

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

**CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS PRESTADORES
DE CUIDADOS PRÉ-NATAIS RELATIVAMENTE À
PREVENÇÃO EM SAÚDE ORAL NA GRAVIDEZ – UMA
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Beatriz Helena Samagaio Fernandes da Anunciação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Porto, 2021



Monografia
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

**Conhecimentos e atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais relativamente à prevenção em saúde oral na gravidez –
uma revisão sistemática**

Beatriz Helena Samagaio Fernandes da Anunciação
Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de
Medicina Dentária da Universidade do Porto
up201606157@edu.fmd.up.pt

Orientadora: Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira
Professora Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade do Porto

Porto, 2021

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, a Professora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira, por toda a dedicação, apoio, motivação e disponibilidade demonstrados, não só ao longo deste último ano, mas de todo o curso. Um obrigado também pela exigência, que me permitiu crescer como estudante e como pessoa, e por me fazer ver que às vezes fazemos o que é possível, tendo em conta as características do paciente, e não o que gostaríamos de fazer.

Aos meus pais, Pedro e Cecília, por todos os esforços realizados ao longo do curso; por todo o apoio e preocupação ao longo destes 5 anos e por estarem presentes em todos os momentos, incluindo aqueles em que tive dúvidas quanto ao curso.

Ao meu namorado, Nuno, por todo o ânimo dado nos momentos baixos; por nunca me ter deixado desistir e me fazer ver sempre o lado positivo; por toda a paciência e apoio dados ao longo do curso e por, mesmo à distância, ter vivido cada conquista e ultrapassado cada obstáculo comigo como se estivesse ao meu lado.

À minha família, por estar sempre lá em todos os momentos; por me terem acompanhado e vivido intensamente as minhas conquistas a nível académico e também as minhas dúvidas.

À Mariana, por toda a amizade desde o primeiro ano; por todo o apoio ao longo do curso; por todas as horas passadas na clínica e por me ajudar a relaxar e acalmar quando a ansiedade e o nervosismo eram muitos por atender pacientes pela primeira vez; por todas as conversas e apoio dado nos momentos difíceis mesmo a nível pessoal e familiar.

À Rita, que apesar de a amizade não ser do início, vai também ficar para a vida toda; por todos os momentos vividos em trinómio neste último ano na clínica e ao longo dos últimos anos do curso.

À Bruna, por ter percorrido comigo este caminho desde o dia da matrícula; por todas as frases motivadoras nos momentos mais difíceis e por toda a amizade desde o primeiro dia.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	II
ÍNDICE DE TABELAS	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	V
RESUMO	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUÇÃO	8
MATERIAL E MÉTODOS	11
RESULTADOS	14
DISCUSSÃO	20
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Bases de dados e estratégia de pesquisa.....	12
Tabela 2 - Dados descritivos de cada estudo incluído	16
Tabela 3 - Áreas abordadas nos resultados de cada estudo incluído.....	18
Tabela 4 - Análise do risco de viés e avaliação da qualidade de cada estudo incluído	19

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma	14
------------------------------------	----

RESUMO

Introdução: As alterações hormonais e as mudanças de hábitos durante a gravidez acarretam alterações na cavidade oral. Esta revisão sistemática teve como objetivo sistematizar a informação disponível na literatura, de modo a caracterizar o conhecimento e as atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais relativamente à prevenção em saúde oral na grávida.

Material e Métodos: A pesquisa foi efetuada em 3 bases de dados: PubMed®, Web of Science™ e LILACS. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 10 anos (2010-2020) e não houve restrições relativamente ao idioma e ao tipo de publicação. A pesquisa inicial resultou em 574 artigos, sendo que apenas 25 foram selecionados com base nos critérios de inclusão.

Resultados: Em geral, a maioria dos profissionais conhecia a relação entre a doença periodontal e os resultados adversos na gravidez. Existiram opiniões divergentes quanto à segurança dos procedimentos médico-dentários durante a gestação. São vários os profissionais que referenciam as suas pacientes ao médico dentista durante este período.

Conclusões: Há necessidade de dar especial atenção à formação em termos de saúde oral destes profissionais, uma vez que têm um contato regular com as grávidas, ao contrário dos médicos dentistas, e podem de algum modo influenciar positivamente a procura de cuidados de saúde durante a gravidez.

Número de Registo da Revisão Sistemática: PROSPERO
CRD42021234331

Palavras-chave

Prestadores de cuidados pré-natais; saúde oral; grávida; prevenção; conhecimentos; atitudes

ABSTRACT

Background: Hormonal changes and different habits during pregnancy lead to changes in the oral cavity. This systematic review aimed to systematize the information available in the literature to characterize the knowledge and attitudes of prenatal care practitioners regarding oral health prevention in pregnant women.

Methods: The research was carried out in 3 databases: PubMed®, Web of Science™, and LILACS. Articles published in the last 10 years (2010-2020) were included and there were no restrictions on the language and type of publication. The initial search resulted in 574 articles, of which only 25 were selected based on the inclusion criteria.

Results: In general, most professionals were aware of the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. There were divergent opinions regarding the safety of dental procedures during pregnancy. Several professionals refer their patients to the dentist.

Conclusions: There is need to pay special attention to training in oral health for these professionals, since they have regular contact with pregnant women, unlike dentists, and they can somehow influence positively the demand for health care during pregnancy.

Systematic Review Registration Number: PROSPERO CRD42021234331

Key-words

Prenatal care practitioners; oral health; pregnant woman; prevention; knowledge; attitudes

INTRODUÇÃO

As doenças orais são consideradas problemas de saúde pública e a sua prevenção tem particularidades, consoante o período de vida em que o indivíduo se encontra. No que toca especificamente à mulher, esta atravessa múltiplas fases no decurso da sua vivência, como a puberdade, ciclo menstrual, gravidez e menopausa. Estas fases podem influenciar a saúde oral, particularmente a saúde periodontal, devido às alterações hormonais que delas decorrem²⁻⁴.

Durante a gravidez, há um aumento da segregação das hormonas sexuais femininas. Este aumento vai originar mudanças locais a nível fisiológico e físico na mulher, sendo que as últimas também vão ocorrer na cavidade oral^{5,6}. Algumas das alterações mais frequentes envolvem o periodonto⁵⁻⁷. O aumento dos níveis de progesterona e estrogénio podem levar a uma hipervascularização e alterações na produção de colagénio, o que vai originar um tecido gengival mais suscetível ao biofilme, podendo condicionar a exacerbação de uma gengivite ou periodontite pré-existent⁵. Estima-se que cerca de 30% a 100% das mulheres grávidas apresentem gengivite, sendo esta a manifestação oral mais comumente observada^{2,4}. A relação entre a doença periodontal e os resultados adversos na gravidez tem sido alvo de estudo na última década e sabe-se, atualmente, que a doença periodontal pode levar ao desenvolvimento de pré-eclampsia, partos pré-termo e recém-nascidos de baixo peso^{3,5,8,9}. Os partos pré-termo e recém-nascidos de baixo peso são duas das principais causas de mortalidade e morbilidade infantil, principalmente nos países em desenvolvimento¹⁰⁻¹².

Durante a gestação, podemos assistir a um aumento da prevalência de cárie dentária, não necessariamente ligado às condições fisiológicas que acompanham a gravidez, mas ao aumento do apetite e do consumo de alimentos não nutritivos, muitas vezes açucarados, à dificuldade em manter uma correta higiene oral e às náuseas, que muitas vezes acompanham este período^{13,14}.

A condição oral da mãe pode influenciar a condição oral dos filhos, sendo que uma das fontes de colonização bacteriana, associada a microrganismos responsáveis pela etiologia da cárie dentária, podem ser os cuidadores, principalmente as mães⁸. Mulheres com elevados níveis de *Streptococcus mutans* têm maior probabilidade de os transmitir à sua descendência, levando a

que esta tenha um risco mais elevado de desenvolver cárie precoce de infância¹⁵.

Estando a mulher mais suscetível a patologias orais durante a gravidez, há uma maior necessidade de reforçar a importância das medidas preventivas e dos tratamentos médico-dentários durante este período⁸. O tratamento da doença periodontal tem um excelente prognóstico, se tratado atempadamente³. Existem meta-análises que sugerem que o tratamento periodontal durante a gravidez reduz o risco de partos pré-termo/recém-nascidos de baixo peso; no entanto, este achado não é consensual ao longo da literatura^{16,17}. *The American Academy of Periodontology* recomenda que as mulheres grávidas ou que planeiam engravidar sejam examinadas em termos periodontais e recebam o tratamento adequado^{18,19}. *The American Dental Association*, *The American College of Obstetricians and Gynecologists* e *The European Federation of Periodontology* reconhecem que os procedimentos dentários são seguros durante a gravidez e recomendam fortemente a sua implementação^{15,20-22}.

Uma vez que os ginecologistas, obstetras, enfermeiras/parteiras e médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar têm um papel ativo no acompanhamento das grávidas, é importante que possuam conhecimentos sobre a saúde oral, os apliquem e, ainda, referenciem esta população ao médico dentista, a fim de diminuir as possíveis complicações que podem surgir durante a gravidez. Existem estudos que relatam que estes profissionais possuem conhecimentos sobre a doença periodontal e as possíveis complicações na gravidez, todavia, não os aplicam⁹. Paralelamente, existem evidências que sugerem serem as grávidas mais propensas a procurar cuidados médico-dentários se forem referenciadas pelos seus prestadores de cuidados pré-natais¹⁵. Estes profissionais poderão ter um papel importante na desmistificação dos receios que ainda existem em relação à segurança dos procedimentos médico-dentários para o bebé durante a gravidez²³.

Por fim, a gravidez é um período em que a mulher está particularmente focada no seu bem-estar e preocupada com a saúde da criança que vai nascer, sendo referido que está mais recetiva às informações e conselhos que lhes são dados. Por isso, esta é a altura ideal para serem instaurados hábitos de higiene oral corretos, assim como para se fornecerem informações relativas à saúde oral das crianças^{24,25}.

Esta revisão sistemática teve como objetivo sistematizar a informação que está disponível na literatura, de modo a caracterizar o conhecimento e atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais (ginecologistas, obstetras, enfermeiras/parteiras e médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar) relativamente à prevenção em saúde oral na grávida.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta revisão sistemática foi dirigida através da *checklist* PRISMA – “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses”^{1,26} e foi registada no Registro Prospectivo Internacional de Revisões Sistemáticas²⁷, sob o código de registo CRD42021234331.

Foram formuladas duas questões de investigação: “Será que os prestadores de cuidados pré-natais têm conhecimentos sobre as repercussões da gravidez na saúde oral e sobre a prevenção em saúde oral na grávida? E será que estes profissionais aplicam esses conhecimentos no seu dia-a-dia ocupacional?”. A formulação destas questões de investigação baseou-se na estratégia PICO modificado (PCO), onde P significa população (prestadores de cuidados pré-natais), C traduz-se em contexto (prevenção em saúde oral na grávida) e O diz respeito ao *outcome* (conhecimento e atitudes da população em estudo)²⁸.

Os artigos a incluir foram pesquisados nas bases de dados PubMed®, Web of Science™ e LILACS, utilizando, como critério de inclusão, artigos publicados nos últimos 10 anos (2010-2020). Não houve restrições no que toca ao idioma e ao tipo de publicação. As palavras-chave utilizadas foram “gynecologist”, “obstetrician”, “midwives”, “midwife”, “midwifery”, “general practitioners”, “prenatal care practitioners”, “oral health”, “pregnant” e “pregnancy”, tendo sido utilizados os operadores booleanos AND e OR para combinar os descritores. No caso dos termos “gynecolog*”, “obstetric*” e “know*”, foi utilizado o operador booleano de proximidade (asterisco *) para aumentar o número de resultados da pesquisa (Tabela 1). A pesquisa foi efetuada em dezembro de 2020 e os resultados obtidos foram exportados para o EndNote.

A seleção dos estudos foi realizada por dois examinadores, separadamente, em 3 etapas. Na primeira etapa, foram excluídos artigos com base apenas no título (os artigos que suscitaram dúvidas permaneceram para a fase seguinte, de forma a esclarecê-las com base no resumo). Na segunda etapa, foram lidos os resumos dos artigos selecionados e excluídos os duplicados. E, na terceira, os artigos foram lidos integralmente. Nas primeiras duas fases, após comparação das seleções de ambos os examinadores, foram discutidas as divergências, a fim de se chegar a um consenso.

Tabela 1 - Bases de dados e estratégia de pesquisa

Base de dados	Estratégia de Pesquisa	Total
PubMed® (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)	(gynecologist OR obstetrician) AND "oral health" AND know*	38
	(gynecologist OR obstetrician) AND "oral health" AND (pregnant OR pregnancy)	46
	(gynecolog* OR obstetric*) AND "oral health" AND know*	86
	(midwives OR midwife OR midwifery OR "general practitioners" OR "prenatal care practitioners") AND "oral health" AND know*	116
	(midwives OR midwife OR midwifery OR "general practitioners" OR "prenatal care practitioners") AND "oral health" AND (pregnant OR pregnancy)	78
Web of Science™ (https://webofknowledge.com)	(gynecologist OR obstetrician) AND "oral health" AND know*	24
	(gynecologist OR obstetrician) AND "oral health" AND (pregnant OR pregnancy)	32
	(gynecolog* OR obstetric*) AND "oral health" AND know*	26
	(midwives OR midwife OR midwifery OR "general practitioners" OR "prenatal care practitioners") AND "oral health" AND know*	58
	(midwives OR midwife OR midwifery OR "general practitioners" OR "prenatal care practitioners") AND "oral health" AND (pregnant OR pregnancy)	53
LILACS (https://lilacs.bvsalud.org/)	(gynecologist OR obstetrician) AND "oral health" AND know*	1
	(gynecologist OR obstetrician) AND "oral health" AND (pregnant OR pregnancy)	2
	(gynecolog* OR obstetric*) AND "oral health" AND know*	8
	(midwives OR midwife OR midwifery OR "general practitioners" OR "prenatal care practitioners") AND "oral health" AND know*	4
	(midwives OR midwife OR midwifery OR "general practitioners" OR "prenatal care practitioners") AND "oral health" AND (pregnant OR pregnancy)	2
Total		574

Os artigos lidos integralmente foram analisados de forma a garantir que cumpriam todos os critérios de inclusão definidos para o estudo, nomeadamente estudos transversais que avaliassem os conhecimentos, percepções ou atitudes de obstetras, ginecologistas, médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar ou enfermeiras/parteiras sobre os cuidados a ter em termos de prevenção em saúde oral na grávida. Foram excluídos artigos que não estivessem diretamente relacionados com as questões de investigação, estudos exclusivamente qualitativos e estudos que envolvessem estudantes de medicina ou outros profissionais médicos que não os descritos anteriormente. Os artigos que suscitaram dúvidas quanto à sua inclusão, foram discutidos pelos dois examinadores de modo a obter-se um consenso.

Dos artigos selecionados, procedeu-se à extração dos seus dados de forma standardizada. Os dados recolhidos foram os seguintes: autoria; ano de

publicação e país onde foi realizado o estudo; objetivo principal; população alvo; número da amostra (e taxa de resposta); idade, sexo e anos de experiência; os materiais e métodos; os resultados divididos em conhecimentos e atitudes, referindo também percepções/opiniões assim como correlações/associações encontradas; limitações do estudo; e as conclusões principais.

Posteriormente, foi realizada a avaliação do risco de viés e da qualidade de cada estudo individualmente, tendo por base a escala *NewCastle-Ottawa* Modificada²⁹. Esta avaliação foi realizada por dois examinadores, separadamente, com recurso a um terceiro, em caso de divergências, e foi baseada nas informações fornecidas em cada estudo. A escala utilizada incide em 3 domínios: Seleção (representatividade da amostra, tamanho da amostra, não-respondentes e verificação da exposição), Comparabilidade e Resultados (avaliação dos resultados e análise estatística). Tendo por base as alíneas dentro de cada domínio e subdomínio, cada estudo recebeu uma pontuação final, podendo no máximo, a mesma, atingir os 10 pontos. Nenhum estudo foi excluído com base na avaliação da qualidade.

De seguida, foi realizada a síntese dos dados, que envolveu a análise descritiva dos resultados, posteriormente apresentada em forma de artigo.

RESULTADOS

Na Figura 1, encontra-se esquematizado, em fluxograma, o processo de seleção dos estudos incluídos nesta revisão sistemática. A pesquisa inicial resultou em 574 artigos, sendo que, após remoção dos duplicados dentro de cada base de dados, restaram 353 artigos. Com base no título, foram excluídos 263 artigos. Dos 90 artigos cujos resumos foram analisados, 43 foram excluídos. Posteriormente, foram removidos os duplicados entre as bases de dados, permanecendo 33 artigos para leitura integral. Com base na leitura integral, 8 artigos foram excluídos pelas razões apontadas no fluxograma. A amostra final consistiu em 25 artigos.

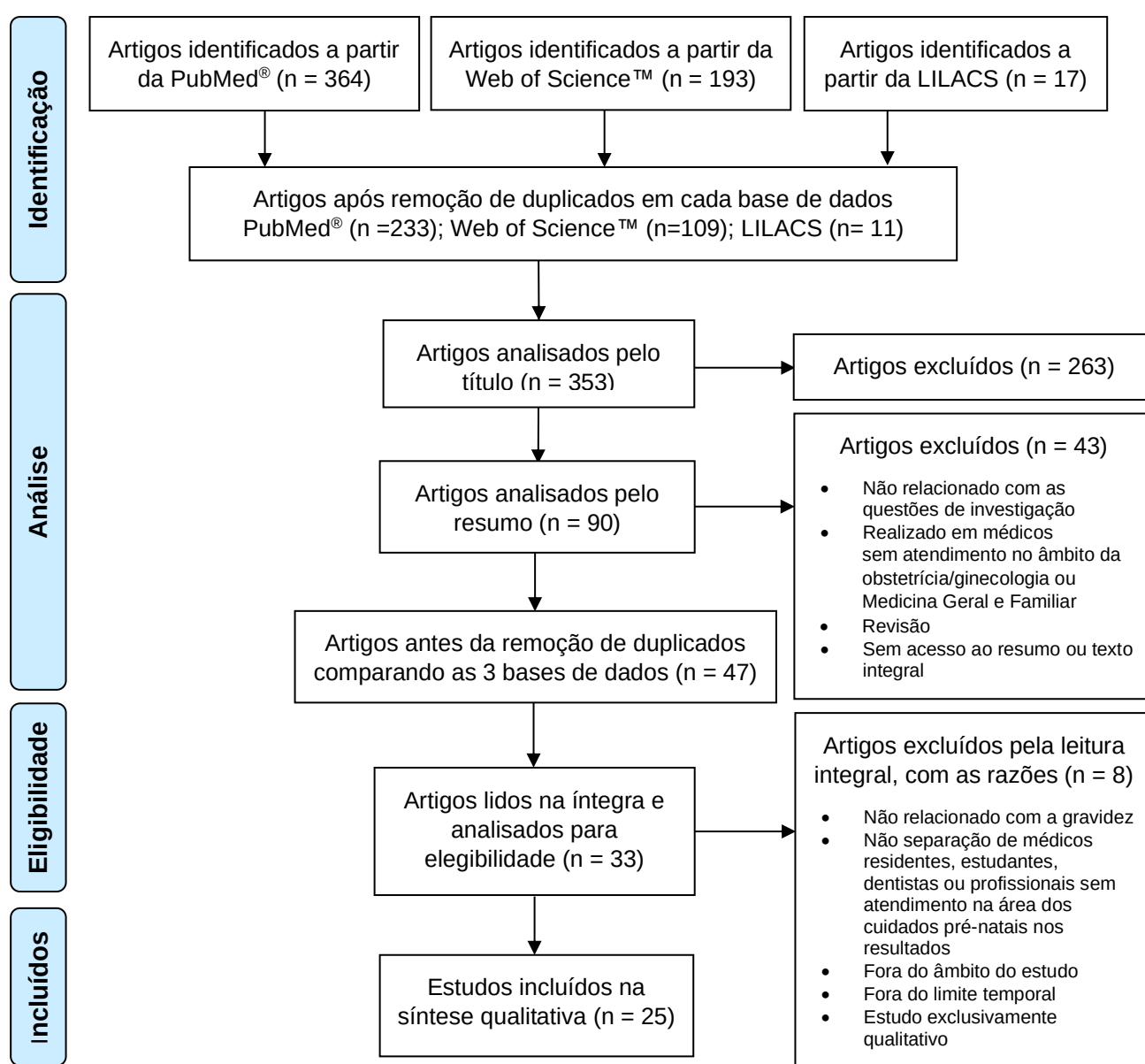


Figura 1 - Fluxograma (adaptado do PRISMA)¹

Na Tabela 2, encontram-se os principais dados relativos à descrição dos estudos incluídos nesta revisão. Todos os artigos utilizaram questionários para caracterizar os conhecimentos e/ou atitudes de prestadores de cuidados pré-natais. Os questionários implementados nos diferentes estudos variaram em termos de número de questões, possuindo entre 10 e 42 questões; tendo os autores recorrido a perguntas Sim/Não, de escolha múltipla, escalas de likert e, em menor número, a questões abertas. A totalidade dos questionários foram auto-respondidos, sendo que 7 foram realizados *online*^{9,23,30-34}. O tamanho amostral dos estudos variou entre 21 e 947 participantes. A população alvo mais estudada foram os ginecologistas e/ou obstetras e os estudos foram baseados em 10 países. Quase todos os estudos avaliaram os conhecimentos e as atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais, sendo que apenas 4 avaliaram exclusivamente as suas atitudes.

Na Tabela 3, estão apresentadas as principais áreas abordadas nos resultados de cada estudo. Dentro das questões realizadas para caracterizar os conhecimentos destes profissionais, o tema mais abordado foi a periodontologia, sendo que 45% a 99% possuíam conhecimentos sobre a relação da doença periodontal e os resultados adversos na gravidez^{2,5,9-11,14,18,19,23,25,30,33,35-37}. Relativamente à segurança dos procedimentos médico-dentários, durante a gravidez, 43-74% consideraram que a utilização de anestesia com vasoconstritor não é segura durante a gravidez^{14,36,37} e 21-92% consideraram ser segura a realização de radiografias na grávida^{9,14,23,36,37}. Em relação às atitudes, praticamente todos abordaram a referência ao médico dentista e/ou exame da cavidade oral por parte dos prestadores de cuidados pré-natais. Três a oitenta e seis por cento não observam a cavidade oral das suas pacientes por rotina, sendo que alguns profissionais nunca o fizeram^{3-5,10,11,33,35,38,39}. Cerca de 40% fá-lo logo após o diagnóstico da gravidez^{10,35} e entre 7 e 29% fá-lo periodicamente ou por rotina nas consultas^{31,33,35}. Quando considerada a referência a cuidados de saúde oral, 20 a 85% dos prestadores de cuidados pré-natais recomendaram que as suas pacientes fossem ao médico dentista^{5,11,18,23,30-37}. Quando considerada esta referência, durante o período de pré-conceção, apenas dois artigos a mencionaram, sendo feita por 12 a 55% dos profissionais^{3,12}. As percepções/opiniões, no geral, dizem respeito à importância do exame oral e referência ao médico dentista.

Tabela 2 - Dados descritivos de cada estudo incluído

Autor (Ano)	País	Amostra	Idade	Sexo	Experiência Profissional	Tipo de estudo	C	A	P
Acharya S, et al. (2018) ²⁴	Índia	21 G	40-50 anos (57,14%)	♀ (66,66%)	> 10 anos (52,38%)	Transversal	✓	✓	✓
Baseer MA, et al. (2014) ¹⁰	Arábia Saudita	200 G	Média 40,37 anos	♀ (52%)	Média 10,76 anos	Transversal	✓	✓	✓
Boutigny H, et al. (2016) ⁵	França	30 G/Obs 70 Pa	—	—	59%: Média 19 anos	Transversal	✓	✓	-
Cohen L, et al. (2015) ¹¹	França	190 G/Obs	≤ 45 anos (51,6%)	♀ (50,5%)	> 10 anos (60,5%)	Transversal	✓	✓	-
Rocha JM, et al. (2011) ³⁰	Brasil	875 G/Obs	—	♀ (54,1%)	> 15 anos (48,9%)	Transversal	✓	✓	-
Egea L, et al. (2013) ³⁸	França	22 G/Obs 65 Pa	—	—	Diploma: 1990-2010 (70%)	Transversal	✓	✓	-
Ehlers V, et al. (2014) ⁴⁰	Alemanha	264 Pa	Média Grupo A: 33,8 anos Média Grupo B: 41,2 anos	—	Média Grupo A: 10,4 anos Média Grupo B: 17,7 anos	Transversal	✓	✓	-
Ganganna A, et al. (2017) ¹²	Índia	300 G/D	Média 33,9 anos	♀ (67%)	Média 10,4 anos	Transversal	-	✓	-
George A, et al. (2016) ²³	Austrália	74 Obs/G 195 Pa 124 MGF	Média 49,8 anos	♀ (85,1%)	Média 20,2 anos	Transversal	✓	✓	✓
Golkari A, et al. (2013) ³⁵	Irão	48 Obs 50 Pa 52 MGF	Média 33,83 anos	♀ Obs: 87,5% ♀ Pa: 100% ♀ MGF: 57,7%	Média Obs: 23 anos Média Pa: 8 anos Média MGF: 16 anos	Transversal	✓	✓	-
Govindasamy R, et al. (2018) ¹⁹	Índia	50 G 50 MGF	Média 32,58 anos	—	—	Transversal	✓	-	✓
Hashim R, et al. (2014) ³⁶	EAU	108 G	41-50 anos (42%)	♀ (88%)	10-20 anos (50%)	Transversal	✓	✓	-
Hoerler SB, et al. (2019) ³³	EUA	13 Pa 5 E 40 M 11 R	—	♀ (78%)	< 5 anos (33%)	Transversal	✓	✓	✓
Laslowski P, et al. (2012) ¹⁴	Brasil	40 Obs/G	—	—	—	Transversal	-	✓	-
Naavaal S, et al. (2021) ³⁴	EUA	30 Pa	Média 51,9 anos	♀ (100%)	> 10 anos (58,6%)	Transversal	✓	✓	-
Paneer S, et al. (2019) ³⁷	Índia	200 G	—	—	—	Transversal	✓	✓	-
Patil S, et al. (2013) ³⁹	Índia	36 G	—	—	—	Transversal	✓	✓	-
Patil SN, et al. (2012) ²	Índia	62 G	—	—	—	Transversal	✓	✓	✓
Rashidi-Maybodi F, et al. (2019) ³	Irão	40 G 40 Pa	Média 47 anos	♀ (100%)	—	Transversal	✓	✓	-
Shah HG, et al. (2013) ²⁵	Índia	107 G	40-50 anos (57%)	♀ (83,2%)	> 10 anos (67,3%)	Transversal	✓	✓	-
Sinha S, et al. (2020) ¹⁸	Índia	50 G	Média 39,16 anos	—	—	Transversal	✓	✓	✓
Suri V, et al. (2014) ⁹	Índia	103 Obs	Média 34,8 anos	♀ (89%)	Média 9,23 anos	Transversal	✓	✓	✓
Uwambaye P, et al. (2020) ⁴	Ruanda	52 Pa 27 E	Média 33,57 anos	—	Média 7,35 anos	Transversal	✓	✓	✓
Wagner Y, et al. (2016) ³²	Alemanha	947 Pa	Média 42,9 anos	—	Média 18,7 anos	Transversal	-	✓	-
Wilson EH, et al. (2017) ³¹	EUA	80 G/Obs 66 Pa	—	—	—	Transversal	-	✓	✓

C: Artigos que avaliaram os conhecimentos dos prestadores de cuidados pré-natais; A: Artigos que avaliaram as atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais; P: Artigos que avaliaram as percepções/opiniões dos prestadores de cuidados pré-natais; G: Ginecologistas; Obs: Obstetras; Pa: Parteiras; D: Dentistas; MGF: Médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar; E: Enfermeiros; M: Médicos; R: Residentes; Grupo A: Parteiras empregues em hospitais; Grupo B: Parteiras a trabalhar por conta própria; ♀: Sexo feminino; ✓: Artigos que observaram os tópicos C, A ou P; EAU: Emirados Árabes Unidos; EUA: Estados Unidos da América.

Os principais resultados de cada estudo estão apresentados no Anexo 1. O nível de conhecimento e as atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais foram muito variáveis ao longo dos estudos, encontrando-se casos em que estes

profissionais apresentaram um conhecimento razoável ou adequado, mas não o aplicavam^{9,18,19,30}; outros em que o conhecimento foi insuficiente^{3,10}; e ainda casos onde mostraram interesse em aumentar o conhecimento nesta área⁴.

A maioria dos artigos testou se existia algum tipo de correlação e/ou associação entre diferentes variáveis (Anexo 2), analisando, principalmente, a relação dos anos de experiência com variáveis, quer dentro dos conhecimentos quer relacionadas com as atitudes. Dentro dos conhecimentos, apenas um estudo observou uma correlação positiva entre os anos de experiência e a consciência da relação entre a doença periodontal e a gravidez¹¹. Relativamente às atitudes, os anos de experiência foram positivamente correlacionados com o fornecimento de informações à grávida sobre a saúde oral^{11,23} e referência ao médico dentista^{23,30}. Em contrapartida, no estudo de Golkari A, et al.³⁵, os anos de experiência foram negativamente correlacionados com a frequência de referência ao médico dentista pelos obstetras e com a exame da cavidade oral pelos obstetras e médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar. Alguns estudos não observaram nenhuma correlação estatisticamente significativa entre a experiência profissional e os conhecimentos^{4,9,25} ou as atitudes^{4,25,32,36}.

Dois estudos tentaram observar se existia relação entre os conhecimentos e atitudes dos prestadores e a sua experiência pessoal em termos de saúde oral, nomeadamente a história pessoal de doença periodontal e a ida ao médico dentista no último ano^{11,30}. Relativamente ao impacto do setor profissional, os profissionais que trabalhavam em hospitais privados mostraram ter níveis de atitudes mais elevados¹⁰ e estavam mais convictos da importância do tratamento periodontal durante a gravidez¹¹. Porém, o oposto também foi observado por Patil SN, et al.², em que uma maior percentagem de profissionais, empregues em universidades de medicina e hospitais públicos, mostrou referenciar alterações do tecido gengival ao periodontologista. No estudo de Wilson EH, et al.³¹, as parteiras mostraram discutir mais a importância da saúde oral e referenciar as suas pacientes com maior frequência ao médico dentista, comparativamente com os obstetras e ginecologistas, assim como no estudo de Hoerler SB, et al.³³, em que as parteiras e enfermeiros mostraram ter níveis superiores em termos de conhecimentos relativamente aos médicos e residentes.

Tabela 3 - Áreas abordadas nos resultados de cada estudo incluído

		Acharya S, et al. (2018) ²⁴	Baseer MA, et al. (2014) ¹⁰	Boutigny H, et al. (2016) ⁵	Cohen L, et al. (2015) ¹¹	Rocha JM, et al. (2011) ³⁰	Egea L, et al. (2013) ³⁸	Ehlers V, et al. (2014) ⁴⁰	Ganganna A, et al. (2017) ¹²	George A, et al. (2016) ²³	Golkari A, et al. (2013) ³⁵	Govindasamy R, et al. (2018) ¹⁹	Hashim R, et al. (2014) ³⁶	Hoerler SB, et al. (2019) ³³	Laslowski P, et al. (2012) ¹⁴	Naavaal S, et al. (2021) ³⁴	Paneer S, et al. (2019) ³⁷	Patil S, et al. (2013) ³⁹	Patil SN, et al. (2012) ²	Rashidi-Maybodi F, et al. (2019) ³	Shah HG, et al. (2013) ²⁵	Sinha S, et al. (2020) ¹⁸	Suri V, et al. (2014) ⁹	Uwambaye P, et al. (2020) ⁴	Wagner Y, et al. (2016) ³²	Wilson EH, et al. (2017) ³¹
Conhecimentos	Doença Periodontal e/ou efeitos adversos na gravidez	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Cárie Dentária e/ou fatores de risco na criança e/ou grávida	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓					✓		✓								
	Má-oclusão e/ou fatores de risco na criança		✓																							
	Mitos associados à gravidez e saúde oral									✓																
	Indicação, eficiência e segurança de tratamentos dentários durante a gravidez				✓					✓		✓	✓	✓		✓	✓					✓	✓			
	Segurança das radiografias, medicação e/ou utilização de anestesia com ou sem vasoconstritor durante a gravidez									✓			✓		✓		✓						✓			
Atitudes	Referenciação ao médico dentista	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
	Recomendações relacionadas com a manutenção da saúde oral (higiene oral e dieta alimentar)	✓	✓		✓			✓		✓					✓	✓				✓	✓		✓	✓	✓	✓
	Recomendações relacionadas com a saúde oral da criança (higiene oral e idas ao médico dentista)		✓					✓		✓															✓	
	Examinação da cavidade oral		✓	✓	✓		✓			✓	✓			✓		✓		✓		✓				✓		✓
	Anamnese relativa à saúde oral		✓		✓					✓				✓		✓										✓
	Entrega de folhetos informativos/materiais educativos sobre a saúde oral		✓							✓																

Os resultados da análise do risco de viés e avaliação da qualidade dos estudos incluídos estão apresentados na Tabela 4. Nenhum dos estudos cumpriu todos os critérios da escala utilizada. As pontuações variaram entre 2 e 9 pontos nos 25 estudos, tendo a maioria obtido uma pontuação de 6 ou 7.

Tabela 4 - Análise do risco de viés e avaliação da qualidade de cada estudo incluído (Escala *NewCastle-Ottawa* Modificada²⁹)

Autor (Ano)	Seleção				Comparabilidade	Resultados		Total (Máx.)
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	
Acharya S, et al. (2018) ²⁴	*	*	-	*	-	*	-	4 (10)
Baseer MA, et al. (2014) ¹⁰	*	*	*	**	-	*	*	7 (10)
Boutigny H, et al. (2016) ⁵	*	-	-	*	*	*	-	4 (10)
Cohen L, et al. (2015) ¹¹	*	-	-	**	**	*	*	7 (10)
Rocha JM, et al. (2011) ³⁰	*	-	-	**	*	*	*	6 (10)
Egea L, et al. (2013) ³⁸	*	-	-	*	-	*	-	3 (10)
Ehlers V, et al. (2014) ⁴⁰	-	-	-	*	*	*	*	4 (10)
Ganganna A, et al. (2017) ¹²	-	-	*	**	**	*	*	7 (10)
George A, et al. (2016) ²³	*	-	-	**	**	*	*	7 (10)
Golkari A, et al. (2013) ³⁵	*	-	-	**	*	*	*	6 (10)
Govindasamy R, et al. (2018) ¹⁹	-	*	*	**	*	*	*	7 (10)
Hashim R, et al. (2014) ³⁶	*	-	-	*	**	*	*	6 (10)
Hoerler SB, et al. (2019) ³³	-	*	-	**	*	*	*	6 (10)
Laslowski P, et al. (2012) ¹⁴	-	-	-	*	-	*	*	3 (10)
Naavaal S, et al. (2021) ³⁴	*	-	-	**	*	*	*	6 (10)
Paneer S, et al. (2019) ³⁷	*	-	*	*	-	*	*	5 (10)
Patil S, et al. (2013) ³⁹	*	-	-	*	-	*	*	4 (10)
Patil SN, et al. (2012) ²	-	-	-	**	*	*	*	5 (10)
Rashidi-Maybodi F, et al. (2019) ³	-	-	*	**	*	*	*	6 (10)
Shah HG, et al. (2013) ²⁵	*	*	-	**	-	*	-	5 (10)
Sinha S, et al. (2020) ¹⁸	-	*	*	**	-	*	*	6 (10)
Suri V, et al. (2014) ⁹	-	-	-	-	*	*	-	2 (10)
Uwambaye P, et al. (2020) ⁴	*	*	*	**	**	*	*	9 (10)
Wagner Y, et al. (2016) ³²	*	*	-	**	**	*	*	8 (10)
Wilson EH, et al. (2017) ³¹	*	*	-	*	*	*	*	6 (10)

Q1) Representatividade da amostra; Q2) Tamanho da amostra; Q3) Não-respondentes; Q4) Verificação da exposição; Q5) Comparabilidade; Q6) Avaliação dos resultados; Q7) Análise estatística

DISCUSSÃO

Durante a gravidez, a mulher está mais propensa a determinadas patologias orais, direta ou indiretamente relacionadas com as alterações fisiológicas que decorrem deste período. No entanto, muitas são as grávidas que desconhecem as implicações que a má saúde oral pode ter nos resultados da gravidez e na saúde oral e geral da prole^{8,41}. Apesar da saúde oral contribuir para o bem-estar e saúde geral da grávida, muitas mulheres não procuram cuidados médico-dentários durante a gravidez⁴¹⁻⁴³.

De um modo geral, as grávidas são acompanhadas regularmente ao longo da gravidez e puerpério pelos seus prestadores de cuidados pré-natais, nomeadamente ginecologistas, obstetras, enfermeiras/parteiras e/ou médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar⁴¹. Estes profissionais podem desempenhar um papel importante na manutenção da saúde oral da grávida, através da discussão da sua importância, fomentação de hábitos de higiene oral corretos e visitas regulares ao médico dentista. São escassas as revisões sistemáticas publicadas sobre este tema, sendo que a realização deste estudo é justificada pela elevada prevalência da doença periodontal na grávida e pelas possíveis repercussões que a mesma pode causar na gravidez, não considerando outras patologias que podem surgir durante este período⁶. É necessário que exista evidência científica que comprove o papel importante que os prestadores de cuidados pré-natais podem desempenhar em termos de promoção de saúde oral e referência da grávida ao médico dentista, devido ao contato regular com esta população. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo sistematizar a informação relativa aos conhecimentos e atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais, quando considerada a saúde oral da grávida.

A grande parte dos estudos foram realizados em países em desenvolvimento, onde este tema se torna particularmente importante pela elevada mortalidade e morbilidade infantil e menor acessibilidade aos cuidados de saúde por parte da população em geral. Todavia, mesmo em países desenvolvidos existem grávidas que têm maior dificuldade em aceder aos serviços médico-dentários, seja por questões financeiras ou por ainda desconhecerem a importância das consultas regulares durante a gestação.

Em termos de adesão aos questionários, a maioria dos estudos refere a taxa de participação, sendo que mais de metade encontrou-se acima dos 50%. Os estudos com taxa de respostas abaixo dos 20% foram estudos realizados *online*^{23,32,34}. Apesar disto, os estudos com amostras maiores foram também estudos realizados *online* por Rocha JM, et al.³⁰ e Wagner Y, et al.³², com 875 e 947 participantes, respetivamente. No caso dos estudos que selecionaram aleatoriamente um determinado número de participantes, poucos foram aqueles que referiram o número total de profissionais, o que não permitiu determinar a representatividade da amostra^{3,10,19,33,35,37,39}.

O primeiro tópico investigado nesta revisão foram os conhecimentos dos prestadores de cuidados pré-natais em relação à saúde oral. O conceito de “conhecimento” utilizado neste estudo englobou as seguintes vertentes: “ato ou efeito de conhecer”, “noção”, “informação” e “experiência”, abrangendo questões relacionadas com patologias orais e tratamentos médico-dentários. O resultado adverso da gravidez mais conhecido, relacionado com a doença periodontal, foi o parto pré-termo, seguido dos recém-nascidos de baixo peso^{2, 5, 9, 11, 14, 18, 23, 25, 30, 33, 35-38}. Em menor número, há também menção da pré-eclampsia^{9,18,23}. O facto de existirem profissionais que desconhecem a doença periodontal e a sua influência na gestação pode influenciar de alguma forma o desfecho da gravidez, uma vez que não aconselham a grávida em termos de saúde oral⁴.

Alguns estudos observaram a existência de profissionais que acreditam que a gravidez aumenta o risco de cárie dentária, contudo não foram questionadas as razões para esta afirmação^{5,30,35,38}. Saber as razões teria sido útil, porque a incidência de cárie dentária pode, de facto, aumentar durante a gravidez, mas devido a fatores como a dificuldade na higiene oral e o aumento da ingestão de alimentos não nutritivos, cuja frequência e o momento dessa ingestão não são acompanhados pela higienização da cavidade oral. Existem ainda profissionais que, apesar de em baixo número, erroneamente associaram a cárie dentária à doença periodontal, o que demonstra uma falha grave em termos de conhecimentos sobre a saúde oral^{11,35}. Se os prestadores de cuidados pré-natais não souberem a etiologia das principais patologias orais que cursam com a gravidez, também não saberão quais os cuidados que as grávidas devem adotar consoante o tipo de patologia.

É importante ainda que estes profissionais possuam conhecimentos sobre a saúde oral da criança, já que a grávida está particularmente receptiva a informações relativas ao bem-estar do bebê que vai nascer. Apenas um artigo avaliou os conhecimentos relacionados com a má-oclusão e verificaram que menos de dois terços consideraram a alimentação com biberão e os hábitos de sucção não nutritivos como fatores de risco para a má-oclusão¹⁰. Dentro dos conhecimentos relacionados com o bebê, poucos foram os artigos que abordaram a cárie na criança. Ainda existem profissionais que desconhecem a etiopatogenia da cárie precoce de infância, bem como a elevada prevalência em crianças^{24,40}.

Relativamente aos mitos que ainda existem sobre a gravidez, apenas dois artigos abordaram a remoção do cálcio dos dentes da mãe pelo feto em desenvolvimento, sendo que existem profissionais que acreditam nesta afirmação^{3,23}. Este é um exemplo da importância da formação em saúde oral por parte dos prestadores de cuidados pré-natais, uma vez que facilmente as grávidas os podem questionar sobre estes receios e podem ser dadas informações erradas que irão aumentar a sua preocupação durante a gestação.

Atualmente, sabe-se que os tratamentos dentários durante a gravidez são seguros^{15,20-22}; no entanto, se não forem urgentes, devem ser adiados para depois do parto ou realizados, preferencialmente, no segundo trimestre de gravidez. O segundo trimestre é o mais seguro para realizar procedimentos médico-dentários, porque existe uma maior estabilidade emocional e, por isso, menor stress e ansiedade por parte da grávida. O 1º trimestre, para além de ser o período mais crítico em termos de desenvolvimento fetal, é especialmente suscetível em termos de impacto do stress e ansiedade na grávida. No 3º trimestre, existe um maior desconforto e risco de compressão da veia cava^{6,44,45}. O facto de os prestadores de cuidados pré-natais não saberem qual o trimestre da gravidez mais seguro para realizar procedimentos dentários¹⁸ pode influenciar a sua referência e aconselhamento à grávida. Muitas são as grávidas que ainda têm receio dos efeitos secundários que estes tratamentos podem ter na saúde do bebê, cabendo também a estes profissionais tranquilizarem-nas e incentivarem-nas a procurarem cuidados médico-dentários. Neste seguimento, eles próprios necessitam de ter conhecimentos sobre quais os tratamentos aconselháveis e sobre a sua segurança. Em termos de opiniões sobre a

segurança das radiografias e utilização de anestesia com ou sem vasoconstritor, houve divergências consoante os estudos. Existiram estudos que observaram que a maioria dos entrevistados consideravam a realização de radiografias segura durante a gravidez^{9,14,23}, enquanto outros observaram que apenas cerca de um quarto dos participantes acreditavam na sua segurança^{36,37}. Sabe-se que as radiografias são seguras, mas que devem ser evitadas ao máximo e, quando necessárias, deve-se recorrer aos coletes de chumbo²⁰. Quanto à anestesia, os resultados já se assemelharam. No geral, a utilização de vasoconstritor na técnica anestésica é reconhecida como insegura durante a gravidez^{9,14,36,37}. George A, et al.²³ observaram que a maioria considerou segura a utilização de anestesia na grávida; todavia, não questionaram sobre a sua utilização com e sem vasoconstritor, o que teria sido interessante, pois poderia influenciar os resultados.

O segundo tópico investigado nesta revisão foram as atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais. Contudo, constatou-se que este conceito nem sempre apresentou a mesma definição ao longo dos estudos. O conceito de “atitude” foi, muitas vezes, utilizado como um modo de pensar ou uma posição face a determinado assunto. Nesta revisão, o conceito de “atitude” englobou as seguintes dimensões: “maneira de proceder” e “comportamento”, abrangendo questões relacionadas com atos praticados por estes profissionais. Ainda neste tópico, serão discutidas algumas percepções/opiniões, dado que dizem respeito a atos clínicos que deveriam ser adotados pelos prestadores. Estes conceitos englobaram as vertentes “modo de ver” e “parecer”.

A atitude mais abordada ao longo dos estudos foi a referenciação ao médico dentista. Alguns estudos referiram a percentagem de profissionais que aconselham uma examinação da cavidade oral da grávida por parte do médico dentista, sendo que no geral mais de 60% o faz^{24,30,34-37}. No entanto, não questionaram em que situações esta referenciação é feita, o que pode levar a falsas interpretações e conclusões, com base nos resultados. Em estudos onde esta discriminação foi feita, mais de metade dos profissionais referenciam a grávida quando esta apresenta uma má condição oral, má higiene ou quando é identificada uma patologia oral ou dor de origem dentária^{5,9,31,38}, sendo que uma menor percentagem o faz por rotina^{5,9,31}. Devido a este facto, uma percentagem considerável de grávidas pode não receber acompanhamento médico-dentário,

sendo que este é importante mesmo em situações de saúde oral, porque permite a sua manutenção, controlo, e ainda aconselhamento e sensibilização para determinados aspetos, como, por exemplo, os cuidados a ter com a saúde oral da criança. Apesar dos números apresentados ao longo dos estudos, a maioria dos prestadores reconheceu a importância da referência ao médico dentista e necessidade de exames de rotina para averiguação do estado da cavidade oral das grávidas^{23,24}. Não menos importante é a referência da mulher no período de pré-conceção, com vista a atingir um estado de saúde oral ideal para que haja menos complicações durante o período de gravidez. No entanto, a percentagem de referência durante este período é baixa. Apenas dois estudos abordaram esta atitude, não parecendo a mesma ser valorizada^{3,12}.

Os prestadores de cuidados pré-natais podem ter um papel ativo na identificação de patologias orais e, com base nisto, realçar a importância e a maior ou menor urgência da grávida em consultar o médico dentista. Estes profissionais deveriam realizar um exame, mesmo que breve, à cavidade oral da grávida para melhor a aconselhar em termos de saúde oral e melhorar, assim, toda a gestação. As percentagens de examinação da cavidade oral, ao longo dos estudos, foram baixas. Vários são os estudos onde a maioria dos entrevistados não realiza um exame oral por rotina^{3-5,11,23,33,34,38,39}, sendo que o mesmo é realizado quando há uma queixa específica oral, como dor ou desconforto dentário^{5,31,38}. Muitas situações patológicas da cavidade oral não cursam com dor, sendo que podem progredir sem nunca originarem sintomatologia dolorosa, como, por exemplo, a cárie e a doença periodontal. Os prestadores de cuidados pré-natais, ao examinarem a cavidade oral, podem detetar patologias, sem sintomatologia dolorosa associada, que necessitam de ser intervencionadas e acompanhadas pelo médico dentista. Alguns estudos questionaram os seus entrevistados sobre as razões para não examinarem a cavidade oral das suas pacientes, sendo que as principais apontadas foram a falta de tempo, não se sentirem competentes ou não terem recebido formação neste sentido^{11,31}. Três estudos observaram que alguns profissionais consideram que este tipo de exame não faz parte da sua obrigação, mas sim da do médico dentista^{4,33,35}. Apesar das percentagens de examinação da cavidade oral serem consideravelmente baixas, os profissionais concordam que a mesma deveria ser realizada^{10,33}.

No que toca à anamnese sobre a saúde oral, alguns estudos averiguaram que a maioria dos participantes não entrevista as grávidas quanto ao seu estado de saúde oral^{11,23,32}, sendo que as razões apresentadas foram a falta de tempo, a falta de informação sobre a saúde oral e não ser uma prioridade. Dentro dos que realizam esta anamnese, a maioria questiona as grávidas sobre a última ida ao médico dentista e, em menor percentagem, sobre dor dentária e doença gengival/periodontal¹¹.

São poucos os profissionais que discutem com as suas pacientes a importância da manutenção da saúde e higiene oral^{3,4,9-11,23,31}. As principais razões apontadas por alguns obstetras/ginecologistas para não o fazerem foram a falta de tempo durante a consulta e a falta de conhecimento na área¹¹. Vários são os métodos que podem ser utilizados para fornecer informação relativa à saúde oral, nomeadamente os panfletos. Contudo, poucos prestadores adotam este meio^{10,23}.

Uma vez que uma das principais fontes da microbiota oral da criança são as mães ou os cuidadores primários e que a transmissão precoce de microrganismos é um fator de risco para a doença, a prevenção da colonização por microrganismos patogénicos na criança deve iniciar-se pela prevenção e tratamento da cavidade oral dos seus cuidadores⁴⁶. Devido à proximidade das parteiras com as famílias, nomeadamente logo após o nascimento do bebé, estas encontram-se numa posição privilegiada em termos de aconselhamento sobre os hábitos orais corretos, quer da mãe, quer das crianças e, como tal, devem fornecer informações relativas à transmissão de microrganismos com potencial cariogénico. Isto torna-se particularmente importante em hábitos como limpar a chupeta da criança na própria boca, entre outros. No entanto, apenas dois estudos abordaram esta questão^{23,40}. Para além disso, os prestadores de cuidados pré-natais devem ainda abordar quais os hábitos a adotar aquando do nascimento da criança e nos primeiros anos de vida, informação essa que será reforçada, quer pelo médico dentista, quer pelo pediatra. Atualmente recomenda-se que a primeira ida ao médico dentista seja entre os primeiros 6 meses após a erupção do 1º dente até no máximo ao 1 ano de idade⁴⁷; todavia, nem todos os profissionais estiveram de acordo com estes dados^{32,40}.

Alguns médicos ainda prescrevem suplementos vitamínicos fluoretados^{10,14}. Teria sido interessante ter sido questionada a razão para o

fazerem e qual o beneficiário, uma vez que o flúor sistémico não terá influência na dentição da grávida por esta já estar desenvolvida. Em termos de benefícios para o feto, não há evidência científica que comprove que a toma de suplementos fluoretados pela grávida seja efetiva na prevenção da cárie na prole⁴⁸.

Os anos de experiência podem influenciar os conhecimentos e atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais. O facto daqueles terem sido correlacionados positivamente, quer com conhecimentos¹¹ quer com atitudes^{11,23,30}, pode ser justificado pela variabilidade e maior número de casos que os profissionais mais experientes possuem. Contudo, se os próprios profissionais se mantiverem atualizados ou, ao invés, não priorizarem a saúde oral, a experiência pessoal pode deixar de ser significativa. Por outro lado, no estudo de Golkari A, et al.³⁵, os anos de experiência foram negativamente correlacionados com a frequência de referência ao médico dentista e com a examinação da cavidade oral. Nesta situação, poder-se-ia deduzir que profissionais mais jovens, mais próximos dos seus anos de formação, estão mais alertas para questões relacionadas com a saúde oral, tornando-se, por isso, mais ativos, ou até mesmo que possam ter decorrido mudanças em termos de ensino.

Apenas dois estudos testaram a influência da experiência pessoal em termos de saúde oral nos seus conhecimento/referência ao médico dentista. Este facto é interessante, porque a própria experiência pessoal pode refletir-se nos conselhos dados, tornando-se os próprios prestadores modelos para os seus pacientes⁴⁹. Também poderia ter interesse avaliar se, no caso das profissionais do sexo feminino, a experiência pessoal em termos de maternidade influencia os conhecimentos/atitudes desta população relativamente à prevenção em saúde oral na grávida.

O facto dos profissionais do setor privado terem exibido níveis superiores de atitudes¹⁰ e de convicção quanto à importância do tratamento periodontal durante a gravidez¹¹ pode dever-se aos constrangimentos que existem em termos de horários no setor público e ao maior número de pacientes que procuram cuidados médicos, o que pode dificultar o dispêndio de tempo para questões relativas à saúde oral. Porém, os resultados opostos obtidos por Patil SN, et al.² podem justificar-se pelo facto de os médicos entrevistados associados

aos hospitais públicos e faculdades poderem despende mais tempo na atualização e investigação devido ao ensino.

Por fim, o facto de alguns estudos referirem que as parteiras exibiram níveis superiores em termos de atitudes, comparativamente com os restantes profissionais, pode dever-se às diferenças a nível curricular e de formação^{31,33}.

As discrepâncias observadas ao longo dos resultados dos 25 estudos refletem a falta de questionários estandardizados e validados sobre este tema, o que se traduz numa limitação deste estudo, havendo a necessidade da criação dos mesmos para estudos futuros. Por esta razão, a comparação dos estudos e a possibilidade de serem tiradas conclusões passíveis de serem extrapoladas para qualquer população torna-se difícil. Para além disso, a maioria dos estudos foram realizados em amostras de conveniência ou em cidades muito restritas, existindo poucos estudos nacionais^{30,32}. Uma vez que os questionários foram autoadministrados poderão não refletir efetivamente as práticas dos profissionais¹⁰.

Com base nos resultados deste estudo, poderá pensar-se na necessidade de implementar novas estratégias para que a grávida, independentemente dos cuidados que procure e do acompanhamento que receba em termos médicos, seja acompanhada em termos de saúde oral. Adicionalmente, é possível perceber algumas das barreiras que existem para que os prestadores de cuidados na gravidez não referenciem a grávida, havendo a necessidade de se investir em formação e atualização destes profissionais sobre as *guidelines* atuais no que toca à Medicina Dentária e quais as práticas que deveriam ser adotadas pelos mesmos, com o objetivo de melhorar o bem-estar da grávida durante toda a gestação.

CONCLUSÃO

A gravidez acarreta alterações na cavidade oral e, como tal, há a necessidade de cuidados e controlos médicos adicionais. Esta revisão sistemática demonstra que, tanto os conhecimentos, como as atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais podem ser melhorados. Este aspeto é especialmente demonstrado pelo facto da mesma ter abrangido um período temporal longo.

A abordagem da grávida deve ser multidisciplinar no que toca à sua saúde oral, devendo envolver quer médicos dentistas, quer prestadores de cuidados pré-natais, nomeadamente ginecologistas, obstetras, médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e/ou enfermeiros/parteiras, de modo a melhorar o seu bem-estar, independentemente dos cuidados médicos que procure durante a gestação. Estes profissionais podem ainda fazer parte da abordagem multidisciplinar da criança que vai nascer, introduzindo alguns cuidados que os pais deverão adotar com o bebé, cuidados esses que serão reforçados quer pelo pediatra, quer pelo médico dentista.

Deve existir um investimento na prevenção das patologias orais que possam surgir durante a gestação e não apenas no tratamento das mesmas. E, como tal, os prestadores de cuidados pré-natais devem referenciar a grávida ao médico dentista aquando da consulta inicial pré-natal ou, até mesmo, antes da conceção, quando a gravidez é planeada. Para além disso, ao longo dos trimestres, as grávidas devem ser questionadas para averiguar a adesão aos cuidados preventivos e controlos médico-dentários recomendados.

Com base neste estudo, é demonstrada a necessidade de investir na formação destes profissionais, de modo a aumentar os seus conhecimentos sobre a saúde oral, para que melhor aconselhem a grávida no que toca à prevenção em saúde oral. A criação de uma ficha de anamnese para ser utilizada durante as consultas pré-natais ou até mesmo no período de pré-conceção pode ser útil, de modo a otimizar o atendimento geral da grávida³⁸.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PRISMA. Transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 5]. Available from: <http://www.prisma-statement.org/>.
2. Patil SN, Kalburgi NB, Koregol AC, Warad SB, Patil S, Ugale MS. Female sex hormones and periodontal health-awareness among gynecologists - a questionnaire survey. *Saudi Dent J*. 2012;24(2):99-104.
3. Rashidi-Maybodi F, Rahaei Z, Jalali-Pandary M, Faal-Rastegar N. Evaluating the knowledge, attitude, and behaviors of obstetricians and midwives regarding oral health in pregnant women. *J Oral Health Oral Epidemiol*. 2019;8(1):46-51.
4. Uwambaye P, Munyanshongore C, Kerr M, Shiau H, Nyiringango G, Rulisa S. Assessment of the knowledge, attitude and practices of nurses and midwives working at antenatal clinics in the Southern Province of Rwanda on periodontal diseases: a cross-sectional survey. *Adv Med Educ Pract*. 2020;11:517-23.
5. Boutigny H, Moegen ML, Egea L, Badran Z, Boschini F, Delcourt-Debruyne E, et al. Oral infections and pregnancy: knowledge of gynecologists/obstetricians, midwives and dentists. *Oral Health Prev Dent*. 2016;14(1):41-7.
6. Kandan PM, Menaga V, Kumar RR. Oral health in pregnancy (guidelines to gynaecologists, general physicians & oral health care providers). *J Pak Med Assoc*. 2011;61(10):1009-14.
7. Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, Daley EM, Quinonez RB, Boggess K. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(5):385-96.
8. Kobylinska A, Sochacki-Wojcicka N, Dacyna N, Trzaska M, Zawadzka A, Gozdowski D, et al. The role of the gynaecologist in the promotion and maintenance of oral health during pregnancy. *Ginekol Pol*. 2018;89(3):120-4.
9. Suri V, Rao NC, Aggarwal N. A study of obstetricians' knowledge, attitudes and practices in oral health and pregnancy. *Educ Health*. 2014;27(1):51-4.
10. Baseer MA, Rahman G, Asa'ad F, Alamoudi F, Albluwi F. Knowledge, attitude and practices of gynecologists regarding the prevention of oral diseases in Riyadh city, Saudi Arabia. *Oral Health Dent Manag*. 2014;13(1):97-102.

11. Cohen L, Schaeffer M, Davideau JL, Tenenbaum H, Huck O. Obstetric knowledge, attitude, and behavior concerning periodontal diseases and treatment needs in pregnancy: influencing factors in France. *J Periodontol*. 2015;86(3):398-405.
12. Ganganna A, Devishree G. Opinion of dentists and gynecologists on the link between oral health and preterm low birth weight: preconception care - treat beyond the box. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2017;35(1):47-50.
13. Corchuelo-Ojeda J, Romero-Velez E, Gutierrez-Grajales AC. Perceptions, knowledge and attitudes of Latin-American health practitioners regarding oral health in pregnant women. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017;68(4):266-74.
14. Laslowski P, Politano GT, Raggio DP, Silva SR, Imparato JC. Physicians knowledge about dental treatment during pregnancy. *Rev Gaúcha Odontol*. 2012;60(3):297-303.
15. Horowitz AM, Child W, Maybury C. Obstetric providers' role in prenatal oral health counseling and referral. *Am J Health Beha*. 2019;43(6):1162-70.
16. Rangel-Rincon LJ, Vivares-Builes AM, Botero JE, Agudelo-Suarez AA. An umbrella review exploring the effect of periodontal treatment in pregnant women on the frequency of adverse obstetric outcomes. *J Evid Based Dent Pract*. 2018;18(3):218-39.
17. Lavigne SE, Forrest JL. An umbrella review of systematic reviews of the evidence of a causal relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a position paper from the Canadian Dental Hygienists Association. *Can J Dent Hyg*. 2020;54(2):92-100.
18. Sinha S, Bhat PR, Govekar VV, Trasad VA, Acharya AB. Awareness and knowledge regarding maternal periodontal status and associated pregnancy outcomes among the gynecologists of Hubli-Dharwad. *J Indian Soc Periodontol*. 2020;24(4):375-8.
19. Govindasamy R, Narayanan M, Balaji VR, Dhanasekaran M, Balakrishnan K, Christopher A. Knowledge, awareness, and practice among gynecologists, medical practitioners and dentists in Madurai regarding association between periodontitis and pregnancy outcomes. *J Indian Soc Periodontol*. 2018;22(5):447-50.

20. American Dental Association. Oral health topics: pregnancy [Internet]. [updated 2019; cited 2021 Feb 14]. Available from: <https://www.ada.org/en/membercenter/oral-health-topics/pregnancy>.
21. Oral health care during pregnancy and through the lifespan. Committee Opinion No. 569. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2013;122:417-22.
22. European Federation of Periodontology. The relationship between oral health and pregnancy: recommendations for women [Internet]. 2020 Mar 12. Available from: https://www.efp.org/fileadmin/uploads/efp/Documents/Campaigns/Oral_Health_and_Pregnancy/Guidelines/guidelines-women.pdf.
23. George A, Dahlen HG, Reath J, Ajwani S, Bhole S, Korda A, et al. What do antenatal care providers understand and do about oral health care during pregnancy: a cross-sectional survey in New South Wales, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):382.
24. Acharya S, Acharya S, Mahapatra U. Knowledge, attitudes, and practices among gynecologists regarding oral health of expectant mothers and infants in Bhubaneswar City, Odisha. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2018;36(3):240-3.
25. Shah HG, Ajithkrishnan C, Sodani V, Chaudhary NJ. Knowledge, attitude and practices among gynecologists regarding oral health of expectant mothers of Vadodara City, Gujarat. *Int J Health Sci*. 2013;7(2):136-40.
26. Moher D LA, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.
27. National Institute for Health Research. PROSPERO: International prospective register of systematic reviews [Internet]. [cited 2021 Mar 19]. Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>.
28. Butler A, Hall H, Copnell B. A guide to writing a qualitative systematic review protocol to enhance evidence-based practice in nursing and health care. *worldviews on evidence-based nursing*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2016;13(3):241-9.
29. Herzog R, Alvarez-Pasquin MJ, Diaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, Gil A. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:154.

30. Rocha JM, Chaves VR, Urbanetz AA, Baldissera RD, Rosing CK. Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. *Braz Oral Res.* 2011;25(3):248-54.
31. Wilson EH, Farrell C, Zielinski RE, Gonik B. Obstetric provider approach to perinatal oral health. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(9):1089-91.
32. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Midwives' oral health recommendations for pregnant women, infants and young children: results of a nationwide survey in Germany. *BMC Oral Health.* 2016;16:36.
33. Hoerler SB, Jenkins S, Assad D. Evaluating oral health in pregnant women: knowledge, attitudes and practices of health professionals. *J Dental Hyg.* 2019;93(1):16-22.
34. Naavaal S, Claiborne DM. Oral health knowledge, practices, and awareness of oral health guidelines and dental coverage policies among midwives. *J Midwifery Womens Health.* 2021;66(1):88-95.
35. Golkari A, Khosropanah H, Saadati F. Evaluation of knowledge and practice behaviours of a group of Iranian obstetricians, general practitioners, and midwives, regarding periodontal disease and its effect on the pregnancy outcome. *J Public Health Res.* 2013;2(2):e15.
36. Hashim R, Akbar M. Gynecologists' knowledge and attitudes regarding oral health and periodontal disease leading to adverse pregnancy outcomes. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2014;4:S166-72.
37. Paneer S, Muthusamy N, Manickavel RP, Venkatakrishnan CJ, Rathnavelu P, Jayaram M. Evaluation of gynecologists' awareness about oral health condition during pregnancy in Chennai City. *J Pharm Bioallied Sci.* 2019;11:S331-s4.
38. Egea L, Le Borgne H, Samson M, Boutigny H, Philippe HJ, Soueidan A. Infections buccodentaires et complications de la grossesse: connaissances et attitudes des professionnels de santé: oral infections and pregnancy: knowledge of health professionals. *Gynecol Obstet Fertil.* 2013;41(11):635-40.
39. Patil S, Thakur R, K M, Paul ST, Gadicherla P. Oral health coalition: knowledge, attitude, practice behaviours among gynaecologists and dental practitioners. *J Int Oral Health.* 2013;5(1):8-15.

40. Ehlers V, Callaway A, Azrak B, Zock C, Willershausen B. Survey of midwives' knowledge of caries prevention in perinatal care. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2014;39(4):253-9.
41. American Academy of Pediatric Dentistry. Perinatal and infant oral health care. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry. 2020;252(6).
42. Rocha JS, Arima L, Chibinski AC, Werneck RI, Moyses SJ, Baldani MH. Barriers and facilitators to dental care during pregnancy: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Cad Saude Publica.* 2018;34(8):e00130817.
43. Gambhir RS, Nirola A, Gupta T, Sekhon TS, Anand S. Oral health knowledge and awareness among pregnant women in India: a systematic review. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(6):612-17.
44. Kurien S, Kattimani VS, Sriram RR, Sriram SK, K PR, Bhupathi A, et al. Management of pregnant patient in dentistry. *J Int Oral Health.* 2013;5(1):88-97.
45. Nazir M, Alhareky M. Dental phobia among pregnant women: considerations for healthcare professionals. *Int J Dent.* 2020
46. Sampaio-Maia B, Monteiro-Silva F. Acquisition and maturation of oral microbiome throughout childhood: an update. *Dent Res J.* 2014;11(3):291-301.
47. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry* Chicago, Ill: American Academy of Pediatric Dentistry. 2020:79-81.
48. Takahashi R, Ota E, Hoshi K, Naito T, Toyoshima Y, Yuasa H, et al. Fluoride supplementation (with tablets, drops, lozenges or chewing gum) in pregnant women for preventing dental caries in the primary teeth of their children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10(10):CD011850
49. Zadik Y, Galor S, Lachmi R, Proter N. Oral self-care habits of dental and healthcare providers. *Int J Dent Hyg.* 2008;6(4):354-60.

ANEXOS

Anexo 1 – Resumo dos principais resultados de cada estudo incluído

Autor (Ano)	Conhecimentos	Atitudes e Percepções/Opiniões
Acharya S, et al. (2018)	61% não sabiam se a doença periodontal na mãe poderia condicionar partos pré-termo e/ou recém-nascidos de baixo peso. 86% concordaram que a alimentação noturna leva a um maior risco de desenvolvimento de cáries nos bebês. 62% acrescentaram que a primeira ida ao médico dentista deve ser antes do 1 ano de idade da criança.	71% dos ginecologistas não recomendam dentífrico fluoretado. As gestantes foram encaminhadas para o médico dentista para uma avaliação oral por 62% dos ginecologistas. Todos os ginecologistas afirmaram que a referência ao médico dentista é importante para as suas pacientes. A maioria dos ginecologistas concordou que conselhos sobre os cuidados com a saúde oral do bebê devem ser dados às gestantes.
Baseer MA, et al. (2014)	Ginecologistas apresentaram um menor nível de conhecimento sobre a alimentação com biberão e hábitos sucionais não nutritivos como fatores de risco para a má oclusão. Quase metade dos participantes sabiam todos os principais fatores de risco para a cárie dentária, gengivite e má oclusão. 44,5% dos ginecologistas conheciam a relação entre a doença periodontal e os partos pré-termo/recém-nascidos de baixo peso.	37% realizaram um exame à cavidade oral logo após o diagnóstico da gravidez. Mais de metade dos ginecologistas aconselharam a primeira ida da criança ao médico dentista com a idade de 1 ano e aconselharam os pais a escovar os dentes aos filhos. 77% dos ginecologistas afirmaram que deviam examinar a cavidade oral das suas pacientes e que o seu papel é importante na prevenção das doenças orais.
Boutigny H, et al. (2016)	O granuloma piogénico era conhecido por menos de 10% dos prestadores de cuidados pré-natais. A infecção oral foi claramente identificada como um fator de risco para os resultados adversos na gravidez. Os resultados adversos na gravidez mais frequentemente mencionados como consequência da doença periodontal foram os partos pré-termo seguido da corioamnionite e recém-nascidos de baixo peso.	A maioria dos prestadores de cuidados pré-natais realiza um exame oral apenas se a grávida mencionar dor ou desconforto dentário específico. Mais de metade dos prestadores de cuidados pré-natais encaminham as suas pacientes grávidas para atendimento dentário apenas quando estas apresentam más condições orais. Apenas 20% aconselha por rotina que as suas pacientes procurem atendimento dentário durante a gravidez, independentemente do seu estado oral.
Cohen L, et al. (2015)	Uma grande proporção de profissionais estava corretamente ciente dos sinais clínicos da doença periodontal, principalmente sangramento gengival. No entanto, alguns deles (9,5%) erroneamente consideraram que as cáries também estavam associadas à doença periodontal. Em relação aos fatores de risco da doença periodontal, 78,4% dos profissionais identificaram corretamente a má higiene oral, 58,4% tabaco e 42,1% diabetes, enquanto 36,3% consideraram erradamente o consumo excessivo de açúcares. 62,6% e 83,7% afirmaram que o tratamento periodontal é eficaz e indicado em mulheres grávidas, respetivamente.	A maioria dos profissionais não incluí na história clínica questões sobre a saúde oral. As principais razões foram: a falta de tempo, a falta de informação sobre o tema e a não prioridade. A maioria dos profissionais (75,1%) nunca realizaram um exame oral. Além da falta de tempo, o outro motivo para a não realização do exame oral foi a falta de educação. Apenas 10,5% dos profissionais orientam sistematicamente as suas pacientes sobre a saúde oral de forma regular.
Rocha JM, et al. (2011)	Uma grande proporção de obstetras afirmou que as bactérias estão associadas à doença periodontal e 94% relataram que a periodontite é uma condição mais grave que a gengivite. 72,5% e 45,6% dos obstetras, respetivamente, acreditam que a gravidez pode estar associada ao aumento da cárie dentária e da perda dentária.	Mais de 95% dos profissionais recomendam sempre ou ocasionalmente consultas de lactação, aulas de parto e consultas nutricionais. Esta percentagem é inferior para exames orais e rastreio genético. Obstetras encaminham frequentemente as suas pacientes para outros profissionais quando estão preocupados com a sua condição oral (88,2%).
Egea L, et al. (2013)	O sangramento gengival e a gengivite foram amplamente identificados como manifestações orais durante a gravidez. As complicações durante a gravidez mais comumente evocadas foram: a ameaça de parto prematuro, corioamnionite e o nascimento de filhos prematuros.	Mais de metade dos profissionais não examina a cavidade oral por rotina. Nos casos onde essa examinação foi realizada, foi motivada por uma queixa da paciente a nível oral. Metade dos profissionais encaminham as suas pacientes para o médico dentista quando a paciente apresenta má higiene oral.
Ehlers V, et al. (2014)	Em relação à etiologia multifatorial da cárie, a maioria possuía conhecimentos da participação das bactérias acidicas como <i>Streptococcus mutans</i> , hidratos de carbono e higiene oral. Sobre o modo de transmissão de <i>Streptococcus mutans</i> , 99,6% das parteiras referiram corretamente a saliva, enquanto 37,3% referiram incorretamente a infecção por aerossóis e 6,7% o sangue. A elevada incidência de cárie precoce de infância em crianças com 3 anos de idade era conhecida apenas por 53,7% das parteiras.	60,2% informaram sobre a suscetibilidade para desenvolver gengivite. 92,5% deram orientações específicas sobre medidas profiláticas para a cárie (dieta saudável, técnicas corretas de higienização e utilização de fluoretos). A maioria das parteiras informou os pais sobre a transmissão de <i>Streptococcus mutans</i> da mãe para o filho. Informação sobre a escovagem após a erupção do 1º dente, uma dieta saudável e utilização de fluoretos foi dada pela maioria das parteiras. Visitas regulares ao médico dentista para a criança foram recomendadas por 79,8% e a maioria afirmou que deveriam fazê-lo após a conclusão do 1º ano de idade ou antes de entrarem para o jardim de infância. A grande maioria das parteiras concordou que o fornecimento de informações sobre medidas preventivas da cárie é da sua responsabilidade.
Ganganna A, et al. (2017)		Apenas 12% dos ginecologistas encaminham as suas pacientes para o médico dentista durante o período de pré-conceção.
George A, et al. (2016)	41,8% afirmaram que o cálcio não é retirado dos dentes da mãe pelo bebê em desenvolvimento. 62,1% afirmaram que a má saúde oral materna pode contribuir para a cárie precoce de infância. 36,8% afirmaram que tratamento dentário eletivo deve ser adiado para	Menos de 30% encaminharam pacientes para o médico dentista. Apenas 16,4% dos prestadores de cuidados pré-natais afirmaram que discutem sempre a importância da saúde oral com as grávidas e 21,5% aconselham sempre as mulheres a irem ao dentista no início da gravidez. Poucos profissionais (<10%) fornecem sempre aconselhamento sobre a associação entre a má saúde oral materna e os resultados do parto/transmissão de cárie e apenas 15% questionam as mulheres especificamente sobre sua saúde oral

Anexo 1 – Resumo dos principais resultados de cada estudo incluído (Continuação)

	depois da gravidez. Mais de metade concordou que é segura a realização de radiografias orais. Quase 50% concordou que a aspirina não é segura durante a gravidez.	atual. Menos de um terço acharam que tinham habilidades para fornecer conselhos sobre saúde oral a mulheres grávidas. Adicionalmente, 93,6% dos entrevistados concordaram que as mulheres grávidas são mais propensas a procurar atendimento médico-dentário se os seus prestadores de cuidados pré-natais o recomendarem. As principais barreiras referidas nesta área foram a falta de diretrizes práticas sobre cuidados de saúde oral durante a gravidez na Austrália, treino insuficiente para realizar avaliações de saúde oral em mulheres grávidas e o alto custo do tratamento dentário para mulheres grávidas.
Golkari A, et al. (2013)	Sobre a gengivite, a maioria dos profissionais respondeu que se trata de um vermelhidão e/ou inchaço reversível das gengivas (51,3%) e de uma infecção potencialmente reversível das gengivas (32,7%). Menos de metade dos profissionais sabiam que a periodontite é uma condição mais grave que a gengivite. Além disso, 87,4% dos profissionais acredita que a gravidez pode provavelmente ou definitivamente estar associada ao aumento da cárie dentária.	A recomendação para examinação dentária foi quase a mesma que para a recomendação de aulas educativas sobre o parto, consultas de amamentação e rastreio genético. Quando questionados sobre a altura em que examinam a boca das suas pacientes, 40% dos participantes responderam que o fizeram no exame pré-natal inicial, 22% fizeram-no periodicamente e 10,7% fizeram-no se a paciente mencionou algum problema. 24% de todos os participantes e 34% das parteiras acham que é o dever do dentista, não deles.
Govindasamy R, et al. (2018)	Cerca de 64% e 68% dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e dos ginecologistas, respetivamente, confirmaram a associação entre a doença periodontal e os resultados adversos na gravidez. Cerca de 92% destes profissionais apoiaram que fornecer tratamento dentário durante a gravidez melhorou os resultados da mesma.	A maioria das participantes considerou a examinação feita pelo médico dentista e a manutenção da saúde oral durante a gravidez como necessários.
Hashim R, et al. (2014)	75,9% acreditam que a inflamação gengival/periodontal pode afetar os resultados da gravidez e 67,6% concordam que a doença periodontal pode levar a partos pré-termo e/ou recém-nascidos de baixo peso. Os principais tipos de tratamento que os ginecologistas consideram que a mulher grávida pode receber de forma segura são destartarizações feitas por rotina, e restaurações/coroas. As radiografias intraorais/extraorais são consideradas seguras apenas por 27%. 59,3% consideram a administração de anestesia local com vasoconstritor insegura durante a gravidez. A maioria considerou o segundo trimestre como o mais seguro para receber tratamento dentário.	A maioria dos ginecologistas (85,2%) orientou as suas gestantes a irem ao dentista.
Hoerler SB, et al. (2019)	A maioria concorda que a gravidez aumenta a tendência de inflamação gengival e discordam completamente (67%) quanto a aconselhar as mulheres grávidas para pararem de escovar e utilizar o fio dentário se os tecidos gengivais sangrarem. A maioria concorda que os problemas gengivais podem ser tratados de forma segura durante a gravidez. Mais de metade (61%) afirmou que os problemas gengivais podem resultar em recém-nascidos de baixo peso e partos pré-termo (71%).	Aproximadamente 60% “nunca” ou “raramente” realizam uma entrevista sobre a história relativa à saúde oral ou incluem um exame oral durante os cuidados pré-natais. As razões mais comumente citadas pelos participantes que não incluem “sempre” um exame oral foram a falta de tempo, sentirem que o mesmo é da responsabilidade do médico dentista, falta de solicitação por parte do paciente e falta de sistemas de referência atualizados. Os participantes relataram que aconselham/referenciam as suas pacientes ao médico dentista durante a gravidez na maior parte do tempo ou às vezes. Todavia, a maioria (84%) nunca aconselha as pacientes a adiar as suas consultas médico-dentárias para depois da gravidez.
Laslowski P, et al. (2012)	Acerca dos procedimentos adotados pelos dentistas, 42,5% dos médicos acreditam que os vasoconstritores usados em medicina dentária podem prejudicar a mãe e o feto. 90% dos médicos acreditam que as radiografias não prejudicam o feto. A maioria dos médicos (58%) acredita que a lidocaína será o melhor anestésico a ser utilizado, mas 94% pensa que será melhor não utilizar vasoconstritor durante a anestesia local em procedimentos dentários.	80% dos médicos prescreveram compostos de vitaminas fluoretadas para mulheres grávidas.
Naavaal S, et al. (2021)	Estas duas afirmações “Enjoos matinais e vômitos durante a gravidez podem aumentar o risco de a mulher desenvolver cárie dentária” e “Uma das preocupações orais durante a gravidez é a gengivite gravídica” foram corretamente respondidas por todos os participantes. A afirmação com menor percentagem de respostas corretas abordou a relação da saúde oral materna e a saúde oral da criança (86,2%), seguida da afirmação sobre as alterações nos níveis ácidos da saliva durante a gravidez (89,7%).	A maioria dos participantes afirmaram discutir a saúde oral, mas não avaliam a cavidade oral. 79,3% afirmaram encaminhar as suas pacientes grávidas ao médico dentista. Relativamente às práticas no consultório, quando os participantes foram questionados sobre quais os outros profissionais que discutem a saúde oral com pacientes grávidas, 35,7% afirmaram que ninguém além deles o faz. 62% das parteiras afirmaram não terem questões relativas à saúde oral nos seus formulários relativos à história médica. Quando questionadas sobre as <i>guidelines</i> baseadas em evidência relativas à saúde oral na grávida, mais de metade das parteiras não as conheciam.
Paneer S, et al. (2019)	64% concorda que a gravidez aumenta a probabilidade de existir inflamação gengival. 67% acredita que a inflamação gengival/periodontal pode afetar os resultados da gravidez e 63% concorda que a doença periodontal pode causar partos pré-termo e recém-nascidos de baixo peso. 74% considera o segundo trimestre o período mais seguro para realizar procedimentos	67% dos profissionais aconselharam as suas pacientes a irem ao médico dentista durante a gravidez.

Anexo 1 – Resumo dos principais resultados de cada estudo incluído (Continuação)

	dentários, 21% considera as radiografias intra e extraorais seguras e 74% considera a administração de anestesia local com vasoconstritor insegura durante a gravidez.	
Patil S, et al. (2013)	Mais da metade concordou que a periodontite ativa tem um efeito negativo nos resultados do parto, como pré-eclâmpsia, irritação dos músculos lisos do útero e parto prematuro. Cerca de 80% concorda que os novos hábitos alimentares aumentam o risco de cárie dentária e doenças periodontais.	85,7% dos ginecologistas nunca examinaram a cavidade oral das suas pacientes durante o exame de rotina.
Patil SN, et al. (2012)	Quase todos os ginecologistas concordaram que as flutuações hormonais podem alterar o tecido gengival ao longo das fases reprodutivas da mulher. Mais de metade dos ginecologistas concordaram que a doença periodontal é um fator de risco para partos prematuros/recém-nascidos de baixo peso.	Menos de 30% em cada grupo aconselharia as suas pacientes a realizarem um exame de rotina dentário pré-natal. Mais de um terço dos ginecologistas sentiram a necessidade de enfatizar os exames regulares para uma saúde oral ideal, não apenas durante a gravidez, mas também durante todas as fases reprodutivas do ciclo de vida feminino.
Rashidi-Maybodi F, et al. (2019)	70% dos profissionais selecionaram a inflamação gengival reversível como definição de gengivite e 43,8% deles consideraram a placa bacteriana como a principal causa das doenças periodontais.	35% costumam dar conselhos nutricionais e de saúde às suas pacientes para melhorar a sua saúde oral. 36,3% raramente reservam um horário especial para examinarem a cavidade oral das suas pacientes e 20% nunca o fazem. 55% encaminharam as suas pacientes a um dentista como rotina antes da gravidez.
Shah HG, et al. (2013)	87,9% estavam cientes do facto de que a doença periodontal nas mães pode levar a partos prematuros/recém-nascidos de baixo peso.	A maioria dos ginecologistas recomendam aconselhamento dietético. 42,1% dos ginecologistas recomendaram dentífrico fluoretado às suas pacientes e 62,6% aconselharam a escovagem 2 vezes por dia.
Sinha S, et al. (2020)	76% deles estavam cientes da associação entre as doenças gengivais e os resultados adversos na gravidez. 96% acreditam que tratar problemas gengivais é seguro durante a gravidez, dos quais 48% e 46% consideraram que o primeiro e o segundo trimestres eram seguros para tratar patologias orais, respetivamente. 82% pensam que o tratamento de doenças gengivais durante a gravidez iria melhorar os resultados da gravidez.	Apenas 28% encaminharam as suas pacientes grávidas a um dentista para um exame oral como parte do atendimento pré-natal. 96% concordou que o exame de rotina oral é necessário para pacientes grávidas e 70% considerou um exame de rotina oral necessário como parte das consultas de rotina da gravidez.
Suri V, et al. (2014)	Mais de 70% afirmaram que a periodontite numa paciente grávida pode causar partos prematuro/recém-nascidos de baixo peso. Quase todos concordaram que os raios-x são seguros durante a gravidez, mas poucos indicaram que a extração dentária necessária é aconselhável em qualquer momento durante a gravidez. 69% acreditam que o anestésico local pode ser usado com segurança sem vasoconstritor. Sobre analgésicos para controlo da dor dentária durante a gravidez, o paracetamol foi a opção mais escolhida pelos entrevistados.	40% dos obstetras relataram recomendar rotineiramente a examinação oral por um médico dentista durante o período pré-natal. 89% afirmaram que faziam questão de encaminhar sempre as gestantes ao dentista em caso de dor dentária. Quase metade dos obstetras afirmaram alertar as gestantes sobre a importância da higiene oral. 87% responderam que o exame oral deve ser incluído como parte integrante dos cuidados pré-natais.
Uwambaye P, et al. (2020)	54,4% dos participantes nunca tinham ouvido falar em doenças periodontais. 73,4% não sabiam se as doenças periodontais afetam o bebé antes do parto.	83,5% nunca verificam a existência de doenças orais durante o atendimento da grávida. 84,8% não realizam cuidados orais básicos durante o atendimento da grávida. 50,7% acham que não precisam de encaminhar gestantes para serviços médico-dentários se as mesmas não estiverem com dores de origem dentária e 75,9% acham que não é da sua responsabilidade examinar a cavidade oral das suas pacientes.
Wagner Y, et al. (2016)		No geral, metade das parteiras recomenda uma ida ao médico dentista durante a gravidez. 65,5% das parteiras aconselham os pais sobre a cárie precoce de infância. A maioria das parteiras recomendam que a higiene oral seja iniciada com a erupção do primeiro dente (60,4%). 65,1% das parteiras recomendam o uso de vitamina D, vitamina D combinada com flúor e suplementos de flúor. O aconselhamento sobre a doença periodontal durante a gravidez inclui o edema e sangramento gengival e a importância de uma higiene oral diária eficaz com o uso de pastas fluoretadas. Em termos de cárie precoce de infância, abordam as possíveis consequências do uso prolongado do biberão e bebidas açucaradas. A maioria das parteiras recomendam que a primeira ida ao médico dentista da criança seja aos 2 ou 3 anos de idade.
Wilson EH, et al. (2017)		Apenas 53% relataram ter questões sobre saúde oral nos seus documentos da consulta e menos ainda discutiram regularmente a importância da saúde oral na gravidez com as suas pacientes. Um número ainda menor destes profissionais realizou por rotina um exame da cavidade oral. Quando questionados sobre o porquê de não o fazerem, a maioria relatou não se sentir competente ou não ter recebido treino para realizar exames relacionados com a saúde oral. A maioria dos entrevistados encaminhou as suas pacientes para um dentista, caso um problema oral/dentário tenha sido identificado. Oitenta por cento de todos os obstetras consideraram a saúde oral perinatal uma consideração importante para o cuidado pré-natal ideal.

Anexo 2 – Resumo das associações/correlações encontradas em cada estudo incluído

Autor (ano)	Testes utilizados (nível de significância)	Resultados
Acharya S, et al. (2018)	_____	Os profissionais com mais de 10 anos de experiência mostraram uma boa atitude, o que pode ser atribuído ao número variado de casos que assistem.
Baseer MA, et al. (2014)	ANOVA Coeficiente de correlação de Spearman (p<0.05)	Ginecologistas com 21-25 anos de experiência apresentaram uma maior pontuação média de atitudes relativamente à prevenção de doenças orais e a diferença foi estatisticamente significativa (p<0.05). Ginecologistas que trabalham em hospitais privados apresentaram uma pontuação média de prática significativamente mais elevada para a prevenção de doenças orais em comparação com as contrapartes do governo (p<0.05). A comparação das pontuações médias de conhecimento, atitudes e práticas entre os géneros e as diferentes faixas etárias dos ginecologistas não apresentou significância estatística. Observou-se uma correlação linear positiva entre conhecimento e atitude (r=0,11; p=0,11) e entre conhecimento e prática (r=0,07; p=0,26). No entanto, uma correlação negativa entre atitude e prática (r=-0,04; p=0,53) foi observada pela correlação de Spearman.
Cohen L, et al. (2015)	Testes Qui-quadrado Testes exatos de Fisher Testes t e Testes não-paramétricos U Mann-Whitney Wilcoxon (p=0.05)	Análises univariadas mostraram que obstetras e/ou ginecologistas com histórico de doença periodontal estavam mais cientes da ligação entre a gravidez e as doenças periodontais (p<0,05). Além disso, os profissionais com mais experiência profissional (>10 anos) consideraram a influência das doenças periodontais nos resultados da gravidez (p<0,05). Após análises multivariadas, apenas a experiência profissional (>10 anos) permaneceu correlacionada com o conhecimento periodontal (p<0,05) e com o vínculo demonstrado de forma eficiente (p<0,01). Profissionais experientes frequentemente forneceram mais informações sobre a saúde oral (p=0,01). Além disso, os médicos com histórico de doença periodontal encaminharam as pacientes com mais frequência ao dentista (p<0,01). Profissionais experientes (>10 anos) e aqueles que trabalhavam no setor privado estavam mais convencidos da importância dos cuidados periodontais durante a gravidez (p<0,001; p=0,02, respetivamente). As análises multivariadas confirmaram os resultados da análise univariada, exceto a história de doença periodontal.
Rocha JM, et al. (2011)	Testes Qui-quadrado (α=0.05)	O tempo de prática em obstetrícia correlacionou-se positivamente com a frequência de referência ao médico dentista na gestação (p<0,001). Obstetras mais experientes recomendaram exames médico-dentários com mais frequência às suas pacientes. Obstetras que realizaram uma consulta médico-dentária no último ano geralmente encaminham as suas pacientes a um dentista (p<0,001).
Ehlers V, et al. (2014)	Teste de classificação sinalizada de Wilcoxon (p<0.05)	As parteiras que trabalhavam por conta própria (grupo B) informaram com mais frequência sobre a transmissão de <i>Streptococcus mutans</i> (p=0,025) e escovagem aquando do nascimento do primeiro dente (p<0,001). O risco para o desenvolvimento de cárie precoce de infância foi explicado pela maioria do grupo B e por 84% do grupo A (p=0,022). O aspeto da alimentação saudável foi explicado por 77% do grupo B e 60% do grupo A (p=0,012). As recomendações quanto à utilização de fluoretos diferiram entre os dois grupos: a profilaxia com flúor 0,25 mg/dia de flúor a partir do 10º dia de idade foi recomendada por apenas 32% do grupo B, mas por 60% do grupo A (p<0,001). No entanto, o dentífrico fluoretado foi recomendado por 85% do grupo B e por 67% do grupo A (p=0,005). As parteiras do grupo B (84%) informaram mais (p<0,001) sobre o risco de intoxicação por flúor do que as do grupo A (58%). Idas ao médico dentista para crianças pequenas foram recomendadas por 85% do grupo B e 68% do grupo A (p=0,004). Apenas 24% do grupo B e 41% do grupo A recomendaram visitas ao dentista após a erupção do primeiro dente (p=0,024).
George A, et al. (2016)	Testes do Qui-quadrado de Pearson Regressão logística ordinal (Testes de qualidade de ajuste qui-quadrado de Pearson e testes de linhas paralelas) (α=0.05)	Foram encontradas correlações positivas significativas entre a variável prática “Discuto a importância da saúde oral com as gestantes” e a média de anos de experiência (p=0,001), receber educação formal sobre saúde oral na gestação (p=0,001), possuir folhetos informativos sobre cuidados de saúde oral durante a gravidez (p<0,0001) e todos os itens da seção de conhecimentos da pesquisa (p=0,003-0,049). Também foram evidenciadas correlações positivas entre a variável “Aconselho as gestantes a consultar o dentista no início da gestação” e a média de anos de experiência (p=0,0002), ter folhetos informativos sobre cuidados com a saúde oral durante a gestação (p<0,0001) e todos os itens do conhecimento (p=0,0003-0,20). Também houve correlação significativa entre o conhecimento autorrelatado dos prestadores de cuidados pré-natais e a referência por rotina de pacientes grávidas ao dentista (p=0,025). Uma análise mais aprofundada usando modelagem de regressão logística ordinal mostrou que os prestadores eram mais propensos a discutir a importância da saúde oral com mulheres grávidas se tivessem recebido educação formal/treino em saúde oral durante a gravidez (OR 3,51), recebido informações/folhetos sobre saúde oral (OR 3,04) ou ter mais de 20 anos de experiência (OR 2,61). Estes profissionais também eram mais propensos a aconselhar mulheres grávidas a visitarem dentistas durante o início da gravidez se tivessem informações/folhetos sobre saúde oral durante a gravidez (OR 4,53), uma pontuação em termos de conhecimento superior a 75% (OR 2,38) ou mais de 20 anos de experiência (OR 3,55).
Golkari A, et al. (2013)	Testes do Qui-quadrado e Correlação de spearman	Os resultados do estudo revelaram uma correlação negativa significativa entre a experiência dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar e os exames dentários na visita inicial ou periodicamente (r=0,56; p=0,002); os menos experientes fizeram mais exames orais na consulta inicial ou periodicamente do que os mais experientes (r=0,44; p=0,042). Um resultado similar foi encontrado para os obstetras: a probabilidade de fazer o exame oral diminuiu à medida que a experiência aumentou (p=0,049). No entanto, essa relação não foi significativa para as parteiras (p=0,729). Além disso, a experiência de trabalho foi negativamente correlacionada com a frequência de recomendação de exame pelo médico dentista durante a gravidez para os obstetras (p<0,001). Esta relação não foi significativa para as parteiras (p=0,387) ou para os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar (p=0,051). Por outro lado, nenhuma relação significativa foi encontrada entre os próprios participantes frequentarem exames de rotina regulares e encaminharem as suas pacientes ao dentista (p>0,500 nos 3 grupos).

Anexo 2 – Resumo das associações/correlações encontradas em cada estudo incluído (Continuação)

Hashim R, et al. (2014)	Teste do Qui-quadrado (p<0.05)	Os resultados não produziram nenhuma associação significativa entre as características demográficas dos ginecologistas e a referência das pacientes ao médico dentista. Os resultados mostraram que há uma associação significativa entre a referência ao dentista e as seguintes variáveis: pacientes que relataram sangramento gengival e mobilidade dentária, aqueles que foram aconselhados a não atrasar a consulta médico-dentária e aqueles que reconheceram uma associação entre doença periodontal e os resultados adversos na gravidez
Hoerler SB, et al. (2019)	Testes Wilcoxon Rank-Sum Correlação de Spearman	Parteiras e profissionais de enfermagem tiveram pontuações de conhecimento mais altas em comparação com médicos e residentes (p=0,002). Foi encontrada uma correlação moderada entre a pontuação de conhecimento e a frequência de inclusão de questões relativas ao histórico de saúde oral durante as consultas pré-natais (correlação=0,36; p=0,002). Uma pequena correlação foi encontrada entre a pontuação de conhecimento e a frequência de inclusão de triagem médico-dentária durante as consultas pré-natais. Em geral, médicos e residentes eram mais propensos a selecionar a opção “não concordo nem discordo” em comparativamente com as parteiras e enfermeiros.
Patil S, et al. (2013)		Os ginecologistas com falta de conhecimento e tempo em relação aos resultados de saúde oral precária (38,8% e 27,7%, respectivamente) eram menos propensos a encaminhar as suas pacientes para serviços de cuidados orais.
Patil SN, et al. (2012)	Testes do qui-quadrado e testes exatos de Fisher (p<0.05)	52,63% dos ginecologistas do Grupo A encaminhariam os casos de alterações do tecido gengival a um periodontologista em comparação com apenas 27,91% dos ginecologistas do Grupo B (p<0,01). Os resultados mostraram que os médicos do Grupo A acreditavam que era mais importante encaminhar as suas pacientes para o atendimento médico-dentário em comparação com os médicos do Grupo B.
Rashidi-Maybodi F, et al. (2019)	Coeficiente de correlação de Spearman ANOVA unilateral Teste U de Mann-Whitney (p<0.05)	A relação entre o estado civil dos participantes e seu conhecimento (p = 0.584), atitudes (p = 0.151), e prática (p = 0.025) não foi estatisticamente significativa. Não houve relação entre a idade dos sujeitos e o seu conhecimento e comportamento, mas a sua atitude esteve relacionada com a idade (r=0,294; p<0,050). O conhecimento e o desempenho dos indivíduos foram inadequados, mas a sua atitude foi aceitável. Não foi possível avaliar a relação entre os anos de experiência e o setor de emprego e os conhecimentos, atitudes e práticas dos participantes, uma vez que os dados recolhidos foram insuficientes.
Shah HG, et al. (2013)	Teste qui-quadrado de Pearson (p=0.05)	Não houve diferença significativa entre conhecimento, atitude e prática e os anos de experiência, idade e gênero do ginecologista
Suri V, et al. (2014)	Coeficiente de correlação de Spearman	Profissionais empregues pelo governo e médicos empregues no setor privado tiveram pontuações de conhecimento iguais. Os médicos que se submeteram a exames médico-dentários regulares foram ligeiramente mais propensos a encaminhar as suas pacientes grávidas ao dentista. Não houve correlação entre a experiência e o conhecimento dos obstetras (p=0,69). Houve uma correlação significativa entre o conhecimento autorrelatado dos obstetras e a referência das pacientes grávidas ao médico dentista (p=0,00001).
Uwambaye P, et al. (2020)	Teste de correlação Teste ANOVA (α=0.05: análise bicaudal)	Os resultados mostraram que não houve diferença significativa no conhecimento sobre doenças periodontais entre enfermeiras e parteiras (p=0,881). Da mesma forma, os resultados não mostraram nenhuma diferença significativa nas médias das pontuações para atitudes e prática entre os dois grupos (p=0,08; 0,24, respectivamente). A ANOVA também não revelou diferença significativa entre as médias de pontuação para conhecimento, atitudes e prática e o nível de escolaridade (p=0,69; 0,93; 0,27, respectivamente). Os resultados mostraram correlações positivas entre a idade e o tempo de prática, bem como o tempo de trabalho nas maternidades (r=0,824; p<0,001 e r=0,674; p<0,001, respectivamente). Da mesma forma, houve correlação positiva entre o número de gestantes recebidas por dia e o número de partos atendidos por dia (r=0,390; p<0,001). No entanto, os resultados não encontraram correlação entre o conhecimento e a idade (r=-0,098) ou o conhecimento e o tempo de prática (r=-0,088). Além disso, a atitude e a prática não se correlacionaram com a idade, tempo de prática ou tempo de trabalho nas maternidades.
Wagner Y, et al. (2016)	Teste do Qui-quadrado (Pearson) (p<0.05)	As recomendações preventivas foram feitas independentemente da idade, experiência profissional ou condições de trabalho das parteiras. As respostas das parteiras que já tinham recebido treino avançado em saúde oral foram significativamente diferentes relativamente ao aconselhamento sobre a doença periodontal e a cárie precoce de infância (p<0,001), referência ao médico dentista durante a gravidez (p<0,001), idade recomendada para a primeira visita ao dentista (p<0,001) e o momento de início da escovagem dos dentes (p<0,001)
Wilson EH, et al. (2017)	Teste exato de Fisher (p<0.05)	Mais parteiras relataram que discutiam rotineiramente a saúde oral com as suas pacientes grávidas comparativamente com os obstetras/ginecologistas (p<0,05). Da mesma forma, mais parteiras recomendaram rotineiramente que as pacientes obtivessem uma avaliação médico-dentária formal durante a gravidez em comparação com os obstetras/ginecologistas (p<0,05).

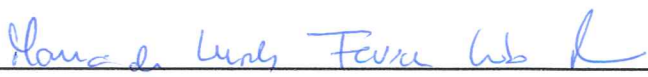
PARECER

(Entrega do Trabalho final da Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia/Relatório de Estágio desenvolvido pela Estudante Beatriz Helena Samagaio Fernandes da Anunciação com o título: “Conhecimentos e atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais relativamente à prevenção em saúde oral na gravidez – uma revisão sistemática”, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

Porto, 17 de maio de 2021

A orientadora



(Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira)

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.

Porto, 17 de maio de 2021

A estudante

Beatriz Anunciação

(Beatriz Helena Samagaio Fernandes da Anunciação)

DECLARAÇÃO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo: Beatriz Helena Samagaio Fernandes da Anunciação

Nº identificação civil: 14021526

Nº Estudante: 201606157

Email institucional: up201606157@edu.fmd.up.pt

Email alternativo: beatriz.anunciacao98@gmail.com **Tlf/Tlm:** 212190424/936186550

Faculdade/Instituto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia) ☒ **Relatório de Estágio** ☐

Título Completo

Conhecimentos e atitudes dos prestadores de cuidados pré-natais relativamente à prevenção em saúde oral na gravidez – uma revisão sistemática

Orientador: Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Coorientador: Não possui

Palavras-chave: Prestadores de cuidados pré-natais; saúde oral; grávida; prevenção; conhecimentos; atitudes.

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 (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: X ; 120 meses: _____;

Justificação para a não autorização imediata: Publicação dos resultados

Data: 17/05/2021

Assinatura: Beatriz Anunciação