados bucais dos seus filhos, podendo a mesma ser beneficiada com essas estratégias de saúde a posteriori. Por outro lado, os riscos envolvidos envolvem o acesso a informações pessoais durante a coleta de dados.

Não será revelada, sob nenhuma hipótese, a identificação da participante mesmo na divulgação dos resultados da pesquisa. As informações fornecidas serão acessíveis apenas aos pesquisadores. Ressalta-se que os resultados obtidos serão publicados, independentemente de serem favoráveis ou não.

Esse termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado em duas vias. Uma via ficará retida com o pesquisador responsável e a outra será entregue a participante desta pesquisa. Ressalta-se que só a participação da pesquisa, as mulheres que concordarem com o termo e assinarem ambas as vias.

Após ter sido informada e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pelo pesquisador, concordo em participar de forma voluntária desta pesquisa. Informo também ter recebido uma cópia desse documento.

Nome: _____
 RG: _____ CPF _____
 Recife, _____ de _____ de 202 _____
 Telefone para contato: (____) _____ ou (____) _____
 Endereço residencial: _____
 Assinatura: _____

Nathalia de Miranda Ladewig Cavalcanti

Nathalia de Miranda Ladewig Cavalcanti
 Cirurgiã-dentista CRO-PE 10682
 Prof^a Dr^a do Centro Universitário Brasileiro

Felipe Mendes Queiroz

Felipe Mendes Queiroz
 Aluno de Graduação em
 Odontologia (UNIBRA)

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PUÉRPERAS SOBRE OS CUIDADOS BUCAIS DO BEBÊ: ESTUDO TRANSVERSAL EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE – PE

Pesquisadora responsável: Profª Drª Nathalia Ladewig
Equipe de pesquisa: Felipe Mendes Queiroz
Contato: nathalia.miranda@grupounibra.com

IDENTIFICAÇÃO
1. Nome:
2. Endereço (Bairro, Cidade e Estado):
3. Telefone:
4. Data de nascimento: / /
5. Cor (autodeclarada): () Preta () Amarela () Parda () Branca () Outro
6. Estado civil: () Solteira () Casada () União estável () Divorciada () Viúva

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
1. Nível de escolaridade: () Nunca estudou () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio incompleto () Superior incompleto () Superior incompleto
2. Mora com: () Sozinha () Companheiro(a) () Filho(s) () Familiares () Outros:
3. Número de pessoas com quem habita:
4. Número de filhos:
5. Número de cômodos na casa:
6. Ocupação: () Estudante () Autônoma () Trabalhadora informal () Trabalhadora concursada () Trabalhadora carteira assinada () Desempregada () Outro:
7. Renda (em salários mínimos):

PERFIL GESTACIONAL
1. Número de gestações anteriores:
2. Idade gestacional (em semanas completas):
3. Gestação planejada: () Não () Sim
4. Gestação de risco? () Não () Sim
5. Se respondeu "Sim" para a pergunta anterior, justificar o motivo: () Diabetes gestacional () Pré-eclâmpsia () Sobrepeso/obesidade () Doenças crônicas prévias () Outros:
6. Quais profissionais de saúde estão/estarão presentes no seu pré-natal? () Médico/enfermeiro () Dentista () Fisioterapeuta () Doula/consultora de amamentação () Nutricionista () Outros:
7. Quem cuidará do bebê? () Mãe () Pai () Avós () Amigos/vizinhos () Babá () Outros:
8. Qual a via de parto desejada? () Cesárea () Vaginal/normal () Tanto faz () Limitada à condição de saúde
9. Pretende amamentar? () Não () Sim () Talvez

10. Pretende utilizar bicos artificiais? () Não () Chupeta () Mamadeira

CUIDADOS BUCAIS COM O BEBÊ	
1. Você recebeu informações sobre os cuidados bucais com seu bebê durante a gestação atual?	() Não () Sim
2. Qual(is) sua(s) principal(is) fonte(s) de informações sobre a saúde bucal do bebê?	() Médico/enfermeiro () Dentista () Doula/consultora em amamentação () Familiares, vizinhos ou amigos () Experiência própria com filhos anteriores () Livros () Internet ou outras mídias () Outros:
3. A partir de quando você irá realizar a higiene da boca do seu bebê ?	() Desde o nascimento do bebê () Após o nascimento do primeiro dente de leite () Após o primeiro ano de vida () Após o nascimento do primeiro dente permanente
4. Como você fará a higiene bucal do seu bebê sem dentes ?	() Gaze ou fralda limpa molhada em água filtrada () Dedeira () Lenço umedecido () Escova e pasta de dentes () Não limparei a boca do meu bebê sem dentes
5. Como você fará a higiene bucal do seu bebê com dentes de leite ?	() Gaze ou fralda limpa molhada em água filtrada () Dedeira () Lenço umedecido () Escova e pasta de dentes () Não limparei os dentes do meu bebê () Outros:
6. Qual a pasta de dentes você utilizará no seu bebê ?	() Sem flúor () Com pouco flúor () Com a mesma quantidade de flúor que a dos adultos () Não utilizarei pasta de dentes () Qualquer uma
7. Quando você fará a primeira consulta com o dentista do seu bebê?	() Durante a gestação () No primeiro ano de vida () Só quando vierem os dentes de leite () Não levarei meu bebê ao dentista
8. Com quantos meses você espera que se inicie o aparecimento dos primeiros dentes do seu bebê?	() Logo após o seu nascimento () Entre 6-8 meses () Entre 4-14 meses () Após o primeiro ano de vida
9. Quais eventos você acha que seu bebê pode desenvolver devido ao nascimento dos dentes ?	() Coceira e irritação no local () Febre alta () Diarreia () Aumento da salivação/babação () Sapinho e outras infecções fúngicas ou virais () Outros:
10. Quais estratégias você utilizará para aliviar os eventos relacionados com o nascimento dos dentes do seu bebê?	() Analgésicos

[Continuação das repostas da pergunta 9]

- Antiinflamatórios
- Pomadas anestésicas
- Mel rosado
- Homeopáticos
- Fitoterápicos
- Mordedores
- Frutas geladas
- Picolé de leite materno
- Acessórios com efeito terapêutico como colar/pulseira de âmbar
- Outros:

AUTOCUIDADO BUCAL MATERNO

1. Você escova os dentes diariamente?
 - Não
 - 1-2x ao dia
 - 3-4x ao dia
 - 5x ou mais ao dia
2. O que você utiliza para realizar a sua higiene bucal?
 - Escova de dentes
 - Pasta de dentes sem flúor
 - Pasta de dentes com flúor
 - Fio dental
 - Limpador de língua
 - Enxaguante bucal
 - Outros:
3. Com que frequência você vai ao dentista?
 - Anualmente
 - 1x a cada 2-3 anos
 - Quando necessito de algum tratamento
 - Apenas quando estou com dor
 - Não sou acompanhada por dentista
4. Você já precisou realizar tratamento odontológico?
 - Não
 - Restauração/obturação
 - Tratamento de canal
 - Extração por cárie ou doença periodontal
 - Tratamento das gengivas
 - Aparelho ortodôntico
 - Prótese
 - Clareamento dental ou outros procedimentos estéticos
 - Outros:
5. Você tem medo de dentista?
 - Não
 - Sim
 - Não sei

APÊNDICE D – MATERIAL EDUCATIVO

CUIDADOS COM A SAÚDE BUCAL DO SEU BEBÊ

1. Quando o bebê faz uso exclusivo do leite materno, não é recomendado higienizar nem a boca, nem a língua e nem a gengiva, porque a amamentação proporciona fatores de proteção que são benéficos para a criança.



2. Dentes nascendo podem causar irritabilidade no bebê, inchaço das gengivas, aumento da frequência de mãos e objetos na boca, maior número de despertares à noite, alteração no padrão de amamentação e até mesmo mordidas na mama materna. Para aliviar os sintomas dessa fase, ofereça mordedores com diferentes texturas e temperatura e/ou picolé de leite materno ou frutas (para os maiores de 6 meses). E atenção! Quadros como diarreia e febre alta devem ser avaliados imediatamente pelo pediatra responsável pois NÃO estão relacionados com o nascimento dos dentes.

3. A higienização bucal do bebê deve começar assim que o primeiro dente começar a aparecer na boca. Para isso, deve-se utilizar escova de dentes de cabeça pequena, arredondada e com cerdas macias e pasta de dentes com flúor (concentração de 1.000 ppm no mínimo - essa informação você encontra nos ingredientes que ficam no verso da embalagem). Dedeiras, escovas com cerdas de silicone ou gaze NÃO substituem a escova de dentes. Inicialmente, a frequência diária recomendada é de duas vezes ao dia e a quantidade deve se aproximar a meio grão de arroz cru. Busque por acompanhamento odontológico desde essa fase.

QUANTIDADE IDEAL DE PASTA PARA CADA IDADE

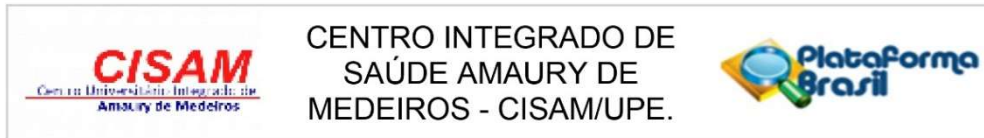


4. O uso de bicos artificiais como chupeta e mamadeira trazem prejuízos que vão muito além dos dentes. São fatores de risco para desmame precoce e instalação de vícios orais no futuro - como compulsão alimentar e uso de cigarro.

**PROCURE REALIZAR PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO PARA RECEBER ESSAS E
DEMAIS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PARA VOCÊ E O SEU BEBÊ!**

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de gestantes e puérperas sobre os cuidados bucais do bebê: estudo transversal em maternidade de referência da cidade do Recife/PE

Pesquisador: Nathalia de Miranda Ladewig

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59618722.1.0000.5191

Instituição Proponente: IBGM - INSTITUTO BRASILEIRO DE GESTAO & MARKETING LTDA - EPP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.560.825

Apresentação do Projeto:

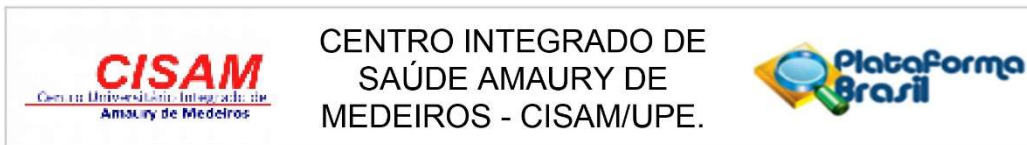
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo informações básicas da pesquisa e/ou projeto detalhado enviado sob o CAAE: 59618722.1.0000.5191

Submetido em: 01/08/2022.

RESUMO:

O conhecimento das mães e cuidadores sobre saúde bucal está diretamente relacionado à saúde bucal das crianças. Durante a gestação, as mulheres demonstram mais interesse em relação a sua saúde e a saúde dos seus filhos, o que torna o período pré-natal um momento oportuno para a transmissão de informação sobre a saúde bucal do bebê, assunto ainda pouco esclarecido entre as mães. Diante desse contexto, o presente estudo irá avaliar o grau de conhecimento de gestantes e puérperas em relação à higiene bucal do bebê, cronologia e sintomatologia de erupção e utilização de bicos artificiais. Através de desenho de estudo transversal de abordagem analítica, 100 participantes serão entrevistadas através de questionário estruturado composto por 38 questões divididas em 5 sessões: Identificação do Participante, Dados Sociodemográficos, Perfil Gestacional, Cuidados Buciais com o Bebê e Autocuidado Bucal Materno, aplicado por pesquisador treinado. O estudo será desenvolvido no Centro Universitário Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) entre agosto e dezembro de 2022. Os dados serão processados com ambas abordagens: descritiva, através da análise das frequências de

Endereço: Rua Visconde de Mamaguape, s/nº 1º andar
Bairro: Encruzilhada **CEP:** 52.030-010
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3182-7738 **Fax:** (81)3182-7738 **E-mail:** cep.cisam@upe.br



Continuação do Parecer: 5.560.825

respostas; e analítica, através da Regressão de Poisson em análise de multinível.

HIPÓTESE:

Gestantes e puérperas não recebem conhecimento atualizado sobre os primeiros cuidados com os bebês de 0 a 1 ano em relação à higiene bucal, cronologia e sintomas de erupção e uso de bicos artificiais.

METODOLOGIA PROPOSTA:

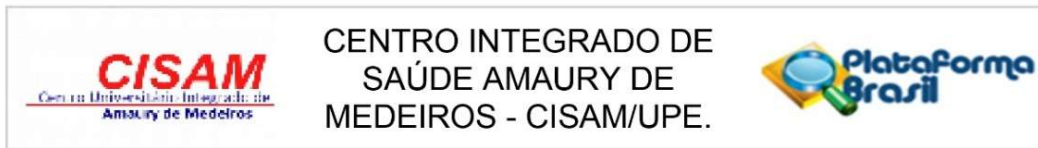
A realização da presente pesquisa obedecerá aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Seu início se dará após aprovação ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Integrado Amaury de Medeiros (CISAM). O presente estudo será do tipo transversal de abordagem analítica. O estudo será realizado no Centro Universitário Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) localizada na Rua Visconde de Mamanguape, S/N – Encruzilhada, Recife – PE, 52030-010. O CISAM é uma Unidade de Saúde de referência no Estado de Pernambuco para a gestação e parto de alto risco, com o maior número de ocorrência obstétrica, integrada à Central de Leitos do Estado de Pernambuco. O estudo será composto por uma amostra de conveniência de 100 participantes.

Crítérios de inclusão: serão consideradas mulheres no período gestacional (1 a 42 semanas de gestação) ou puerperal (até 8ª semana pós parto) maiores de 18 anos que estejam de acordo em participar da pesquisa após leitura e consentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Crítério de exclusão: será considerada a presença de alguma condição de saúde que impeça a gestante de realizar a leitura e preenchimento do TCLE e/ou de responder verbalmente ao questionário.

Os dados serão coletados através de questionário estruturado por dois pesquisadores treinados para sua leitura e aplicação (F.M.Q e K.B.F.). O questionário é composto por 38 questões divididas em 5 sessões: Identificação do Participante, Dados Sociodemográficos, Perfil Gestacional, Cuidados Buciais com o Bebê e Autocuidado Bucal Materno. As participantes serão abordadas na sala de espera dos ambulatórios da tocoginecologia ou puericultura do CISAM. Após aplicação do questionário, os participantes receberão material educativo impresso com as principais orientações sobre a saúde bucal do bebê. Os dados serão tabulados em planilha de Excel por uma pesquisadora (L.B.C.) e serão processados no Software Stata 13 (StataCorp LP, Texas, USA) com ambas abordagens descritiva através da análise das frequências de respostas, e analítica através da Regressão de Poisson em análise de multinível por uma das pesquisadoras responsáveis (N.M.L.).

Endereço: Rua Visconde de Mamanguape, s/nº 1º andar
Bairro: Encruzilhada **CEP:** 52.030-010
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3182-7738 **Fax:** (81)3182-7738 **E-mail:** cep.cisam@upe.br



Continuação do Parecer: 5.560.825

C.). Todas as variáveis que alcançarem p valor menor do que 0,20 na análise univariada serão levadas para a análise multivariada. Aquelas que apresentarem p valor menor ou igual a 5% serão mantidas no modelo final.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o grau de conhecimento de gestantes e puérperas em relação à higiene bucal do bebê, cronologia e sintomatologia de erupção e utilização de bicos artificiais.

Objetivo Secundário:

Avaliar o perfil sociodemográfico das gestantes e puérperas e sua relação com o grau de conhecimento sobre a saúde bucal do bebê, avaliar o perfil gestacional das gestantes e puérperas e sua relação com grau de conhecimento sobre a saúde bucal do bebê e avaliar o perfil de autocuidado bucal de gestantes e puérperas e sua relação com o grau de conhecimento sobre a saúde bucal do bebê.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

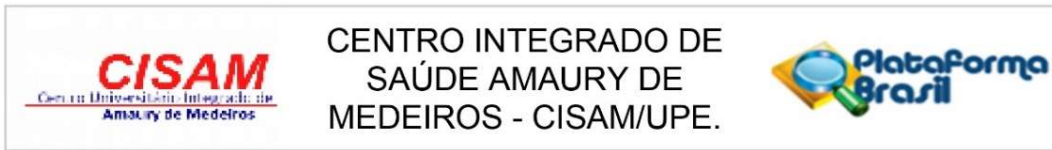
RISCOS:

Os riscos da presente pesquisas são aqueles relacionados à coleta de informações em ambiente público, como constrangimento por não entender a pergunta ou não saber o que responder e a observação de pessoas externas. Medidas protetivas como entrevista individual afastada dos demais presentes no ambiente ambulatorial juntamente com treinamento dos pesquisadores quanto à aplicação do questionário para solução de possíveis questionamentos e dúvidas de forma empática e acolhedora serão aplicadas para amenizar o risco de constrangimento. Além disso, medidas protetivas em relação à pandemia da COVID-19 serão aplicadas como uso de máscara n95 pelos entrevistadores, manutenção de distanciamento social (150cm), utilização de canetas individualizada pelos participantes (cada um utilizará a caneta uma única vez no dia da entrevista e nos retornos as mesmas serão descontaminadas com álcool 70% antes do reuso) e higienização constante dos entrevistadores com álcool em gel.

BENEFÍCIOS:

A curto prazo, os benefícios serão garantidos pelo recebimento de orientação atualizada sobre os primeiros cuidados bucais com o bebê no formato de material impresso. A longo prazo, os benefícios poderão ser visualizados na criação de hábitos saudáveis para as crianças, disseminação de informação baseada em evidência científica para a comunidade e atenção dos

Endereço: Rua Visconde de Mamaguape, s/nº 1º andar
Bairro: Encruzilhada **CEP:** 52.030-010
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3182-7738 **Fax:** (81)3182-7738 **E-mail:** cep.cisam@upe.br



Continuação do Parecer: 5.560.825

demais profissionais de saúde em relação aos hábitos bucais infantis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um trabalho de grande relevância, pois buscará atuar preventivamente em relação à saúde bucal das crianças, através de informações das gestantes e puérperas acerca do autocuidado em relação à saúde bucal e as práticas de cuidado em saúde bucal com o bebê, identificando assim o grau de conhecimento destas, uma vez que os hábitos adquiridos pelas crianças estão diretamente relacionados aos hábitos da mãe e ao nível de conhecimento acerca da sua saúde bucal. Além disso, os resultados poderão gerar programas voltados para a promoção de saúde desse público.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados atendendo o protocolo de pesquisas, em conformidade com as resoluções vigentes (Resolução 466/12, Norma Operacional 001/13 CNS-MS)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As Pendências notificadas anteriormente, foram todas atendidas, conforme Carta Resposta enviada:

1. Retificar no RESUMO O período da pesquisa, que constava: setembro e dezembro de 2021:

- A edição foi feita para "O estudo será desenvolvido no Centro Universitário Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) entre agosto e dezembro de 2022".

2. Ajustar na METODOLOGIA do projeto: Carta de Anuência (Anexo 1) será emitida e a publicação do resultado está prevista para 30/05/22 (Anexo 2).

-A edição foi feita e o trecho supracitado foi excluído uma vez que a carta de anuência já foi gerada pela Instituição e encontra-se nos documentos em anexo da Plataforma Brasil.

3. Curriculum lattes dos pesquisadores:

O Currículo Lattes do Pesquisador Principal e dos outros 3 componentes da Equipe de Pesquisa foram anexado à Plataforma Brasil em formato de PDF.

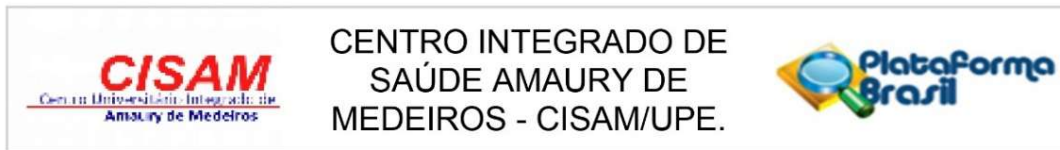
Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as exigências da Resolução CNS nº466 de 2012 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, o CEP CISAM/UPE manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação o tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme a norma Operacional CNS nº. 001/13.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e

Endereço: Rua Visconde de Mamaguape, s/nº 1º andar	
Bairro: Encruzilhada	CEP: 52.030-010
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)3182-7738	Fax: (81)3182-7738 E-mail: cep.cisam@upe.br



Continuação do Parecer: 5.560.825

sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer de aprovação do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Devido à pandemia da COVID-19, recomenda-se respeitar as orientações da OMS e autoridades sanitárias de saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1958295.pdf	01/08/2022 09:42:50		Aceito
Parecer Anterior	PBPARECERCONSUBSTANCIADOCEP5549564.pdf	01/08/2022 09:42:16	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
Outros	CARTAderesposta.pdf	01/08/2022 09:40:39	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
Outros	LattesLIGIANE.pdf	01/08/2022 09:28:46	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
Outros	LattesKATIA.pdf	01/08/2022 09:28:05	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
Outros	LattesFELIPE.pdf	01/08/2022 09:27:29	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
Outros	LattesNATHALIA.pdf	01/08/2022 09:26:31	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	01/08/2022 09:04:01	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
Outros	TermoDeConfidencialidade.pdf	13/06/2022 22:27:46	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/06/2022 09:26:21	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaAssinada.pdf	13/06/2022 08:51:40	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito

Endereço: Rua Visconde de Mamaguape, s/nº 1º andar
Bairro: Encruzilhada **CEP:** 52.030-010
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3182-7738 **Fax:** (81)3182-7738 **E-mail:** cep.cisam@upe.br



Continuação do Parecer: 5.560.825

Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	08/06/2022 09:36:06	Nathalia de Miranda Ladewig	Aceito
----------------	--------------------------	------------------------	--------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 03 de Agosto de 2022

Assinado por:
MARCELA SILVESTRE OUTTES WANDERLEY
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Visconde de Mamaguape, s/nº 1º andar
Bairro: Encruzilhada **CEP:** 52.030-010
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3182-7738 **Fax:** (81)3182-7738 **E-mail:** cep.cisam@upe.br