



MONOGRAFIA DE MESTRADO

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO
PORTO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

5º Ano | 2º Semestre

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Ano Letivo 2022/2023

SAÚDE MENTAL MATERNA E SAÚDE ORAL DA CRIANÇA

UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Discente:
Ana Teresa Alves (201605122)

Porto, Maio 2023

MONOGRAFIA DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Proposta ao Diretor do Ciclo de Estudos referente ao Ano Letivo de 2022/2023

DISCENTE

Ana Teresa Rodrigues Alves
Nº Mecanográfico: 201605122
Contacto: +351 914 413 079
E-mail Institucional: up201605122@edu.fmd.up.pt
E-mail Pessoal: anaalves250698@gmail.com



ORIENTADOR

Prof.^a Dr.^a Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira
Grau Académico: Doutoramento
Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

TEMA DO TRABALHO

Título: Saúde mental materna e saúde oral da criança - Uma revisão bibliográfica

Title: *"Maternal mental health and child oral health - Review of the literature"*

Área Científica: Medicina Dentária Preventiva e Comunitária

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira, por ter marcado uma etapa tão importante na minha vida sempre com paciência, disponibilidade e uma palavra de compreensão.

Ao Nuno, o meu companheiro de vida, por nunca me ter deixado desistir mesmo quando sabia que estava no limite da exaustão e me ter feito acreditar sempre em mim.

Aos meus irmãos, Pedro e Leonor, o meu combustível diário para ser mais e melhor, aqueles por quem mais trabalhei para dar o melhor exemplo e mostrar que tudo é possível.

Aos meus pais e à minha restante família por terem vivido cada pequena conquista ao meu lado.

À minha binómia, Perlita, por me ter dado a mão na loucura do dia a dia e por juntas termos vivido a viagem mais trabalhosa da nossa vida.

A todos que fizeram parte do meu percurso académico, colegas, docentes e não docentes, obrigada por tanto. Sem vocês tenho a certeza de que nada disto teria sido possível.

Aos meus amigos que acompanharam a turbulência do meu percurso e que sempre entenderam a falta de tempo, a presença nem sempre assídua e a responsabilidade que tinha em mãos e me deram asas para ir e voltar sempre que o tempo permitia. Em especial à Rafaela e ao Tiago, amigos que vibraram todas as conquistas ao meu lado.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
ÍNDICE DE FIGURAS	IV
PALAVRAS-CHAVE	- 5 -
KEYWORDS	- 5 -
RESUMO DO TEMA	- 5 -
ABSTRACT	- 6 -
OBJETIVO	- 7 -
INTRODUÇÃO	- 7 -
MATERIAIS E MÉTODOS	- 8 -
A SAÚDE MENTAL	- 9 -
DISTÚRBIOS MENTAIS	- 11 -
SAÚDE ORAL NA INFÂNCIA	- 16 -
CUIDADOS ORAIS DA CRIANÇA	- 16 -
PATOLOGIA ORAL DA CRIANÇA	- 18 -
INFLUÊNCIA PARENTAL NA SAÚDE DA CRIANÇA	- 20 -
RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE MENTAL MATERNA E A SAÚDE ORAL DA CRIANÇA	- 23 -
MEDIDAS A PÔR EM PRÁTICA PARA MELHORAR A SAÚDE MENTAL MATERNA E CONSEQUENTE SAÚDE ORAL DA CRIANÇA	- 25 -
CONCLUSÃO	- 26 -
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	- 29 -
ANEXOS	- 34 -

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I. Consequências das doenças mentais maternas não tratadas. Adaptado do artigo Margiotta C, Gao J, O'Neil S, et al. The economic impact of untreated maternal mental health conditions in Texas. BMC Pregnancy and Childbirth. 22:700 (2022). DOI: 10.1186/s12884-022-05001-6.	- 16 -
--	---------------

PALAVRAS-CHAVE

Saúde mental materna, depressão pós-parto, distúrbios mentais, saúde oral da criança, negligência materna, desapego materno, higiene oral, cárie precoce da infância.

KEYWORDS

Maternal mental health, depression, mental disorders, child oral health, maternal negligence, maternal detachment, oral hygiene, early childhood caries.

RESUMO DO TEMA

A prevalência da doença mental materna vai depender do tipo de doença mental e é influenciada por inúmeros fatores: condições socioeconômicas, história de doença mental passada, rede de apoio, isolamento social, etc.^{1, 2, 3, 4} No entanto, estudos indicam que a doença mental materna é um problema com uma prevalência significativa, afetando o bem-estar não só das mães como também dos seus descendentes.^{1, 2, 3, 4}

Muitas mães portadoras de distúrbios mentais, demonstram níveis de conexão com a criança e sensibilidade diminuídas, o que pode, por conseguinte, levar a cuidados infantis e habilidades parentais precárias, comprometendo o desenvolvimento da criança em todos os aspectos.⁵ E muitos são os fatores de risco, como por exemplo: história de depressão, baixos rendimentos, gravidez não planeada, falta de rede de apoio no que toca aos cuidados da criança, idade, hábitos tabágicos, consumo de álcool ou drogas.⁵

Os comportamentos infantis refletem o perfil parental, daí a importância de criar hábitos saudáveis desde cedo. Quando o exemplo parental é uma dieta cariogénica, cuidados de higiene oral limitados, desvalorização da importância da saúde oral e exposição a outros fatores de risco, o que vai acontecer é que a criança estará exposta aos mesmos fatores de risco.⁶

Cáries dentárias, gengivite, doenças periodontais, bruxismo ou até má oclusão são alguns distúrbios que podemos encontrar em crianças e o objetivo é analisar a sua relação com a saúde mental materna.

Para tal, procedeu-se à compilação da bibliografia sobre este domínio, à sua análise e sistematização e posteriores conclusões.

É importante abordar o tema da saúde mental materna e da saúde oral da criança, pois ambos estão intrinsecamente ligados e desempenham um papel fundamental no bem-estar da família e de uma sociedade funcional.¹ A saúde mental materna é um desafio primordial da saúde pública que afeta a mãe e aqueles ao seu redor, sobretudo os filhos que dependem da mesma como figura parental.¹ Portanto, é essencial promover a consciencialização e a implementação de medidas preventivas e de suporte nessas áreas.¹

ABSTRACT

The prevalence of maternal mental illness depends on the type of mental illness and is influenced by numerous factors, such as socioeconomic conditions, history of mental illness, support network, social isolation, etc.^{1, 2, 3, 4} However, studies indicate that maternal mental illness is a significant problem, affecting not only the mothers' well-being but also their offspring.^{1, 2, 3, 4}

Many mothers with mental illness demonstrate reduced levels of attachment and sensitivity towards their children, which can lead to poor childcare and parenting skills, compromising the child's development in all aspects.⁵ There are several risk factors, such as history of depression, low income, unplanned pregnancy, lack of support network for childcare, age, tobacco use, alcohol, or drug consumption.⁵

Children's behaviors reflect the parental profile, highlighting the importance of establishing healthy habits early on. When the parental example involved a cariogenic diet, limited oral hygiene care, disregard for the importance of oral health and exposure to other risk factors, the child will be exposed to the same risk factors.⁶

Dental caries, gingivitis, periodontal diseases, bruxism or even malocclusion are some disorders that can be found in children, and the goal is to analyze their relationship with maternal mental health.

For this purpose, the compilation of the bibliography on this domain was carried out, its analysis and systematization, and subsequent conclusions.

It is important to address the topic of maternal mental health and child oral health, as both are intrinsically linked and play a crucial role in the well-being of the family and a functional society.¹ Maternal mental health is a primary

challenge in public health that affects the mother and those around her, especially the children who depend on her as a parental figure.¹ Therefore, it is essential to promote awareness and the implementation of preventive and supportive measures in these areas.¹

OBJETIVO

Com esta revisão bibliográfica, pretende-se sistematizar a informação relativa à relação entre a saúde mental materna e a saúde oral da criança, de modo a contribuir para um melhor conhecimento e uma melhor prevenção dos problemas de saúde oral infantil.

INTRODUÇÃO

A saúde mental tem impacto direto na saúde geral de qualquer indivíduo e é na infância que são criados hábitos que permitam um desenvolvimento adequado e saudável.^{7, 8} A saúde mental materna e a saúde oral da criança estão intrinsecamente ligadas.^{1, 7, 8}

A infância é uma etapa crucial no desenvolvimento de qualquer pessoa. A aprendizagem é um processo natural, e os comportamentos e ações são influenciadas pelo meio em que nos inserimos.⁹ Comprova-se que uma relação estável, amigável, de compreensão e amor entre a criança e o seu seio familiar, são fatores-chave no seu correto desenvolvimento.⁹

A mãe é uma figura de exemplo e de organização. Havendo um distúrbio na saúde mental materna, poderemos então enfrentar consequências na saúde oral da criança.¹ Stress, fobias, ansiedade, depressão, esquizofrenia, transtornos de personalidade, alcoolismo, toxicodependência são alguns dos distúrbios mentais com uma prevalência de 21% a 49% de mães afetadas por alguma destas condições, o que demonstra a necessidade de abordarmos este tema.¹ Alguns destes transtornos do foro psicológico maternos estão frequentemente associados a Cárie Precoce da Infância, distúrbios alimentares da criança ou até bruxismo.^{1, 6}

Um dos fatores mais importantes na manutenção do estado de saúde oral da criança é a prática de hábitos de higiene oral corretos e adequados às suas necessidades.^{5, 8} No caso da criança esses hábitos dependem da gestão

parental por trás da implementação dos mesmos.^{5, 8} No caso de uma mãe com associação a distúrbios mentais, é reduzida a frequência de escovagem dentária infantil e há um maior risco de negligência nos cuidados de saúde oral.⁵

É um tema relevante para o conhecimento de qualquer Médico Dentista visto ser uma questão de saúde pública e é importante serem dadas ferramentas aos colegas da área, para perceberem sinais de distúrbios mentais, negligência infantil e fatores de risco que tenham impacto na saúde dos jovens pacientes.⁸

Fundamentada esta relação, estas mulheres vão certamente beneficiar de estratégias aprimoradas para sensibilização: importância do cheque dentista, cuidados de saúde oral pré-natais, acompanhamento regular da mãe e da criança.⁶ É importante a educação materna para prevenir problemas de desenvolvimento infantil.⁶

Em Portugal, podemos considerar uma prevalência de aproximadamente 20% de mães que sofrem de algum tipo de transtorno psicológico, sendo a depressão pós-parto o mais comum, mas também podendo considerar a ansiedade ou transtornos de personalidade, como por exemplo a bipolaridade ou o autismo.¹⁰

É importante sublinhar o facto de que as taxas de prevalência vão sempre depender da população estudada, podendo variar drasticamente: se provém de um país desenvolvido ou em desenvolvimento, o nível de escolaridade, as condições socioeconómicas, acesso a cuidados de saúde, aspetos culturais, entre outros fatores.⁴

MATERIAIS E MÉTODOS

Para realizar esta revisão bibliográfica utilizou-se as bases de dados eletrónicas: PubMed, Scopus, WOS (Web of Science) e Lilacs pesquisando “*maternal mental health*” e “*child oral health*” com o marcador booleano AND, “*maternal mental health and child oral health*” sem marcador booleano, “*early childhood caries*”, “*child oral health behaviours*”, “*maternal mental health*”, “*maternal mental illness*”, “*depression*”, “*anxiety*”, “*post-partum depression*”, “*prevalence*”, “*schizophrenia*”, “*personality disorders*”, “*Portugal*” combinadas entre si.

Utilizaram-se os filtros para serem apenas apresentadas as opções de acesso a texto integral em inglês, português, espanhol e francês. Os documentos utilizados foram estudos longitudinais, estudos transversais, séries de casos, estudos de *coorte*, casos-controle e artigos de revisão, publicados no período temporal entre 2018 e 2023. Excluindo estudos cujo modelo de investigação não se enquadrava nos tipos de estudos dos critérios de inclusão (como resumos ou livros).

Os resultados das pesquisas foram importados para o gestor de referências EndNote™ X20, de modo a proceder à identificação de duplicados e à seleção e leitura integral dos artigos a serem utilizados.

Após leitura do título e do resumo, foram selecionados 65 artigos sobre os quais foi baseada a redação desta revisão bibliográfica.

Foi utilizada a estratégia PICO para formular a questão orientadora desta revisão bibliográfica: de que forma serão as crianças (P) com mães com distúrbios mentais (I), em comparação com as que não tenham (C), afetadas em termos de saúde oral (O)? Para permitir a sua resposta, foi compilada a evidência científica publicada sobre o tema para a subsequente avaliação bibliográfica da mesma.

A SAÚDE MENTAL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é definida como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de utilizar as suas próprias habilidades, recuperar-se do stress rotineiro, ser produtivo e contribuir para a sua comunidade”. Resumidamente, a saúde mental é a capacidade de lidar com pensamentos, emoções, com relações interpessoais, com desafios e objetivos de uma forma saudável e produtiva. ¹¹

A prevalência da doença mental materna é elevada, afetando entre 21% e 49% das mulheres ¹, seja por doenças anteriores à gravidez (distúrbios de personalidade, esquizofrenia, alcoolismo e outros) mas também por diversos fatores pós-parto: desregulações hormonais, rede de apoio deficiente, privação de sono, condições socioeconómicas, trauma associado à gravidez e/ou parto, complicações maternas e/ou neonatais. ¹¹

A função materna inclui uma vasta diversidade de tarefas: higiene, educação, alimentação, atividades sociais e ocupacionais da criança, e adaptar-se a esta realidade requer algum tempo. A maternidade é uma fase desafiante e que pode suscitar distúrbios a nível mental por todas as exigências que assume.

11

Entre os distúrbios mais comuns, temos a depressão pós-parto e a ansiedade. E estas alterações mentais afetam 1 em cada 3/5 mulheres em países em desenvolvimento e 1 em cada 10 mulheres em países desenvolvidos.

¹¹ Apesar de serem também comuns no período posterior à gestação, a prevalência exacerba no pós-parto devido a todas as condições que são alteradas desde então. A vulnerabilidade da mulher intensifica, estando mais suscetível ao aparecimento destas patologias. ¹¹

As mulheres descrevem uma maior necessidade de uma rede de apoio consolidada no período da maternidade, sobretudo porque são poucos os cuidados que são fornecidos para a saúde mental. ¹² Relata-se que para uma mulher se sentir apoiada e melhor gerenciar o stress da maternidade, há a necessidade de visitas 2 a 3 vezes por semana, sobretudo no caso de mulheres que sofram problemas conjugais, havendo uma maior carência de ajuda do companheiro nos cuidados parentais. ¹²

Sugere-se que a prevalência da doença mental em Portugal seja de aproximadamente 20%: tendo a depressão pós-parto uma taxa de prevalência de 13,6% e a ansiedade perinatal de 16,4%. ¹⁰

A auto-perceção do estado de saúde é um indicador importante de doença e mortalidade e é importante no combate à doença mental. Diversos fatores podem influenciar o estado de saúde e a auto-perceção do mesmo: características socioeconómicas/demográficas, frequência do uso de serviços de saúde, incapacidade funcional, variáveis de estilo de vida, estado de saúde mental, apoio social, satisfação com a própria vida, sexo, idade, grau de escolaridade, presença de doenças crónicas, entre outros fatores. ¹⁰ Estudos revelam que 45% das pessoas em Portugal relatam uma auto-perceção muito boa/boa, 39% relatam como sendo regular/normal e 16% relatam como má/muito má. ¹⁰ Má auto-perceção da saúde está mais frequentemente ligada a mulheres, que habitam em zonas menos povoadas e normalmente numa faixa etária mais

velha. Nível de escolaridade mais baixo, rendimentos mais baixos, desemprego, estados depressivos, isolamento social, falta de apoio social estão associados a estados de saúde mais precários.¹⁰ Em Portugal podemos relatar uma auto-perceção da saúde mais negativa em comparação aos outros países da Europa.

10

DISTÚRBIOS MENTAIS

Demonstra-se que uma elevada percentagem de distúrbios mentais maternos terá origem na fase pré-concepcional e não surgirá exclusivamente do período pós-parto.¹³ Para tal, foram avaliadas mulheres durante o período de pré-conceção, durante a gestação e pós-parto e foram avaliados os sintomas de ansiedade e depressão.¹³ Existe uma correlação entre mulheres que sofrem de ansiedade e depressão antes de engravidar e uma maior probabilidade de sofrer do mesmo durante a maternidade, inclusive os sintomas permanecem praticamente inalterados sobretudo até ao segundo trimestre de gravidez.¹³

Também as condições socioeconómicas e demográficas têm um peso sobre a saúde mental materna: dificuldades financeiras, a persistência ou transição para a pobreza, a incapacidade de sustento dos filhos, baixa escolaridade e desemprego despoletam uma vida sob stress que origina um maior risco para que vivenciem problemas de saúde mental.^{14, 15, 16} Historial de aborto, alcoolismo, tabagismo e consumo de outras substâncias são outros fatores que influenciam a prevalência da doença mental.^{4, 14, 15, 16}

A ansiedade e depressão pós-parto são uns dos distúrbios mentais mais prevalentes, assim como o *baby blues* e a psicose pós-parto, sendo alguns dos sintomas que definem estes transtornos: mudanças de humor, irritabilidade, perda de apetite, falta de autoestima.⁴ A psicose pós-parto tem uma prevalência entre 4 a 63,9% dependendo do país em questão, atingindo por isso um número global elevado de mulheres.⁴ Nota-se uma prevalência mais elevada em países em desenvolvimento, nomeadamente: entre 24,3% e 61,8% nos Camarões, 50,4% na República Democrática do Congo, 34,7% na África do Sul, 23,4% na Nigéria e 6,6% em Uganda.⁴ Nestes países em desenvolvimento, os fatores de risco associados à doença mental são inúmeros: envolve frequentemente violência física/psicológica por parte do companheiro, baixo nível de literacia,

rendimentos míseros, gravidezes não planeadas nem controladas, historial de doença mental, abusos na infância, pobreza e incapacidade de suprir as necessidades dos descendentes.⁴

Relata-se que aproximadamente 31,8% das mulheres sofre de depressão pós-parto e que aproximadamente 8,6% das mulheres relata ter pensamentos suicidas e/ou de automutilação.⁴ Mães que não sofrem de privação de sono ou que já amamentaram anteriormente, têm uma menor associação a desregulações psicológicas.⁴

Existe alguma diferença entre a prevalência da depressão pós-parto em mulheres urbanas ou rurais (20,1% vs 17,6%) mas não é significativa.¹⁷ Na Austrália (país desenvolvido), observa-se uma taxa de 8,5% em mulheres rurais e 6,6% em mulheres urbanas, sem diferença significativa.¹⁷ No Líbano (país em desenvolvimento), observa-se uma taxa de 26% em mulheres rurais e 16% em mulheres urbanas, o que já é bem mais significativo.¹⁷ Globalmente, constata-se uma taxa de 21,5% em mulheres rurais de países desenvolvidos e 31,3% em mulheres rurais de países em desenvolvimento dependendo de diversos fatores.

¹⁷ Nomeadamente: baixo estado socioeconómico, baixos rendimentos, baixa escolaridade, baixa qualidade de vida, falta de serviços de apoio à saúde mental, maior nível de stress e, por conseguinte, uma maior suscetibilidade à doença mental.^{4, 14, 15, 16, 17} Os fatores de risco são bastante semelhantes entre mulheres urbanas e rurais do mesmo país.¹⁷ Mas mulheres urbanas sofrem mais com isolamento social, que está relacionado com a urbanização do meio ambiente.^{17, 18} O isolamento social é um fator primordial da doença mental: na Dinamarca, Itália ou até Canadá constam vários relatos deste isolamento por serem países bastante desenvolvidos e urbanizados.¹⁷ A falta de laços afetivos com a família, leva muitas vezes a recorrer a amigos ou pessoas externas, mas ainda é um assunto tabu e há uma dificuldade notória em pedir ajuda.¹⁷ Mulheres que vivem em famílias muito numerosas são mais suscetíveis a desenvolver distúrbios mentais, o que pode estar relacionado com uma sobrecarga e responsabilidade acrescida. São fundamentais as relações interpessoais e uma rede de apoio estruturada. Uma estrutura familiar pouco coesa é um fator determinante no aumento significativo da prevalência da doença mental.¹⁷ Um dos fatores mais importantes é o historial de doença mental: depressão perinatal é um dos fatores

preditores mais importantes (sobretudo quando acontece entre as 32 e as 42 semanas de gravidez). ¹⁷ Baixa independência/autoeficácia parental, falta de preparação para a maternidade, falta de informação e desconhecimento sobre as exigências da maternidade são fatores frequentemente associados à desilusão, sensação de engano e dificuldade de ajuste emocional após o parto. ¹⁷ Estes fatores podem aumentar o risco de desenvolvimento de doenças mentais. Diabetes gestacional ou outras doenças médicas também são um fator de maior risco para doença mental: podem mudar ou perturbar a ação de neurotransmissores e/ou se tornar um fator de stress, tornando a mulher mais vulnerável, sobretudo em zonas rurais com menor acesso a instalações de saúde e a cuidados de saúde adequados. ¹⁷

Outro fator a ter em conta, são as experiências passadas pela mãe. Historial de abuso sexual, violência física e/ou psicológica ou outras experiências traumáticas, conduzem muitas vezes ao desenvolvimento de patologias como depressão, transtorno de stress pós-traumático (PTSD), isolamento, compulsões alimentares, medos descontrolados ou até tendências suicidas. ^{4, 14}

Outro fator que tem impacto na saúde mental materna é o parto prematuro. Podemos considerar o parto prematuro extremo (<28 semanas), muito prematuro (28-31 semanas) e o moderado a tardio (32-36 semanas). ¹⁹ Constata-se um maior risco de hospitalização por doença mental, maior prevalência de depressão, transtorno de bipolaridade, psicose, stress, ansiedade, outros transtornos do foro psicológico e automutilação até 32 anos após o parto. ¹⁹ O parto prematuro, seja em que faixa etária, foi fortemente associado a uma maior taxa de hospitalização por doença mental sobretudo nos 2 primeiros anos após o parto. Estas mulheres têm um maior risco de transtornos mentais a curto e longo prazo. ¹⁹

Tambelli R. *et al*, associa uma combinação de altos níveis de hCG (hormona gonadotrofina coriônica humana), sintomas depressivos e historial de depressão, estão associados a alta prevalência de náusea e vômito durante a gravidez, o que comprova a relação psicossomática. ²⁰ Afirma-se que o medo do parto durante a gravidez está diretamente ligado a uma maior prevalência de doença mental no período pós-parto. ²⁰ O vômito está diretamente correlacionado com o medo do parto e com a ansiedade e depressão pós-parto,

a náusea não.²⁰ Além disso, mulheres com alto nível de náusea e vômitos assumem mais frequentemente gravidezes indesejadas em comparação a mulheres que só experienciem náusea, estando o vômito associado a um possível sintoma físico que revela a existência de medo, que está associado a problemas psicopatológicos como a ansiedade/depressão.²⁰ Os sintomas físicos são frequentemente indicadores precoces de problemas do foro psicológico. Estabeleceu-se uma conexão entre medo do parto, os sintomas somáticos da gravidez e a ansiedade/depressão pós-parto.²⁰ E por sua vez, também entre sintomas que a mulher vivencia durante a gravidez e os sintomas psicopatológicos no período pós-parto.²⁰

Frequentemente, o que acaba por impedir a mulher de pedir ajuda é o estigma que ainda é recorrente em torno da doença mental.^{12, 21} Os problemas de saúde mental ainda não são considerados tão sérios como os problemas de saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento.^{12, 21} Por consequência, muitas vezes existe esta barreira entre o sofrimento e a possibilidade de procurar cuidados adequados.^{12, 21} Ser mãe, a ausência de outro cuidador e o baixo apoio social são fatores associados ao estigma de não poder falhar e de não pedir ajuda por se colocar como uma prioridade secundária.²¹

Um estudo realizado na Cidade do Cabo, em África do Sul, um meio em desenvolvimento, em 280 participantes, numa amostra o mais representativa possível, relatamos 46% das mulheres com ascendência mista, 43% caucasianas e com idade média de 31 anos. 76% das mulheres com escolaridade do 11º ano ou superior, mas menos de metade estava empregada. 48% faziam parte de um lar de baixa renda.²² Estima-se que 54% das gravidezes foram planeadas, o restante foi inesperado e/ou indesejado, 38% eram fumadoras, 19% consumiam álcool, 8% metanfetaminas e 6% cannabis.²² As patologias psiquiátricas mais comuns foram, ordenadamente: transtorno depressivo maior, transtorno do espectro bipolar, transtorno de personalidade limítrofe e traços, transtorno do espectro da esquizofrenia, transtorno de ansiedade generalizada, transtornos por uso de substâncias, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de stress pós-traumático (PTSD).²² Quase um terço das participantes (27,5%) já tinham

tentado o suicídio durante as suas vidas, tendo sido o método mais frequente, a overdose. 24,3% afirmaram pensar no suicídio. ²²

A gravidez gemelar também é um fator de risco para ansiedade e depressão pós-parto. ²³ Em Ontário, no Canadá, estima-se uma taxa de 10,5 e 8,7 por 1000 pessoas-ano em mães de gémeos ou de bebés únicos, respetivamente. ²³ A doença mental pode incluir idas às urgências, internamento por doença mental, automutilação ou por morte por suicídio. ²³ Relata-se que, sobretudo no primeiro ano pós-parto, a tendência à doença mental é acrescida, o que revela uma necessidade maior de acompanhamento durante este período.

²³

A esquizofrenia é uma outra patologia que também afeta muitas mulheres, e 40% das mulheres com esquizofrenia na Finlândia relatam ter passado por situações de sem-abrigo. ²⁴ A esquizofrenia afeta a capacidade da mãe de cuidar dos filhos. 35,1% dos filhos com mães portadoras de esquizofrenia foram colocados fora de casa em algum momento, sendo muitas vezes acolhidos por lares, famílias de acolhimento ou instituições. ²⁴

Confirma-se que no período dos confinamentos durante a pandemia COVID-19, o isolamento social, o trabalho incerto e o teletrabalho sem apoio para gerenciar os filhos em casa originaram uma maior prevalência de doença mental e alterações de hábitos de sono. ²⁵ O isolamento e a solidão são então fatores de alto risco para desenvolver doença mental. ¹⁸

Apenas 40% das mulheres que recebem um diagnóstico de doença mental, são adequadamente tratadas e acompanhadas. Nos Estados-Unidos, 1 em cada 8 mulheres sofre de doença mental durante a gravidez ou até 5 anos após o parto, sendo uma das complicações obstétricas mais comuns. A doença mental não tem apenas consequências para a mãe, mas também para a criança, para a entidade empregadora e até para o governo, como relata a figura seguinte: ²⁶

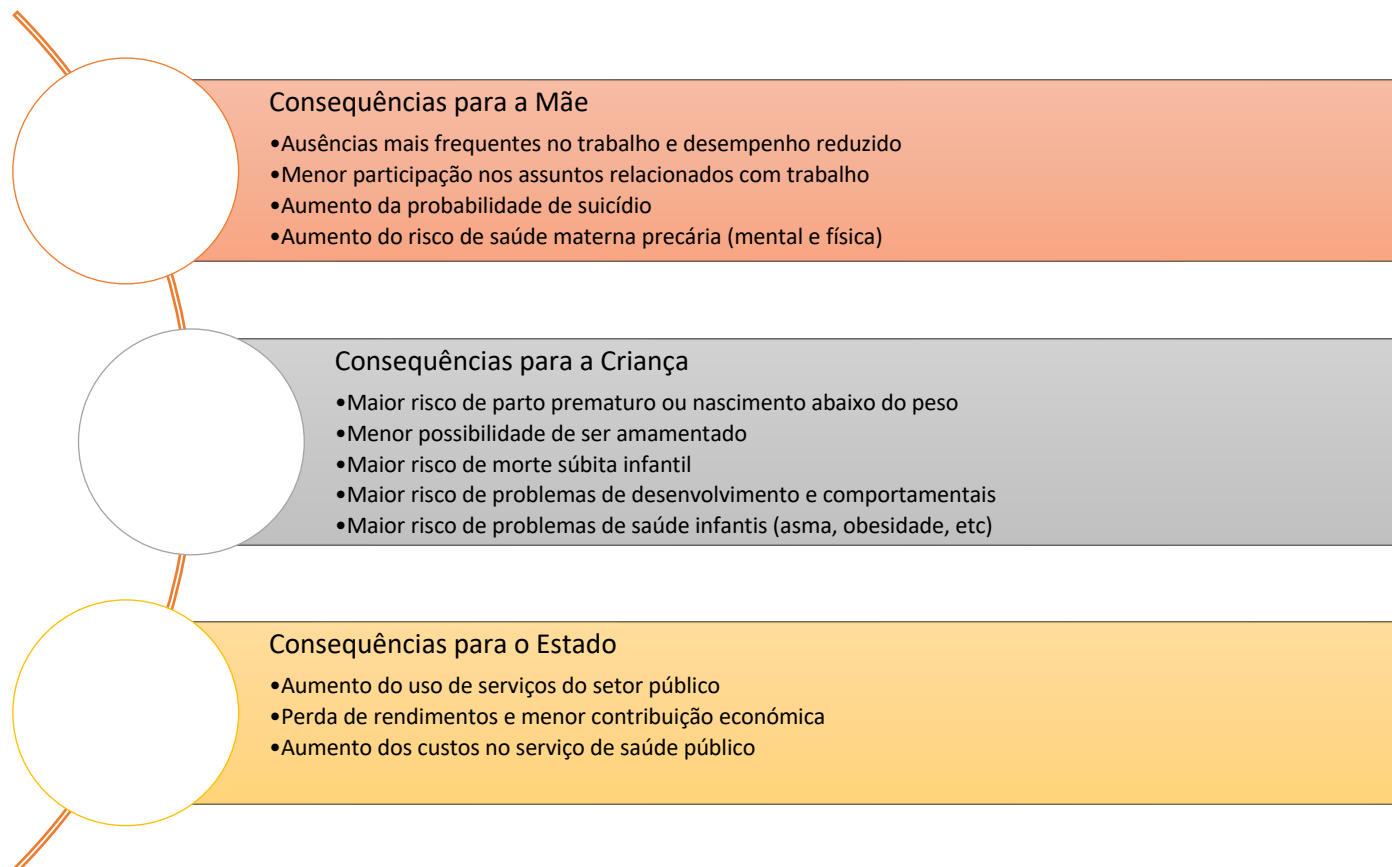


Figura I. Consequências das doenças mentais maternas não tratadas. Adaptado do artigo Margiotta C, Gao J, O'Neil S, et al. *The economic impact of untreated maternal mental health conditions in Texas. BMC Pregnancy and Childbirth.* 22:700 (2022). DOI: 10.1186/s12884-022-05001-6.

SAÚDE ORAL NA INFÂNCIA

CUIDADOS ORAIS DA CRIANÇA

É importante avaliar o conhecimento da mãe no que toca a cuidados da saúde oral da criança, a importância dos mesmos e quais os fatores preventivos para a sua saúde.^{5, 8} Constata-se que uma maioria das grávidas não visitaram o Médico Dentista nem nos meses precedentes nem durante a gravidez.^{5, 8} Uma grande maioria das mães que sabiam que deviam limpar a boca do bebé desde o nascimento, inclusive antes da erupção dentária, foram mães que receberam instruções dos profissionais de saúde para tal.^{5, 8} Apenas 21% das mães tinham noção que podiam transmitir lesões cariosas à criança. Existe uma grande falta de consciencialização devido ao facto de não se visitar o Médico Dentista: a educação por parte dos profissionais de saúde é essencial porque tem impacto

nos hábitos e nos comportamentos da mãe e promove a saúde oral da criança.^{5, 8} Existe uma correlação entre escolaridade e escovagem diária: mães com ensino secundário ou universitário escovam os dentes 2 a 3 vezes por dia, menor escolaridade está correlacionado com menor frequência de escovagem. No entanto, a escovagem 1 vez ao dia não permite correta eliminação de bactérias.^{5, 8} Estima-se que 54% das mulheres não receberam orientações sobre os cuidados a ter com a cavidade oral materna e infantil.⁸ As mulheres ainda não estão suficientemente consciencializadas sobre a importância de recorrer ao Médico Dentista durante a gravidez.⁸ O atendimento é frequentemente procurado em caso de urgência, não sendo considerado uma prioridade recorrente.⁸ É importante continuar a informar para que as mulheres entendam que é seguro ir ao Médico Dentista durante a gravidez e que os tratamentos, sempre que realizados com um profissional, são seguros.⁸ Descendentes de mães que receberam cuidados de saúde oral antes da concepção e durante a gravidez, tendem a apresentar menor historial de cárie na infância e menor prevalência de *Streptococcus Mutans*.⁸ Uma minoria dos progenitores sabe que deve levar a criança ao Médico Dentista pela primeira vez entre os 6 e os 12 meses.⁸ 41,23% acreditam que a criança deve ir por volta de 1 ano de idade, 53,23% acreditam que a criança só deve ir após todos os dentes decíduos erupcionados.⁸

Rendimentos mais elevados estão frequentemente associados a uma escolaridade mais alta e, por conseguinte, a um interesse e empenho maior na resposta às necessidades de saúde oral da criança: menor taxa de cárie, menor perda dentária e menor risco de desenvolver outros problemas da cavidade oral.

27, 28

Hábitos saudáveis devem ser adquiridos desde a primeira infância.²⁹ É fundamental informar para a auto-perceção e intervenção cuidada dos pais para um acompanhamento correto da saúde dos seus filhos.^{30, 31} No que toca à saúde oral, há muitos anos que é comprovado a existência de uma correlação entre os comportamentos dos pais e respetiva saúde oral da criança.^{30, 31} É importante a consciencialização do uso de flúor.³¹ A idade e o nível de educação dos pais são fatores de risco para a motivação dos progenitores nos cuidados de saúde oral da criança.³¹ Apenas 64,7% visita frequentemente o Médico Dentista para

check-up, 20,9 % tende a adiar tratamentos e 15,2% vão apenas em caso de urgência. Estima-se que 80% dos pais utilizem pasta dentífrica fluoretada. ³¹ A prevenção na saúde oral infantil passa primeiramente pelo cuidado e motivação da saúde oral dos progenitores. ³¹

PATOLOGIA ORAL DA CRIANÇA

Cáries dentárias, gengivite, doenças periodontais, bruxismo ou até má oclusão são alguns distúrbios com uma relação direta com a saúde mental materna. ³²

A cárie dentária na infância, atualmente conhecida como Cárie Precoce da Infância (CPI), é uma doença crônica progressiva que resulta da interação de diversos fatores: ^{33, 34, 35, 36}

- Fatores do hospedeiro (estrutura e tecidos dentários mais ou menos vulneráveis à cárie); ^{35, 36}
- Fatores do agente (bactérias cariogénicas presentes na cavidade oral causadoras da desmineralização dos tecidos dentários, sabendo que a microbiota oral é a segunda comunidade mais complexa da saúde humana); ^{35, 36}
- Fatores do ambiente (resposta às necessidades nutricionais das bactérias, como por exemplo dieta cariogénica ou falta de higiene oral). ^{35, 36}

O desequilíbrio entre esses fatores pode levar à desmineralização dos tecidos duros do dente, resultando em manchas brancas opacas, cavidades e, em casos graves, infeções que podem ter graves repercussões na saúde geral da criança. ^{33, 35, 36}

A prevalência da cárie na primeira infância é de aproximadamente 530 milhões de crianças. ³⁵ Afeta cerca de 60% das crianças em idade escolar. ²⁸

Existem fatores protetores que ajudam a manter o equilíbrio na cavidade oral e prevenir a desmineralização da superfície dentária, incluindo a saliva, que tem várias funções protetoras, e a presença de fluoretos na cavidade oral. ^{8, 29, 35, 36} O flúor pode ajudar a fortalecer o esmalte e prevenir a desmineralização, além de ter um efeito na remineralização dentária. ^{8, 29, 35, 36} É importante prevenir

a cárie desde a infância, através de medidas como dieta saudável, boa higiene oral e visitas regulares ao médico dentista. ^{8, 29, 35, 36}

A cárie é considerada uma doença infecciosa transmissível. ^{8, 37} O microbioma oral da criança desenvolve-se em grande parte em semelhança ao dos progenitores, sobretudo por influência da mãe (principalmente em parto normal). ³⁷ Na gravidez existem muitas alterações hormonais, é um período crítico para a mulher. Apenas entre 20 a 35% das mulheres tem noção que a cárie é transmissível de pais para filhos: deve ser evitado limpar a chupeta com a boca, beijos na boca e partilha de talheres. ⁸

Crianças que apresentam grandes cavidades nas superfícies dentárias estão frequentemente inseridas em meios com baixo nível de escolaridade, doença mental parental, falta de informação e/ou interesse. ^{29, 38, 39, 40, 41} Os baixos rendimentos estão frequentemente associados a maior prevalência de cárie precoce da infância e a outras patologias na cavidade oral. ^{29, 38, 39, 40, 41} Dificuldades financeiras são associadas a uma dificuldade acrescida em manter uma correta alimentação e à diminuição ou até inexistência de visitas ao Médico Dentista porque não são vistas como prioritárias. ^{29, 38, 39, 40, 41} Mães interessadas e informadas sobre os cuidados de saúde oral, sobre a cárie precoce da infância e sobre possíveis patologias orais, normalmente têm hábitos de higiene e alimentação corretos, zelando pela saúde da criança. ^{29, 38, 39, 40, 41} A industrialização da comida é um dos fatores de risco atuais: processada e cheia de açúcares (como por exemplo, leites achocolatados e sumos de fruta). Muitas mães acreditam que uma criança de 2/3 anos que acorda durante a noite para mamar pode continuar a dormir sem escovagem: eleva o risco de cárie precoce da infância associado ao menor fluxo salivar e a um maior tempo de exposição dos tecidos dentários às substâncias cariogénicas. ^{29, 38, 39, 40, 41} É fundamental manter uma correta higiene oral, pelo menos duas vezes diárias, sendo prioritária sempre antes de deitar. ^{29, 38, 39, 40, 41}

Outra patologia oral frequente em crianças é o bruxismo, que é usualmente associado a stress, ansiedade e neuroticismo. ⁴² Os sintomas de ansiedade são difíceis de diagnosticar na infância porque vão mudando consoante a fase de desenvolvimento que se encontram. ⁴² Estima-se que 2,5-5% das crianças sofrem de ansiedade. ⁴² Condições socioeconómicas, pobreza,

desapego parental são fatores de risco que influenciam a saúde mental da criança.⁴²

É também fundamental dar a devida importância a uma alimentação regrada, vitaminada e completa tanto para a mãe como para o bebê.⁴³ A alimentação é um fator de risco para o desenvolvimento de saúde oral da criança: nas áreas urbanas do Nepal, a baixa capacidade financeira, os acessos fáceis e menos dispendiosos a produtos processados e açucarados, dá origem a cárie precoce da infância, comum a partir dos 2 anos e vai piorando até aos 6, onde 74,3% das crianças têm cárie e 20% dores associadas.⁴⁴ Nas áreas mais rurais, a cárie é associada a malnutrição e déficit vitamínico.⁴⁴

No caso de crianças mais agressivas, há também um maior risco de trauma dentário (como por exemplo, avulsão ou fraturas da coroa), ranger os dentes (bruxismo), menos respeito por regras e hábitos de higiene (escovagem), maior ingestão de bebidas açucaradas e alimentos cariogênicos.³²

INFLUÊNCIA PARENTAL NA SAÚDE DA CRIANÇA

A influência parental é uma variável importante no desenvolvimento da criança, sobretudo durante o primeiro ano de vida.^{8, 11, 45} A figura materna, numa maioria dos casos, é a principal responsável pela alimentação, criação de hábitos saudáveis, educação e higiene, saúde e apoio da criança.^{8, 11, 45} E, por esse motivo, tem um grande impacto no cuidado oral perpetuado para com a criança.^{8, 11, 45}

Sugere-se que filhos cujas mães sofrem de doença mental, têm uma maior possibilidade de vir a desenvolver também.¹⁴ E, no caso de não se combater o distúrbio psicológico, a relação mãe-filho será afetada, tendo consequências negativas no correto desenvolvimento cognitivo da criança.³⁵

Durante o desenvolvimento infantil, existem períodos sensíveis em que a criança é mais predisposta a ser afetada por consequências da sua educação e do meio em que se insere.¹⁴ Os primeiros 3 anos de vida são um período crucial no desenvolvimento e a exposição a adversidade é possível que tenha um grande impacto em comparação a outras alturas da vida da criança.¹⁴ Entre o período dos 5 aos 11 anos é um período de grande desenvolvimento cognitivo, onde as medidas educacionais implementadas são mais facilmente assimiladas

a longo prazo, e, por esse motivo, é fundamental pôr em prática hábitos de higiene e criar rotinas saudáveis.¹⁴

Mães que enfrentam problemas do foro psicológico, normalmente têm uma dificuldade acrescida em manter rotinas e hábitos saudáveis, o que se traduz numa higiene oral deficiente.^{29, 38, 39, 40, 41} Além disso, a ansiedade materna é muitas vezes transmitida à criança, o que origina problemas nas visitas ao Médico Dentista.^{29, 38, 39, 40, 41} Da mesma forma, a saúde oral da criança também afeta a saúde mental materna: dor de dentes ou outros problemas orais traduzem-se muitas vezes em noites mal dormidas, falta de concentração, dificuldade em comer, e isso gera ainda mais ansiedade à progenitora. Além disso, o custo das consultas muitas vezes gera ansiedade.^{29, 38, 39, 40, 41}

O transtorno de défice de atenção e hiperatividade (TDAH) é associado a sobrepeso/obesidade antes da gravidez, amamentação por menos de 1 mês e tabagismo durante a gravidez.^{46, 47} O transtorno bipolar é associado a consumo de álcool durante a gravidez.^{46, 47} A depressão e ansiedade são associados a abusos físicos e/ou psicológicos, violência doméstica durante a gravidez, sobrepeso/obesidade antes da gravidez e tabagismo.^{46, 47} O neuroticismo é associado a tabagismo durante a gravidez.^{46, 47} Os transtornos do espectro do autismo e esquizofrenia não estão associados a nenhum fator de risco perinatal.^{46, 47} Distúrbios do foro psicológico são globalmente associados a tabagismo durante a gravidez.^{46, 47} Mulheres ex-fumadoras com distúrbios psicológicos têm mais tendência a ter recaídas e a voltar a fumar nos primeiros 2 meses pós-parto, mulheres fumadoras com ansiedade tendem a fumar mais durante a gravidez (associado ao efeito calmante).⁴⁷ O consumo de álcool (alcoolismo) é frequentemente associado a défices no desenvolvimento cognitivo da criança.⁴⁸ Estes fatores de saúde materna acabam por ter um impacto direto no desenvolvimento da criança, influenciando a sua saúde.^{47, 48}

Quando a mãe se encontra doente, há também uma menor disponibilidade para a criança, uma diminuição da capacidade de responder às necessidades da criança, perde-se o foco na criança para focar na doença materna.⁴⁹

O terceiro trimestre de gravidez é o que tem maior impacto no sono da criança, a doença mental neste período é um fator de predisposição para

problemas futuros: ansiedade da criança para dormir à noite traduzida em resistência para dormir à noite e sonolência durante o dia (para crianças de 6 meses), sendo os rapazes mais suscetíveis.^{50, 51} É um problema bidirecional: doença mental materna afeta rotina de sono da criança e vice-versa.^{50, 51} Ajudar os pais a lidar com o sono da criança é ajudar o bem-estar parental e, por conseguinte, a sua saúde mental.⁵²

A esquizofrenia, outra patologia mental materna, é um fator de risco significativo para o abandono da criança e consequente acolhimento em instituições, que prejudica os cuidados de saúde e acesso aos mesmo, a estruturação de hábitos de higiene e de vida saudáveis. Serviços de tratamento intensivo e aconselhamento devem ser oferecidos às famílias com uma mãe que sofre de esquizofrenia.²⁴

O transtorno de défice de atenção e hiperatividade (TDHA), os transtornos do espectro do autismo e a esquizofrenia são transtornos de neuro desenvolvimento altamente hereditários.⁵³ É importante que os profissionais de saúde estejam atentos a sinais como desatenção, dificuldades na linguagem, dificuldades motoras, dificuldades na comunicação.⁵³

Os pais desempenham também um papel fundamental na alimentação da criança, as práticas alimentares podem ser influenciadas por diversos fatores. A doença mental prejudica a alimentação da criança: falta de predisposição materna, falta de vontade de conhecimento, não dar autonomia à criança e falta de incentivo de hábitos saudáveis.⁵⁴ A doença mental implica frequentemente práticas mais controladoras e menos responsivas, uso de alimentos como recompensa, restrição alimentar para controlo de peso, menor uso de modelagem e monitoramento, pouco equilíbrio, pouca variedade e falta envolvimento em ensinamentos sobre nutrição.⁵⁴

A doença mental grave restringe então os pais: sentem-se sobrecarregados, frustrados, inadequados, incompetentes, estabelecem uma relação mais distanciada com os filhos, sentem-se impotentes, stressados, maior dificuldade em lidar com as emoções, medos inconscientes, cansaço, exaustão, isolamento e rede de apoio insuficiente.^{55, 56} O que origina uma falta de empatia para com a criança.^{55, 56} Distúrbios do foro psicológico como transtorno de stress pós-traumático (PTSD) ou depressão, podem tornar a mãe mais violenta, menos

compreensiva, mais impaciente.⁵⁷ Sublinha-se então a importância de cuidar da saúde mental materna para uma educação mais consciente, mais paciente, mais empática e mais compreensiva. Com o objetivo de evitar o risco de comorbidades psicológicas da criança.⁵⁷

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma outra patologia mental que afeta 3,3% das mães portuguesas. Sendo 15% desses casos, casos severos.⁵⁸

A doença mental é uma doença a ser combatida, representando um elevado risco para a mãe e para a criança.⁵⁹

RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE MENTAL MATERNA E A SAÚDE ORAL DA CRIANÇA

A saúde mental materna e a saúde oral da criança estão intrinsecamente conectadas e, por conseguinte, uma tem impacto na outra:

- Cuidados de higiene oral: a saúde mental materna tem impacto direto na capacidade de gerenciamento das necessidades da criança por parte da mãe, o que inclui também os cuidados de saúde oral. Se a mãe for portadora de algum distúrbio psicológico, nomeadamente depressão, ansiedade e/ou stress excessivo, pode haver uma diminuição da capacidade de cuidar adequadamente da higiene oral da criança, incluindo: escovagem diária suficiente, utilização de meios complementares de higiene oral, visitas regulares ao Médico Dentista. Estes fatores podem acabar por dar origem ao desenvolvimento de patologias orais: cáries, doenças periodontais, perda dentária precoce;⁵
- Alimentação: Stress ou ansiedade crónica pode influenciar os nossos hábitos alimentares, e por consequência, influencia o tipo de alimentação que a mãe providencia à criança. Uma alimentação pouco variada, cariogénica, com falta de nutrientes (nomeadamente vitaminas B, C ou D, ferro ou cálcio) aumenta o risco de problemas de saúde da criança (cáries e/ou outros problemas na cavidade oral), consumo excessivo de alimentos cariogénicos e açucarados;^{43, 44, 54, 60}

- Comportamentos de risco: quando a mãe possui algum déficit psicológico origina uma incapacidade de impor regras e limites, de orientar a criança, de providenciar uma correta educação em equilíbrio e tranquilidade. O que muitas vezes leva a que a criança tenha comportamentos de compensação, como é o caso da sucção excessiva no dedo ou na chupeta; ⁵⁷
- Transmissão de bactérias: a saúde mental materna vai-se refletir na sua saúde geral. Vai estar mais sujeita à presença de outras patologias, como é o caso da doença periodontal. E por sua vez, haverá uma transmissão aumentada de bactérias da mãe para a criança. Aumentando a possibilidade da criança vir a desenvolver a mesma patologia; ^{35, 36}
- Atenção aos cuidados de saúde: a saúde mental da mãe poderá também influenciar as suas rotinas e da criança. Há uma diminuição das idas ao Médico Dentista, o que impede que a criança receba os cuidados orais necessários e adequados. Há uma diminuição da motivação e da capacidade da mãe para lidar com tarefas incluídas nos cuidados gerais da criança. ^{4, 14, 15, 16}

Estudos demonstram uma correlação inversa entre ansiedade/depressão materna e funcionamento materno: quanto mais profundo o distúrbio, menos são os cuidados estabelecidos para com a criança. ^{11, 14} Sugerem também que quando estamos perante uma mãe portadora de distúrbios mentais, a qualidade dos cuidados prestados à criança é diminuída. ^{11, 14} Quando a saúde da criança é afetada, sobretudo no primeiro ano de vida onde há maior prevalência de cuidados diminuídos, a saúde geral futura da criança pode ser impactada também. A doença mental materna, afeta a capacidade de desenvolvimento cognitivo da criança. ^{11, 14}

Foi realizado um estudo, entre 1 e 4 meses pós-parto, avaliando dois indicadores: funcionamento materno (medido pelo Índice de Barkin de Funcionamento Materno (BIMF) e a pontuação de saúde mental (medidas pelo Inventário de Saúde Mental (MHI)). ¹¹ A pontuação média e desvio padrão no MHI foi de 79,1/15,0 numa faixa variável entre 18 e 108, e a pontuação média e desvio padrão no BIMF foi de 97,4/12,9 numa faixa variável entre 0 e 120. ¹¹ Com base

nas correlações de Pearson e Spearman, comprovou-se um melhor desempenho materno associado a uma boa saúde mental, consequentemente também melhores cuidados infantis. Estando os dois indicadores intrinsecamente ligados.¹¹

A OMS afirma que os transtornos mentais ainda são um grave e subestimado problema nos países em desenvolvimento e que está gradualmente a ser combatido nos países desenvolvidos.⁶¹ Bebés com exposição a transtornos psicológicos maternos persistentes entre os 3 e os 6 meses, encontram-se menos desenvolvidos no domínio cognitivo, sobretudo no que toca a habilidades motoras finas.⁶¹ O que poderá ter impacto no desenvolvimento da criança, como por exemplo na destreza manual, necessária na escovagem dentária.⁶¹

O desenvolvimento cognitivo da criança debilitado é associado a sintomas depressivos maternos: dificuldades de leitura, mau comportamento geral, desatenção, reações mais agressivas e dificuldade em gerir emoções.⁶²

MEDIDAS A PÔR EM PRÁTICA PARA MELHORAR A SAÚDE MENTAL MATERNA E CONSEQUENTE SAÚDE ORAL DA CRIANÇA

No período pós-parto é fundamental avaliarmos não só a condição física da mãe, mas também a condição mental. É fundamental que os profissionais de saúde sejam capazes de estar alerta para sinais que expressem qualquer distúrbio que seja, de forma a impedir não só complicações desnecessárias para a mãe, mas também para a criança.¹¹

Uma medida que podia ser posta em prática são programas de voluntariado onde qualquer mulher, mãe ou não, pudesse ir, ouvir e acolher, ajudar a solucionar problemas e partilhar experiências. São iniciativas que são feitas em Mali, por exemplo, também com o objetivo de reduzir a pobreza, ajudar e apoiar.¹²

Existe uma necessidade urgente de implementação de estratégias e intervenções e de consciencialização informada para reduzir as desigualdades em Portugal.¹⁰

Contactos continuados da mãe com os diferentes profissionais de saúde (ginecologista, pediatra, Médico Dentista, enfermeiros, entre outros) são uma excelente oportunidade para triagem e intervenção quando necessário.¹⁷

É fundamental o cuidado da saúde oral para uma boa saúde geral do indivíduo. A prevenção é a área onde o Médico Dentista pode ter mais impacto. A Medicina Dentária devia estar incluída nas Unidades de Saúde Familiar, junto do Médico de Família (que tem um bom posicionamento para informar e vigiar o paciente) para acompanhamento, aconselhamento em higiene oral (correta técnica de escovagem, técnicas de introdução da escovagem para as diferentes faixas etárias, quantidade correta de pasta dentífrica, quantidade de flúor adequada, entre outros) e alimentação (evitar o açúcar nos 2 primeiros anos da criança, apoiar uma alimentação variada e equilibrada, motivar a autonomia da criança, entre outros), apoio na cessação tabágica, suplementação com flúor quando necessário, aplicações de vernizes fluoretados e/ou de selantes de fissuras, consultas de rotina, diagnósticos e planos de tratamento.^{63, 64} A associação entre uma correta escovagem e o uso precoce de pasta dentífrica fluoretada, adequando a quantidade à faixa etária é essencial para prevenir problemas desde o início, assim como um correto acompanhamento para observar as características orais da criança e diagnosticar possíveis patologias desde cedo na infância.^{63, 64}

CONCLUSÃO

A saúde mental materna afeta não só a mãe, mas também a criança sob os seus cuidados. O preconceito da sociedade acaba por criar barreiras para que a mãe reconheça a sua incapacidade e peça ajuda.⁷

Em Portugal, os cuidados de saúde mental muitas vezes são dispendiosos e as consultas no Serviço Nacional de Saúde são agendadas com bastante atraso e espaçamento, o que acaba por desmotivar a pessoa que procura esse tipo de cuidados.

É fundamental investir na saúde mental, apostar na contratação de profissionais qualificados que possam abranger o número de pessoas necessitadas.⁷

É importante quebrarmos estigmas e consciencializar a sociedade para uma realidade que é tão comum como a doença mental materna para que a mãe possa ter a ajuda necessária ^{7, 21}, para poder na sua vez, fornecer um crescimento saudável à criança. Acabar com os estigmas, sensibilizar e atuar é fundamental. ⁵⁸

É importante o apoio e intervenção no período pré-conceção, abordar a conceção consciente para evitar estender estas patologias durante a maternidade e consequentes consequências para os descendentes. As mulheres grávidas no pós-parto devem receber atenção adequada, não só à parte física, mas igualmente à parte psicológica, visando o bem-estar materno e o desenvolvimento infantil saudável. ¹³ Deve-se reconhecer o impacto da saúde mental materna na saúde oral da criança e garantir que as mães recebem o apoio e os cuidados adequados para lidar com os problemas do foro psicológico, com o objetivo de promover a saúde oral das crianças. Facilitar acessos a cuidados de saúde mental, apoio emocional, informação sobre os cuidados de saúde oral e estratégias para promover hábitos saudáveis de higiene oral em casa. ⁵⁸

É fundamental continuarmos a avaliar esta questão para descobrirmos as janelas específicas de períodos em que a criança esteja mais exposta a ser sujeita a défices de desenvolvimento para um maior foco de atuação nesses períodos considerados mais críticos. Aconselha-se o envolvimento das escolas com medidas preventivas e de informação para que a criança perceba também a importância da saúde oral. ¹⁴

Os serviços sociais devem colaborar com os serviços de proteção à criança nos casos em que a mãe não tem a capacidade de suprir as necessidades dos descendentes. ²⁴ Também a terapia cognitiva comportamental é uma boa opção para ajudar a combater a doença mental materna, que quando não é tratada representa um impacto significativo na dinâmica familiar e no desenvolvimento infantil. ⁶⁵

É crucial fornecer às mães o apoio necessário, incluindo educação adequada sobre a maternidade, acesso a informação confiável, preparação para os desafios da maternidade e oportunidades para desenvolver a autoeficácia e confiança parental. Além disso, é importante oferecer suporte emocional

contínuo, estabelecer redes de apoio e garantir que os serviços de saúde mental estejam disponíveis e acessíveis às mães que necessitem deles. ¹⁷

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomes MAB, Costa VPP, Goettems ML, Azevedo MS. *Maternal Common Mental Disorders symptoms influence associated with early childhood dental caries: a cross-sectional study in southern Brazilian city*. Wiley. DOI: 10.1111/ipd.12685
2. Pereira JT, Knorst JK, Luz PB, et al. *Impact of Early Childhood Caries and Maternal Behaviors on Oral Health - Related Quality of Life of Children*. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada (2020). DOI: 10.1590/pboci.2020.065.
3. Abdullahi AT, Farouk ZL, Iman A. *Common mental disorders in mothers of children attending out-patient malnutrition clinics in rural North-western Nigeria: a cross-sectional study*. BCM Oral Health 21, 185 (2021). DOI: 10.1186/s12889-021-10227-8.
4. Dingana TN, Ngasa SN, Ngasa NC, et al. *Prevalence and factors associated with post-partum depression in a rural area of Cameroon: a cross-sectional study*. Pan African Medical Journal 42-138 (2022). DOI: 10.11604/pamj.2022.42.138.32347.
5. Tsuchiya S, Tsuchiya M, Momma H, et al. *Influence of maternal postpartum depression on children tooth brushing frequency*. Wiley. DOI: 10.1111/cdoe.12672.
6. Alade M, Folayan MO, Tantawi ME, et al. *Early childhood caries: Are maternal psychosocial factors, decision-making ability, and caries status risk indicators for children in a sub-urban Nigerian population?* BMC Oral Health. doi: 10.1186/s12903-020-01324-y
7. Priyadarshini U, Rao AP, Dash S. *Recommendations for maternal mental health policy in India*. Journal of Public Health Policy 44:90 - 101 (2023). DOI: 10.1057/s41271-022-00384-4.
8. Ludovichetti FS, Zuccon A, Lucchi P, et al. *Mothers' awareness of the correlation between their own and their children's oral health*. International Journal of Environmental Research and Public Health 19-14967 (2022). DOI: 10.3390/ijerph192214967.
9. Badwaik A, Maurya A. *Effectiveness of Self-Instructional Module on Knowledge Regarding Selected Habit Disorders in Children among Mothers of Preschooler*. Journal of Pharmaceutical Research International 33-47B:140-145 (2021). DOI: 10.9734/JPRI/2021/v33i47B33104.
10. Shaaban AN, Martins MRO, Peleteiro B. *Factors associated with self-perceived health status in Portugal: results from the national health survey 2014*. Frontiers in Public Health 10:879432 (2022). DOI: 10.3389/fpubh.2022.879432.
11. Shamasbi SG, Barkin JL, Ghanbari-Homayi S, et al. *The relationship between maternal functioning and mental health after childbirth in Iranian women*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 17-1558 (2020). DOI: 10.3390/ijerph17051558.
12. Lasater ME, Murray SM, Keita M, et al. *Integrating Mental Health into Maternal Health Care in Rural Mali: a qualitative study*. Journal of Midwifery and Women's Health 66:233-239 (2020). DOI: 10.1111/jmwh.13184.

13. Kee MZL, Ponmudi S, Phua DY, et al. *Preconception origins of perinatal maternal mental health*. Archives of Women's Mental Health 24:605-618 (2021). DOI: 10.1007/s00737-020-01096-y.
14. Smith TA, Kievit RA, Astle DE. *Maternal mental mediates link between socioeconomic status and child development*. Current Psychology (2022). DOI: 10.1007/s12144-022-03181-0.
15. Raghavan V, Khan HA, Seshu U, et al. *Prevalence and risk factors of perinatal depression among women in rural Bihar: a community based cross-sectional study*. Asian Journal of Psychiatry 56 (2021). DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102552.
16. Sampaio JRF, Vidal SA, Gões PSA, et al. *Sociodemographic, behavioral and oral health factors in maternal and child health: An interventional and associative study from the network perspective*. International Journal of Environmental Research and Public Health 18-3995 (2021). DOI: 10.3390/ijerph18083895.
17. Zarghami M, Abdollahi F, Lye MS. *A comparison of the prevalence and related risk factors for post-partum depression in urban and rural areas*. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 13(2):e62558 (2019). DOI: 10.5812/ijpbs.62558.
18. Caetano B, Branquinho M, Canavarro MC, et al. *Mattering and depressive symptoms in Portuguese postpartum women: The indirect effect of loneliness*. International Journal of Environmental Research and Public Health 19-11671 (2022). DOI: 10.3390/ijerph191811671.
19. Côté-Corriveau G, Paradis G, Luu TM, et al. *Longitudinal risk of maternal hospitalization for mental illness following preterm birth*. BMC Medicine 20:447 (2022). DOI: 10.1186/s12916-022-02659-9.
20. Tambelli R, Ballarotto G, Trumello C, et al. *Transition to Motherhood: A study on the association between somatic symptoms during pregnancy and post-partum anxiety and depression symptoms*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 19-12861 (2022). DOI: 10.3390/ijerph191912861.
21. Minichill W, Getinet W, Kasew T. *Prevalence of perceived stigma and associated factors among primary caregivers of children and adolescents with mental illness, Addis Ababa, Ethiopia: cross-sectional study*. PLoS ONE 16-12 (2021). DOI: 10.1371/journal.pone.0261297.
22. Du Toit E, Niehaus D, Jordaan E, et al. *Perinatal suicidality: risk factors in South African women with mental illness*. South African Journal of Psychiatry 26(0), a 1412 (2020). DOI: 10.4102/sajpsychiatry.v26i0.1412.
23. Lapinsky SC, Ray JG, Brown HK, et al. *Twin pregnancy and severe maternal mental illness: a Canadian population-based cohort study*. Archives of Women's Mental Health 26:57-66 (2023). DOI: 10.1007/s00737-023-01291-7.
24. Simoila L, Isometsa E, Gissler M, et al. *Maternal schizophrenia and out-of-home placements of offspring: a national follow-up study among Finnish women born 1965-1980 and their child*. Psychiatry Research 273, 9-14 (2019). DOI: 10.1016/j.psychres.2019.01.011.
25. Di Giorgio E, Di Riso D, Mioni G, et al. *The interplay between mother's and children behavioral and psychological factors during COVID-19: an Italian study*. European Child and Adolescent Psychiatry 30:1401-1412 (2021). DOI: 10.1007/s00787-020-01631-3.

26. Margiotta C, Gao J, O'Neil S, et al. *The economic impact of untreated maternal mental health conditions in Texas*. BMC Pregnancy and Childbirth. 22:700 (2022). DOI: 10.1186/s12884-022-05001-6.
27. Moghaddam LF, Vettore MV, Bayani A, et al. *The Association of Oral Health Status, demographic characteristics and socioeconomic determinants with Oral health - related quality of life among children: a systematic review and meta-analysis*. BCM Pediatrics 20, 489 (2020). DOI: 10.1186/s12887-020-02371-8.
28. Ellakany P, Madi M, Fouda SM, et al. *The effect of parental education and socioeconomic status on dental caries among Saudi children*. International Journal of Environmental Research and Public Health 18-11862 (2021). DOI: 10.3390/ijerph182211862.
29. Luz PB, Pereira JT, Knorst JK, et al. *The role of mothers knowledge, attitudes, practice in dental caries on vulnerably preschool children*. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada 20:e4687 (2020). DOI: 10.1590/pbodi.2020.007.
30. Khairinisa S, Setiawati F, Maharani DA, et al. *Validity of mother-child self-perceived oral health for the assessment of 5 years old children's oral health in Indonesia*. BCM Oral Health 23, 172 (2023). DOI: 10.1186/s12903-023-02876-5.
31. Pranno N, Zumbo G, Tranquilli M, et al. *Oral hygiene habits and use of fluoride in developmental age: role of parents and impact on their children*. BioMed Research International 6779165 (2022). DOI: 10.1155/2022/6779165.
32. Staberg M, Norén JG, Gahnberg L, et al. *Oral health and oral health risk behavior in children with and without externalizing behaviour problems*. European Archives of Paediatric Dentistry 19:177-186 (2018). DOI: 10.1007/s40368-018-0346-8.
33. Folayan MO, Alimi P, Alade MO, et al. *Validation of maternal report of early childhood caries status in Ile-Ife, Nigeria*. BCM Oral Health 20, 336 (2020). DOI: 10.1186/s12903-020-01288-z.
34. Kateeb E, Lim S, Amer S, et al. *Behavioral and social determinants of early childhood caries among Palestinian preschoolers in Jerusalem area: a cross-sectional study*. BCM Oral Health 23, 152 (2023). DOI: 10.1186/s12903-023-02809-2.
35. Xu X, Shan B, Zhang Q, et al. *Oral microbiome characteristics in children with and without early childhood caries*. Journal of Clinical Pediatric Dentistry (2023). DOI:10.22514/jocpd.2023.012.
36. Moynihan P, Tanner LM, Holmes RD, et al. *Systematic review of evidence pertaining to factors that modify risk of early childhood caries*. JDR Clinical and Translational Research (2019). DOI: 10.1177/2380084418824262.
37. Fernandes M, Azevedo MJ, Campos C, et al. *Potential pathogenic and opportunistic oral bacteria in early life: the role of maternal factors in a Portuguese population*. Pathogens 12-80 (2023). DOI: 10.3390/pathogens12010080.
38. Hu J, Jiang W, Lin X, et al. *Dental caries status and caries risk factors in students ages 12-14 years in Zhejiang, China*. Medical Science Monitor 24 3670-3678 (2018). DOI: 10.12659/MSM.907325.

39. Butten K, Johnson NW, Hall KK, et al. *Risk factors for oral health in young, urban, Aboriginal and Torres Strait Islander children*. Australian Dental Journal 64; 72-81 (2019). DOI: 10.1111/adj.12662.
40. Elamin A, Garemo M, Gardner A. *Dental caries and their association with socioeconomic characteristics, oral hygiene practices and eating habits among preschool children in Abu Dhabi, United Arab Emirates - the NOPLAS project*. BMC Oral Health 18:104 (2018). DOI: 10.1186/s12903-018-0557-8.
41. Cagetti MG, Cocco F, Calzavara E, et al. *Life-conditions and anthropometric variables as risk factors for oral health in children in Ladakh, a cross-sectional survey*. BMC Oral Health 21:51 (2021). DOI: 10.1186/s12903-021-01407-4.
42. Bulanda S, Ilczuk-Rypula D, Nitecka-Buchta A, et al. *Sleep bruxism in children: etiology, diagnosis and treatment - A literature review*. International Journal of Environmental Research and Public Health 18-9544 (2021). DOI: 10.3390/ijerph18189544.
43. Ding Y, Hu, P, Yang Y, et al. *Impact of maternal daily oral low-dose vitamin A supplementation on the mother-infant pair: a randomized placebo-controlled trial in China*. Nutrients 13-2370 (2021). DOI: 10.3390/nul/13072370.
44. Tsang C, Sokal-Gutierrez K, Patel P, et al. *Early childhood oral health and nutrition in urban and rural Nepal*. International Journal of Environmental Research and Public Health 16-2456 (2019). DOI: 10.3390/ijerph16142456.
45. Paglia L. *The first thousand days of a mother and a child: a lifelong investment in oral health*. European Journal of Paediatric Dentistry 23-1 (2022). DOI: 10.23804/ejpd.2022.23.01.01.
46. Ratanatharathorn A, Chibnik LB, Koenen KC, et al. *Association of maternal polygenic risk scores for mental illness with perinatal risk factors for offspring mental illness*. Science Advances 8-eabn3740 (2022). DOI: 10.1126/sciadv.abn3740.
47. Pereira B, Figueiredo B, Pinto TM, et al. *Tobacco consumption from the 1st trimester of pregnancy to 7 months postpartum: effects of previous tobacco consumption and depression and anxiety symptoms*. Addictive Behaviors 124 (2021). DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.107090.
48. Bodnar TS, Rainecki C, Wertelecki W, et al. *Altered maternal immune networks are associated with adverse child neurodevelopment: impact of alcohol consumption during pregnancy*. Brain, Behavior and Immunity 73:205-215 (2018). DOI: 10.1016/j.bbi.2018.05.004.
49. Babore A, Trumello C, Brandão T, et al. *Maternal cancer and perception of child psychological adjustment: the role of mother's anxiety, depression and parenting stress*. Cancers 15-910 (2023). DOI: 10.3390/cancers15030910.
50. Dias CC, Figueiredo B. *Mother's prenatal and postpartum depression symptoms and infant's sleep problems at 6 months*. Infant Mental Health Journal 41:614-627 (2020). DOI: 10.1002/imhj.21869.
51. Dias CC, Figueiredo B. *Unidirectional and bidirectional links between maternal depression symptoms and infant sleep problems*. Journal of Sleep Research 30:e13363 (2021). DOI: 10.1111/jsr.13363.

52. Ball H, Taylor CE, Thomas V, et al. *Development and evaluation of "Sleep, Baby and You" - An approach to supporting parental well-being and responsive infant caregiving*. PLOS ONE (2020). DOI: 10.1371/journal.pone.0237240.
53. Askeland RB, Hannigan LJ, Ask H, et al. *Early manifestations of genetic risk for neurodevelopmental disorders*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry 63-7 (2022). DOI: 10.1111/jcpp.13528.
54. Haycraft E. *Mental health symptoms are related to mothers' use of controlling and responsive child feeding practices: a replication and extension study*. Appetite 147 (2019). DOI: 10.1016/j.appet.2019.104523.
55. Harries CI, Smith DM, Gregg L. *Parenting and Serious Mental Illness (SMI): a systematic review and metasynthesis*. Clinical Child and Family Psychology Review 23:303-342 (2023). DOI: 10.1007/s10567-023-00427-6.
56. Salo VC, Schunck SJ, Humphreys KL. *Depressive symptoms in parents are associated with reduced empathy toward their young children*. PLOS ONE (2020). DOI: 10.1371/journal.pone.0230636.
57. Perizzolo VCP, Glaus J, Stein CR, et al. *Impact of mothers' IPV-PTSD on their capacity to predict their child's emotional comprehension and its relationship to their child's psychopathology*. European Journal of Psychotraumatology 13-2008152 (2022). DOI: 10.1080/20008198.2021.2008152.
58. Pereira AT, Araújo A, Azevedo J, et al. *The Postpartum Obsessive-Compulsive Scale: psychometric, operative and epidemiologic study in a Portuguese sample*. International Journal of Environmental Research and Public Health 19-10624 (2022). DOI: 10.3390/ijerph19170624.
59. Thombs BD, Levis B, Lyubenova A, et al. *Overestimation of Postpartum depression prevalence based on a 5-item version of the EPDS: systematic review and individual participant data meta-analysis*. The Canadian Journal of Psychiatry 65(12) 835-844 (2020). DOI: 10.1177/0706743720934959.
60. Singleton R, Day G, Thomas T, et al. *Association of Maternal Vitamin D Deficiency with Early Childhood Caries*. Journal of Dental Research (2019). DOI: 10.1177/0022034519834518.
61. Burguer M, Einspieler C, Niehaus DJH, et al. *Maternal mental health and infant neurodevelopment at 6 months in low-income South African cohort*. Infant Mental Health Journal. 43:849-863 (2022). DOI: 10.1002/imhj.22021.
62. Paquin C, Côté SM, Tremblay RE, et al. *Maternal depressive symptoms and children's cognitive development: does early childcare and child's sex matter?* PLOS ONE (2020). DOI: 10.1371/journal.pone.0227179.
63. Stephens MB, Wiedemer JP, Kushner GM. *Dental problems in primary care*. American Family Physician 98-11 (2018).
64. Paglia L. *Oral prevention starts with the mother*. European Journal of Paediatric Dentistry 20-3 (2019). DOI: 10.23804/ejpd.2019.20.03.01.
65. Branquinho M, Rodriguez-Muñoz MF, Maia, BR, et al. *Effectiveness of psychological interventions in treatment of perinatal depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses*. Journal of Affective Disorders 291 294-306 (2021). DOI: 10.1016/j.jad.2021.05.010.

ANEXOS

DECLARAÇÃO

Monografia/Relatório de Estágio

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Estágio, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

21 / 05 / 2023

Am Alves
O / A Estudante

Informo que o Trabalho de Monografia/Relatório de Estágio desenvolvido pelo(a)

Estudante Ana Teresa Rodrigues Alves

com o título: "Saúde Dental Paterna e Saúde Oral da Criança - Uma revisão bibliográfica"

está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

19/05/2023

O(A) Orientador(a)/Coorientador(a)

Manoel de Jesus Fernandes

DECLARAÇÃO
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo Ana Teresa Rodrigues Alves
N.º de identificação civil 14308385 N.º de estudante 201609122
Email institucional up201609122@up.pt
Email alternativo anaalves290698@gmail.com Tlf/Tlm 914413029
Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia) ☒

Relatório de Estágio ☐

Título completo

"Saúde Mental Materna e Saúde Oral da Criança -
Uma Revisão Bibliográfica"

Orientador Professora Doutora Ilma de Lencastre Ferreira Lobo Pereira
Coorientador X

Palavras-chave saúde mental; distúrbios mentais; negligência materna; depressão pós-parto; saúde oral da criança
materna

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto:

☒ (x)

Não Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto :

☐ (x)

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da U.Porto, com período de embargo, no prazo de:

6 Meses: _____; 12 Meses: _____; 18 Meses: _____; 24 Meses: _____; 36 Meses: _____; 120 Meses: _____.

Justificação para a não autorização imediata _____

Data 21 / 09 / 2023

Assinatura Ana Alves