

ISABEL ALEXANDRA DA SILVA MARTINS

GRAU DE ATENÇÃO EM SAÚDE ORAL NA GRÁVIDA

*Dissertação de candidatura ao grau
de Mestre apresentada
à Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade do Porto*

PORTO — 2000

1005
Ags. 2001

TD
Mar-g

ISABEL ALEXANDRA DA SILVA MARTINS

GRAU DE ATENÇÃO EM SAÚDE ORAL NA GRÁVIDA

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre apresentada à Faculdade
de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Trabalho realizado sob a orientação do Prof. Doutor Alberto Manuel
Barros da Silva



Corpo Docente da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Prof. Doutor Adão Fernando Pereira
Prof. Doutora Maria Helena Raposo Fernandes
Prof. Doutor Fernando Jorge Morais Branco
Prof. Doutora Maria Purificação V. S. T. Cummings
Prof. Doutor António Cabral Campos Felino
Prof. Doutor João Fernando Costa Carvalho
Prof. Doutor Miguel Fernando Silva G. Pinto
Prof. Doutor Afonso Manuel Pinhão Ferreira
Prof. Doutor Rogério Serapião Martins A Branco
Prof. Doutor Fernando José Brandão Martins Peres
Prof. Doutor Durval Manuel Belo Moreira
Prof. Doutor Francisco António Rebelo M. Caldas
Prof. Doutora Maria Adelaide Macedo C. Capelas
Prof. Doutor José Carlos Pina Almeida Rebelo
Prof. Doutor Mário Jorge Rebolho Fernandes Silva
Prof. Doutor Américo Santos Afonso
Prof. Doutor Artur Manuel Osório Morais
Prof. Doutor António Manuel Guerra Capelas
Prof. Doutor Manuel Pedro Fonseca Paulo
Prof. Doutor João Carlos G. Ferreira Pinto
Prof. Doutor Acácio Eduardo S. Couto Jorge
Prof. Doutor João Carlos Antunes S. Fernandes
Prof. Doutor César Fernando Coelho L. Silva
Prof. Doutor Germano Neves Pinto Rocha
Prof. Doutor José Albertino Cruz Lordelo
Prof. Doutor José Manuel Carvalho Dias Lopes
Prof. Doutora Maria Cristina Pinto C. M. F. Pollman
Prof. Doutor Artur Rego Alves Pinto

Professores Jubilados

Prof. Doutor José Serra Silva Campos Neves
Prof. Dr. Amílcar Almeida de Oliveira
Prof. Dr. António Manuel Machado Capelas
Prof. Dr. Manuel Guedes Figueiredo
Prof. Doutor Manuel Desport Marques

Agradecimentos

Aos meus professores do mestrado, pelos seus ensinamentos, e em especial ao Prof. Doutor Desport Marques e ao Prof. Doutor Acácio Couto Jorge, pelo apoio, incentivo e amizade.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Alberto Barros, pela sua disponibilidade.

À Isabel, que me acompanhou ao longo de todo este trabalho, por toda a ajuda que sempre me disponibilizou, e sobretudo pela amizade.

Aos Directores, e respectivo pessoal auxiliar dos Centros de Saúde de Espinho e Modivas, por toda a colaboração prestada.

Aos meus colegas do mestrado, pelo espírito de entreatajuda.

Dedicatórias

Aos meus pais

Às minhas irmãs

Ao Vasco

À Isabel

ÍNDICE

I – INTRODUÇÃO	4
1.- Breve análise introdutória	4
②- Manifestações orais fisiológicas durante a gravidez.....	6
3.- Considerações sobre a gravidez	8
3.1. - Alterações fisiológicas que se produzem ao longo da gravidez.....	8
3.1.1. - Sistema cardiovascular	8
3.1.2. - Função pulmonar	9
3.1.3. - Aparelho gastrointestinal	10
3.1.4. - Modificações hematológicas	10
3.2. - Alterações não fisiológicas ao longo da gestação	11
③- Caracterização da patologia oral habitual na grávida	12
3.1. - Gengivite gravídica.....	12
3.2. - Granuloma da gravidez	14
3.3. - Cárie	15
④- Recomendações acerca do tratamento dentário na grávida.....	16
4.1. - Uso de radiografias dentárias.....	19
4.2. - Uso de fármacos:	21
4.3. - Tratamentos dentários.....	29
5.- Informação existente em relação à Saúde Oral das grávidas.....	33
⑤.1 - Em Portugal:	34
5.2. - Noutros países:	35
5.2.1.- Dakota do Norte.....	35
5.2.2.- Alemanha.....	36
5.2.2.1. - Universidade de Berlim	36
5.2.2.2. - Universidade de Medicina de Hannover.....	37
5.2.2.3. - Universidade de Frauenklinik em Hamburg-Eppendorf	37
5.2.3.- México.....	38
5.2.4.- Servo-Croácia	38
5.2.5.- Itália	40
5.2.6.- Grécia	40
6.- Objectivos.....	41
II - MATERIAL E MÉTODOS	43
1.- Características gerais do estudo.....	43
2.- Amostragem	44
2.1. - Selecção da amostra.....	44
3.- Recolha de dados.....	45
3.1. - Equipa.....	45
3.2. - Questionário	45
3.2.1. - Condições relacionados com o comportamento	46

3.2.2. - Condições demográficas.....	46
3.2.3. - Cuidados de Saúde Oral	46
3.3. - Exame clínico.....	47
3.3.1. - Cárie dentária (CPO).....	47
3.3.2. - Doença periodontal	49
3.4. - Calibragem.....	50
4.- Processamento e análise estatística dos dados	51
III – RESULTADOS.....	52
1.- Variáveis relacionadas com o comportamento	52
1.1. - Planeamento da gravidez	52
1.2. - Hábitos tabágicos versus planeamento da gravidez.....	52
2.- Variáveis relacionadas com as condições demográficas.....	53
2.1. – Idade (Faixa etária) versus planeamento da gravidez.....	53
2.2. - Classe social versus planeamento da gravidez	55
3.- Variáveis relacionadas com cuidados de Saúde Oral.....	56
3.1. - Frequência de escovagem dentária versus planeamento da gravidez.....	56
3.2. – Frequência com que a escova é mudada versus planeamento da gravidez	56
3.3. - Conhecimento e uso do fio dentário versus planeamento da gravidez.....	57
3.4. - Uso do palito versus planeamento da gravidez.....	58
3.5. - Tipo de pasta dentífrica usada (com ou sem flúor).....	59
3.6. - Data da última visita ao dentista versus planeamento da gravidez	59
3.7.- Procuraram o dentista, durante a gravidez (nos casos de gestações anteriores).....	60
3.8. – Caso necessitasse, iria ao dentista, durante esta gravidez.....	61
4.- Exame Clínico	62
4.1. – Índice CPO	62
Índice CPO.....	62
4.2. – Índice IG.....	66
IV – DISCUSSÃO.....	67
1.- Metodologia.....	67
1.1. - A escolha do tema	67
1.2.- Selecção da amostra.....	69
1.3. – Análise e discussão dos elementos contidos na ficha.....	71
1.3.1. - Questionário.....	71
1.3.1.1 - Variáveis relacionadas com o comportamento	72
1.3.1.2. - Variáveis relacionadas com condições demográficas:	72
1.3.1.3. - Cuidados de Saúde Oral	73
1.3.2. – Exame clínico.....	76
1.3.2.1. – Índice CPO	76
1.3.2.2. – Índice IG.....	77
1.4. – Processamento dos dados	77
2. – Análise dos resultados	78
2.1 - Faixa etária.....	79
2.2 - Classe social.....	79
2.3 - Hábitos de higiene oral	80
2.4 - Data da última visita ao dentista.....	80
2.5 - Procurou o dentista, durante a gravidez (nos casos de gestações anteriores)	81
2.6 - Caso necessitasse, iria ao dentista nesta gravidez.....	82
2.7 - Dentes cariados	82
2.8 - Dentes perdidos	82
2.9 - Dentes obturados	83

2.10 - Índice Gengival	83
V - RESUMO	87
VI - ABSTRACT	89
VII - BIBLIOGRAFIA	91
VIII - ANEXOS.....	101

I – INTRODUÇÃO

1.- Breve análise introdutória

“Faz parte do axioma de Saúde Pública dizer-se que, a Saúde duma comunidade ou nação pode ser avaliada, em grande parte, pelo grau de protecção dispensada à mulher grávida e à futura criança. A preservação da Saúde da mulher, antes e durante a gravidez, é de fundamental importância social pelo reflexo que terá na Saúde do filho e pelo que representa como meio de manutenção geral da Saúde da população”¹.

Geralmente durante a gravidez, a mulher vive um período em que se mostra bastante interessada por aspectos particulares que envolvem o seu estado, tornando-se, desta forma, receptível a um tipo de informação que a oriente no sentido da preservação e manutenção da sua Saúde Oral e até, aumentando a sua capacidade de assimilar informação que pode vir a repercutir-se na família e na futura educação dos seus filhos.

O médico dentista deverá desempenhar durante este período uma função básica da sua actividade.

A educação para a Saúde Oral².

O médico dentista deve encorajar as pacientes em idade fértil a procurar conselhos e exames sobre Saúde Oral, mal saibam que estão grávidas³.

A gravidez é uma fase em que existe um aumento da sensibilidade por parte da mulher, sendo portanto de esperar que a grávida esteja mais motivável, devendo este aspecto ser explorado por parte do médico e do médico dentista.

Durante a gravidez, a atenção da futura mãe está focada em actividades que, sob todos os pontos de vista, sejam saudáveis. Ela está preocupada com a sua Saúde e com a do seu bebé⁴.

Este alerta total com a Saúde, da qual a Saúde Oral representa uma parte importante, fornece uma oportunidade excelente para ajudar as pacientes a aprender uma série de princípios que poderão também ser aplicados no tratamento da futura criança ⁵.

A gravidez é uma fase em que são necessários cuidados especiais para uma boa Saúde Oral porque as mudanças hormonais podem exacerbar algumas desordens dentárias e/ou gengivais ⁶.

O tratamento e acompanhamento dentário regular e com carácter preventivo é importante antes da gravidez, durante a gravidez e durante toda a vida, para evitar potenciais problemas que possam vir a acontecer .

Todavia a grávida necessita de uma maior atenção dentária e gengival e não menor, uma vez que nesta fase todos os problemas relacionados com a Saúde Oral estão mais exacerbados. Cuidados inadequados de higiene oral que podem não ter repercussões imediatas numa mulher não grávida, podem ser um problema durante o período gestacional. As alterações vasculares e hormonais associadas com a gravidez podem exagerar a resposta da gengiva à placa bacteriana ^{2,7,8}.

O médico dentista deve estar preparado para fazer frente a diversos preconceitos que existem sobre a mulher grávida e a sua boca. É muito conhecido o ditado « cada filho, custou-me um dente », e é também frequente ouvir dizer-se pelas mulheres que já foram mães que os filhos lhe roubaram o cálcio dos dentes, razão pela qual elas acreditam terem perdido parte ou mesmo a totalidade dos seus dentes ^{9,10}.

Sabe-se, hoje que não existe nenhuma base científica algum capaz de demonstrar que a incidência de cáries seja maior nas mulheres grávidas do que nas não grávidas ^{11,12,13}.

Da mesma maneira, é sabido que o cálcio presente no esmalte dos dentes na forma de cristais estáveis de hidroxiapatite é um elemento fixo que não se movimenta e carece de estruturas vasculares capazes de removê-lo em benefício das necessidades fetais. No entanto, ele é rapidamente mobilizado dos ossos para suprir essas necessidades ^{14,15}.

É comum observar-se na grávida uma série de comportamentos e peculiaridades que muitas vezes vêm agravar a sua situação dentária prévia:

- aumento no consumo generalizado de alimentos;
- excesso de ingestão de hidratos de carbono;
- mudanças nos hábitos horários (ingerem mais alimentos e mais vezes ao dia);
- descuido com a higiene oral.

Este aumento dos factores predisponentes conduzirá, em muitos casos, à formação de cáries sintomáticas e assintomáticas.

Outros factores tais como: mudanças das estruturas moles orais (vasodilatação, aumento da vascularização e permeabilidade capilar), mudanças no PH salivar (progressão mais rápida das cáries) e mudanças ósseas (desmineralização dos processos alveolares) poderão agravar uma doença periodontal preexistente.

Estes fenómenos podem provocar a perda de alguma peça dentária durante a gestação. Para evitar situações deste tipo, é necessário consciencializar a grávida com respeito à sua Saúde Oral ^{16,17,18}.

2.- Manifestações orais fisiológicas durante a gravidez

De acordo com a opinião de alguns autores ^{19,20,21}, parece que as alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez são as principais responsáveis pelo aumento dos valores de risco (absoluto e relativo), no que respeita à susceptibilidade de desenvolver inflamação gengival.

Somente uma pequena percentagem (2-10%) das hormonas que existem na circulação estão biologicamente activas, sendo este facto suficiente para permitir que estas penetrem nos tecidos e saliva, de tal forma que os tecidos orais ficam submetidos a altas concentrações dessas hormonas, tornando-se sensíveis a qualquer tipo de alteração ²².

Durante a gravidez, a produção de estrogénios e de progesterona sofre variações. Assim sendo, os níveis plasmáticos de estrogénios e progesterona aumentam progressivamente, com a particularidade da progesterona atingir o seu valor máximo, aproximadamente um mês antes do parto ²³.

A progesterona produzida, na sua maior parte pela placenta, e em menor quantidade pelo corpo lúteo do ovário, vai ter uma acção directa sobre as células endoteliais, actuando também sobre os mecanismos de síntese das prostaglandinas com a consequente supressão dos mecanismos de resposta imune. Os resultados deste tipo de acção, por parte da progesterona, são a ocorrência de vasodilatação nos capilares gengivais e o consequente aumento do exsudado gengival. O estradiol, o estriol e a estrona são de entre os vários tipos de estrogéneos identificados na urina da grávida, aqueles que se apresentam em maior quantidade ^{24,25}.

Alguns autores ¹⁷ consideram que os estrogéneos são responsáveis pela queratinização do tecido gengival, com alterações na camada basal que, conjuntamente às alterações vasculares verificadas, permite que a acumulação da placa bacteriana seja mais marcado.

Está demonstrado que os estrogéneos produzem o espessamento das camadas subjacentes à mucosa e do epitélio oral, dando início a um processo de descamação. Para além disso, o aumento da vascularização gengival favorece a hemorragia ²⁶.

Por outro lado, a destruição dos mastócitos vai induzir um acréscimo verificado na libertação de histamina e de proteínas proteolíticas, durante todo este processo ²⁷. Isto vai reflectir-se numa diminuição do PH salivar e num aumento da placa bacteriana com predomínio dos agentes anaeróbios ^{23,28,29,30}.

3.- Considerações sobre a gravidez

Durante a gravidez, produz-se uma série de mudanças fisiológicas na maioria das estruturas corporais, induzidas sobretudo, pelas variações hormonais que se estabelecem, nomeadamente, aumento dos estrogénios e da progesterona³¹.

3.1. - Alterações fisiológicas que se produzem ao longo da gravidez

3.1.1. - Sistema cardiovascular

No sistema cardiovascular existe um aumento do volume plasmático até cerca de 40% e um aumento do débito cardíaco na ordem dos 20-30%.

Isto condiciona o aparecimento de taquicardia e sopros funcionais, sendo portanto, um risco considerável para as mulheres com alguma patologia cardíaca prévia. A tensão arterial desce no 1º trimestre para aumentar gradualmente durante a segunda metade da gravidez, até se normalizar com o parto.

Existe uma diminuição da resistência periférica, com vasodilatação que contraria o aumento do débito cardíaco e uma redistribuição do fluxo sanguíneo, com um aumento considerável da circulação renal e epidérmica³².

Durante a fase final da gravidez, pode aparecer aquilo que se denomina por síndrome hipotensivo de decúbito dorsal³³. Trata-se da descida brusca da pressão sanguínea que acontece, aproximadamente, em 10% das gestantes, na fase final da gravidez, quando se colocam na posição de decúbito supino. Deve-se à compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico, o qual reduz, consideravelmente, o retorno venoso do coração com uma descida da pressão sistólica de mais de 30%.

Os sintomas que se produzem pela descida da tensão arterial são taquicardia ligeira e vasoconstrição periférica com palidez que podem ser

seguidos por uma reacção vagal com bradicardia, tonturas, náuseas, suores frios e perda de consciência.

Este síndrome tem uma relativa importância na prática dentária, uma vez que pode acontecer na consulta dentária, se a grávida for colocada na referida posição^{33,34}.

As medidas terapêuticas a adoptar, no caso do aparecimento deste síndrome, consistem em colocar a grávida em decúbito lateral esquerdo, com o qual cessa a compressão sobre a veia cava e se restabelece a circulação de retorno. Em caso de síncope, há que utilizar as medidas clássicas de reanimação cardiocirculatória.

As medidas preventivas a adoptar na consulta dentária consistem em colocar a grávida sentada com uma inclinação máxima de 45°. Deve evitar-se sempre a posição de Trendelenburg e utilizar-se uma posição intermédia entre o decúbito dorsal e a posição de sentada, que será a situação mais confortável, ou então colocar-se uma almofada na parte esquerda que eleve o dorso uns 10-15 cm. Há que evitar os tratamentos prolongados, sobretudo quando se tratar de uma gravidez múltipla³⁵.

3.1.2. – Função pulmonar

Em relação à função pulmonar, existe um aumento do volume de ar circulante, o qual faz aumentar em determinadas circunstâncias o ritmo respiratório. A dispneia, sobretudo nas últimas semanas de gestação, pode acontecer na mulher grávida, quando é colocada na posição de decúbito, já que aumenta consideravelmente a pressão do útero gravídico e dos órgãos abdominais sobre o diafragma³⁶.

3.1.3. – Aparelho gastrointestinal

No aparelho gastrointestinal, estabelecem-se modificações que podem repercutir-se, notavelmente, nos exames dentários. Surgem mudanças nos hábitos alimentares, alteração dos ritmos horários, períodos de anorexia e outros de excessivo apetite e, a acompanhar tudo isto, surgem alterações significativas dos hábitos de higiene buco-dentária.

No 1.º trimestre, provavelmente relacionado com a secreção de gonadotrofina coriônica e com o aumento dos estrogénios, é frequente observar a presença de náuseas e vômitos.

Igualmente, no último trimestre podem acontecer vômitos, pirose e regurgitações devido à compressão exercida sobre o estômago pelo deslocamento das vísceras abdominais.

Uma vez mais, as nossas manobras exploratórias podem agravar ou precipitar estes sintomas, especialmente quando a grávida é colocada na posição de decúbito.

Devido a estes problemas de regurgitação e vômitos, podem ocorrer descalcificações na face lingual dos dentes ³⁷.

3.1.4. – Modificações hematológicas

As modificações hematológicas que se produzem durante a gravidez são consequência do aumento das necessidades que se estabelecem e das modificações cardiovasculares.

Assim, as necessidades de ferro são superiores à ingestão normal deste, ocorrendo ferropenia. O índice hematócrito tende a estar diminuído e a taxa de hemoglobina e o número de eritrócitos também, ocorrendo aquilo que se denomina por anemia fisiológica da gravidez.

Todas estas modificações se agravarão no caso de hemorragias importantes. Existe também um aumento do fibrinogénio, das plaquetas, do plasminogénio, da tromboplastina e dos factores VIII, IX e X da coagulação, o que produz uma propensão para a hipercoagulação do sangue ¹⁸.

3.2. – Alterações não fisiológicas ao longo da gestação

Uma gravidez normal desenvolve-se ao longo de cerca de 40 semanas de gestação. Este tempo pode ser dividido em três períodos, cada um dos quais com características especiais:

1º Período- As primeiras 13 semanas caracterizam-se pela formação de todos os órgãos e estruturas corporais do feto. É o período da organogénese e de maior sensibilidade em relação aos agentes agressores externos ¹⁸.

Há que ter em linha de conta que 50% a 80% dos abortamentos espontâneos ocorrem neste trimestre. A causa principal, em mais de metade dos casos, deve-se a alterações próprias do ovo e as outras causas são atribuídas a problemas maternos:

- alterações uterinas;
- processos gerais (infecções, doenças sistémicas, transtornos carenciais, factores psicossomáticos, etc.);
- agressões externas (radiações, fármacos, toxicodependências, traumatismos, etc.) ^{18,38}.

Assim, ainda que seja difícil estabelecer uma relação directa entre uma manipulação dentária e a produção de um abortamento espontâneo, há que ter especial cuidado, neste 1.º trimestre, com os processos febris, infecções ou *sepsis* da cavidade oral. Há que procurar evitar situações de dor e ansiedade e ter um especial cuidado com a administração de fármacos e a realização de radiografias ³⁹.

Neste 1.º trimestre existe maior probabilidade do aparecimento de efeitos teratogénicos. Quando os agentes lesivos actuam antes das 2 semanas de gestação, pode produzir-se a morte do embrião ou as lesões não têm quaisquer consequências (efeito “tudo ou nada” da teratogenicidade). Se os agentes lesivos interferem entre a 2.ª semana e a 26ª semana, podem produzir-se defeitos orgânicos importantes e, uma vez chegada a gravidez, ao final deste 1.º período, os efeitos teratogénicos reduzem-se a pequenos defeitos orgânicos (ex. fissura palatina) ou funcionais (ex. diminuição do intelecto) ⁵.

2º Período- Entre a 14ª e a 26ª semanas de gravidez verifica-se um crescimento das estruturas fetais e uma maturação dos órgãos. Os efeitos teratogénicos já não se produzem e apenas podem ocorrer efeitos tóxicos (ex. administração de tetraciclina)⁵.

Durante este trimestre, estão especialmente indicados os tratamentos dentários, uma vez que já não existem os problemas teratogénicos⁴⁰.

3º Período- Entre a 27ª e a 40ª semana de gestação podem surgir efeitos tóxicos que podem afectar o feto cuja mãe foi submetida a algum tipo de medicação. Por exemplo, quando as mães ingerem ansiolíticos os recém nascidos podem apresentar-se com sonolência e depressão respiratória.

Finalmente existe sempre a possibilidade de provocar ou adiantar o parto, não sendo portanto aconselháveis tratamentos dentários neste período, não se excluindo no entanto a necessidade de efectuar controlos periódicos no âmbito da Saúde Oral¹⁸.

3.- Caracterização da patologia oral habitual na grávida

Durante a gravidez, podem aparecer uma série de problemas buco-dentários específicos:

3.1. - Gengivite gravídica

A presença de gengivite nas grávidas é descrita pelos autores como tendo uma frequência que oscila entre os 50 e os 100%. Entre as causas apontadas para este aumento da frequência e gravidade da gengivite, encontram-se as variações hormonais que acompanham a gravidez^{17,41,42,43,44}.

Os elevados níveis séricos de estrogénios e progesterona produzem na gengiva:

- aumento da vascularização;
- proliferação capilar;
- aumento do fluido gengival crevicular;
- aumento da permeabilidade capilar.

Tudo isto se traduz em maior susceptibilidade dos tecidos face aos irritantes locais ^{17,18,41}.

Os estrogénios (estradiol, estriol e a estrona) apresentam um certo efeito estimulante do crescimento do epitélio oral ³¹.

Níveis elevados de progesterona têm influência sobre a microvascularização da gengiva de forma que se pode estabelecer uma relação directa entre os níveis desta e a inflamação gengival. A progesterona actuará nos tecidos gengivais como um agente imunossupressor, inibindo os processos reactivos inflamatórios agudos e propiciando os crónicos, dando como resultado uma exagerada presença de inflamação das gengivas ³⁰.

A causa directa do aparecimento da gengivite é a placa bacteriana; isto foi demonstrado por muitos autores ^{45,46,47}. Se forem tomadas medidas higiénicas pertinentes para a sua eliminação e prevenção, esta não se apresenta ¹⁸.

Outros factores coadjuvantes na gengivite gravídica são as mudanças nos hábitos dietéticos e higiénicos que costumam acompanhar a gravidez ^{17,18,48}.

É frequente observar a ingestão de alimentos fora dos horários normais para combater a acidez, a sensação de fome ou o apetite excessivo. Aumentam-se, em geral, a quantidade e a frequência das ingestões ⁴⁹.

A gengivite gravídica aparece em regra no 2º mês de gravidez e aumenta progressivamente até ao 8º mês, a partir do qual começa a decrescer para diminuir bruscamente depois do parto ^{17,50,51}.

Se não for tratada, a gengivite severa associada à gravidez pode conduzir ao desenvolvimento de periodontite, com a consequente perda de osso alveolar e eventualmente de dentes ^{17,18,41}.

O maior aumento pode ser observado em volta dos dentes anteriores, sendo que as zonas interproximais são os pontos mais frequentes de inflamação gengival, tanto durante a gravidez, como depois do parto¹⁷.

Clinicamente, a gengivite caracteriza-se por uma cor vermelho vivo das gengivas, com uma textura superficial lisa e brilhante, com uma perda de elasticidade e uma tendência aumentada para a hemorragia espontânea ou induzida. As papilas interdentárias estão também afectadas e podem hipertrofiar-se e formar pseudobolsas⁵¹.

A gengiva mostra uma tendência crescente a sangrar e, nos casos mais avançados, as pacientes podem sentir uma ligeira dor acompanhada da sensação de boca seca e halitose^{17,18}.

As mudanças hormonais, com o aumento da sensibilidade dos tecidos em relação aos irritantes locais e falta de higiene, condicionam um aumento exagerado da resposta inflamatória da gengiva, com o conseqüente aparecimento das alterações periodontais que serão maiores se previamente existir uma enfermidade periodontal⁵².

Em determinadas ocasiões, a alteração dos tecidos de suporte podem determinar a mobilidade dentária, por um lado em relação com o grau de atingimento gengival, e por outro devido às alterações que se produzem na composição mineral da lâmina dura. Esta mobilidade pode ser generalizada e costuma reverter depois da gravidez. Em raras ocasiões, pode produzir-se um quadro grave de reabsorção alveolar, com intensa mobilidade e perda de um ou mais dentes^{18,42,52,53,54,55,56}.

3.2. - Granuloma da gravidez

Paralelamente às alterações gengivais generalizadas, podem surgir pequenas tumefacções de tipo tumoral, epúlides, ao longo da margem gengival durante a gravidez. Várias designações foram propostas, tais como «tumor da

gravidez», «epúlide gravídica» e «granuloma da gravidez». A frequência destes granulomas situa-se entre 0,5 e 5% do total das mulheres grávidas ^{17,18,57,58}.

Clinicamente, manifestam-se pelo aparecimento de engrossamentos geralmente únicos da gengiva, de aspecto tumoral, de cor vermelho intenso e com grande facilidade para a hemorragia. São assintomáticos e localizam-se, mais frequentemente, a meio da gengiva vestibular do segmento anterior da boca e em zonas que costumam estar afectadas por gengivite inflamatória e com placa. A base da implantação pode ser pediculada ou sésil, sendo característico o seu aparecimento nas papilas interdentárias ^{59,60,61}.

O granuloma da gravidez aparece por volta do 2.º trimestre, cresce durante toda a gravidez não alcançando normalmente um tamanho superior a 2 cm e, raramente, ocasiona destruição óssea ^{23,62}.

Devem adoptar-se medidas terapêuticas conservadoras em relação a estes granulomas. A maioria deles regride ou diminui de tamanho depois do parto, com o que se evita ou facilita a sua excisão cirúrgica. Durante a gravidez, é necessário adoptar medidas preventivas com vista a melhorar a higiene oral, sem eliminar os granulomas que apresentam um alto grau de recidiva. Somente os casos que apresentam uma excessiva hemorragia, ulceração ou impedimento importante das funções orais devem ser abordados cirurgicamente, de preferência no 2.º trimestre ^{18,42,52,54,55}.

3.3.- Cárie

A relação entre a gravidez e as cáries não é bem conhecida, ainda que todas as investigações sejam unânimes em considerar que o aumento da actividade cariogénica nas grávidas se deve a um aumento dos factores cariogénicos locais. Todas as investigações levadas a cabo para verificar a relação existente entre cárie dentária e gravidez, foram unânimes em afirmar que a gravidez não deve ser considerada por si uma causa de cáries ^{12,63,64,65}.

A incidência das cáries aumenta com a idade, e o número de gravidezes não têm nenhuma influência sobre o número de cáries. As causas que provocam cárie dentária, durante a gravidez, são ^{18,66}:

- aumento dos factores locais, fundamentalmente o aumento do aporte de substâncias ricas em hidratos de carbono e o aumento da frequência e da quantidade total da dieta;
- alterações na composição da saliva e da flora oral;
- vômitos de repetição (devido à regurgitação do conteúdo gástrico por refluxo esofágico) que provocam uma erosão ácida dos dentes;
- deficiente higiene oral.

4.- Recomendações acerca do tratamento dentário na grávida

Desde 1950, os procedimentos dentários das pacientes grávidas mudaram muito pouco. Os conceitos básicos incluem a manutenção de uma boa higiene oral, através de cuidados profissionais regulares, e o uso de procedimentos dentários adequados, marcando tempos de consulta curtos e realizando tratamentos razoáveis (a não ser que o obstetra que acompanha a gravidez aconselhe o contrário) ².

No que diz respeito ao tratamento dentário da paciente grávida, a mais recente literatura enfatiza uma abordagem preventiva e um tratamento profissional regular durante a gravidez, a não ser que o estado de Saúde da mãe indique o contrário ^{6,8,17}.

«A gravidez não é uma doença e não deveria ser tratada como tal. É uma condição natural e especial das mulheres, necessária para a continuação da espécie humana. Isto não quer dizer que não existam algumas considerações especiais para o tratamento dentário das grávidas. Posto isto,

quando procedemos a um tratamento dentário na mulher grávida, não nos devemos esquecer que existem dois indivíduos na cadeira e não somente um». Estas palavras foram publicadas por Gier em 1983³⁵.

Com efeito, a mulher grávida requer cuidados buco-dentários maiores do que a população em geral. Actualmente, já estão superados os critérios abstencionistas que recomendavam realizar nas mulheres grávidas somente tratamentos de urgência ou suspender todo e qualquer tratamento dentário¹⁸.

Autores como Chiodo⁶⁷ indicaram que os médicos dentistas deveriam responsabilizar-se pela Saúde Oral da grávida, especialmente no que diz respeito à medicina dentária preventiva e não adoptar posturas que possam aumentar ou atrasar os cuidados que aquela necessita.

O tratamento dentário das grávidas apresenta problemas específicos inerentes à sua condição (náuseas, refluxo gastroesofágico, dispneia de decúbito, síndrome hipotensivo, etc.), mas apresenta, sobretudo, a preocupação de evitar ser lesivo para o feto.

Se bem que os tratamentos dentários normais não representem perigo, há que reconhecer que existe um possível risco nalgumas situações ou atitudes terapêuticas, em especial no que diz respeito a situações de *stress*, dor, infecção, exposição a radiações ionizantes e administração de fármacos¹⁸.

As consultas devem ser o mais breves possíveis, uma vez que as mesmas podem estar associadas a estados desencadeantes de ansiedade e de *stress* e pelo facto de ser de todo desaconselhável submeter a grávida (principalmente no 3º trimestre de gravidez) a prolongadas posições de supino, sendo preferível optar sempre por posições semi-flectidas⁶⁸.

Alguns autores indicam que apenas tratamentos dentários de urgência devem ser realizados neste período, contudo consideramos que esta regra não deverá ser de todo estrita, uma vez tomadas as devidas precauções^{3,29}.

Parece existir um misterioso halo que envolve a gravidez, e que faz com que o dentista se sinta inseguro, na presença de uma mulher grávida; a isto podemos somar as limitações que o feto impõe ao emprego de fármacos e de técnicas radiográficas devido ao risco de efeitos teratogénicos⁶⁸.

A mulher grávida e sobretudo as primíparas encontram-se numa fase da sua vida que as torna muito mais receptivas a qualquer medida que implique uma melhoria na sua Saúde e na do seu futuro filho, pelo que os resultados de uma correcta informação buco-dentária podem vir a ser muito gratificantes ¹⁷.

A gravidez é um acontecimento especial na vida da mulher e, como tal, geradora de grande carga emocional. Em virtude disso, o estabelecimento de uma boa relação paciente-médico dentista que encoraje a abertura, a honestidade, e a confiança é uma parte fundamental no sucesso do acompanhamento; este tipo de relação diminui o *stress* e a ansiedade, quer para a paciente, quer para o médico dentista. O objectivo mais importante, no planeamento de um tratamento dentário para uma paciente grávida, consiste no estabelecimento de um saudável ambiente oral e de um óptimo nível de higiene oral ¹⁶.

Durante a gravidez, a atenção da futura mãe está focada em actividades que sejam sob todos os pontos de vista saudáveis. Ela está preocupada com a sua Saúde e com a do seu bebé. Este alerta total com a Saúde, proporciona uma oportunidade especial para o médico dentista ajudar as pacientes a aprenderem um conjunto de princípios que podem ser aplicados nos cuidados com a futura criança ⁶⁹.

Muitas mulheres grávidas que não fazem controlo dentário de rotina podem solicitar serviços dentários de emergência e, nessa altura, estarão receptivas para se integrarem em programas de prevenção e promoção de Saúde Oral. Os obstetras deveriam recomendar às suas pacientes a realização de um exame dentário no início da gravidez. Este procedimento levaria ao consultório dentário muitas mulheres que antes de decidirem ficar grávidas, não tinham feito exames dentários de rotina e, desta forma, seriam orientadas sobre as vantagens dos exames dentários de rotina e da dieta a seguir a fim de evitarem problemas relacionados com as estruturas orais ^{5,15,69}.

Apesar de a gravidez ser um processo fisiológico perfeitamente natural, impõe ao organismo materno algumas sobrecargas que podem desequilibrar uma situação aparentemente normal. Parece, pois, importante considerar a grávida como uma paciente especial dentro do consultório dentário. Ainda que, em geral, o tratamento seja seguro, temos de considerar a existência de

elementos potencialmente perigosos, quer para a grávida, quer para o feto, inclusive após o parto e sobretudo durante o período da lactação.

O estudo e o conhecimento do grau de atenção da grávida, em relação à Saúde Oral, contribuirá, certamente, para delinear futuros programas de Saúde Oral visando as grávidas e os cuidados materno-infantis ^{16,67}.

4.1. – Uso de radiografias dentárias

O uso de radiografias dentárias é uma das áreas mais controversas, no que diz respeito ao tratamento das pacientes grávidas no consultório. O ideal seria evitar a irradiação durante a gravidez, especialmente durante o primeiro trimestre, uma vez que o desenvolvimento do feto neste período é particularmente sensível aos efeitos nocivos dos raios-x ^{29,70}.

No entanto, se para um correcto diagnóstico dentário e conseqüentemente para um correcto tratamento for necessário recorrer ao uso de radiografias, estas deverão ser feitas tendo em conta algumas medidas de segurança ⁷¹.

Para que as radiografias dentárias possam ser realizadas com o máximo de segurança para a grávida, é necessário recorrer ao uso de:

- películas ultra-rápidas (filmes E-speed);
- filtração;
- colimação;
- avental de chumbo.

Destas quatro medidas, a mais importante é o uso do avental de chumbo ¹⁶. Estudos revelaram que, quando o avental é usado durante a realização das radiografias, a radiação que atinge o feto e as gónodas é praticamente insignificante ^{72,73}.

Sem dúvida que o maior risco de radiação ocorre quando a própria mãe não sabe ainda que está grávida ¹⁷. Todavia, no caso particular do raio-x dentário, dado que os níveis de radiação são baixos os riscos estão

relativamente minimizados ^{74,75}. Em termos de comparação, podemos considerar o seguinte: uma radiografia ao tórax produz uma dose de radiação fetal/embrionária de 0,008 cGy, uma radiografia ao crânio produz uma dose de radiação fetal/embrionária de 0,004 cGy, uma radiografia panorâmica produz uma exposição de radiação de 0,0008 cGy e por fim uma série radiográfica intra-oral completa (18 raios-x intra-orais, com películas ultra-rápidas e uso de avental de chumbo) produz uma exposição de radiação fetal/embrionária de 0,00001 cGy.^{76,77}

Quando pensarmos nos riscos associados ao uso de radiografias dentárias durante a gravidez, não nos devemos esquecer de duas noções. A primeira, referida por Brent ⁷⁴, diz-nos que o risco máximo atribuído a 1 cGy de radiação exposta no útero é de aproximadamente 0,1%, que é uma quantidade mil vezes inferior ao risco normal de ocorrência de um aborto espontâneo ou malformação ou ainda de doença genética. A segunda, referida por Danforth e Gibbs ⁷⁵, calcula que o risco de surgir um defeito fetal pelo uso de radiografias dentárias é de 9 num bilião.

Na **tabela I.1** abaixo representada, podemos visualizar quais são as principais recomendações descritas, no que diz respeito ao uso de radiografias na paciente grávida ^{78,79}.

Tabela I.1 - Recomendações gerais sobre o uso de radiografias nas grávidas:

-
- 1 Realizá-las unicamente quando seja estritamente necessário, evitando em especial o primeiro trimestre, uma vez que podia estabelecer-se uma relação causa – efeito entre um aborto espontâneo e um diagnóstico pelo raios-x;
 - 2 Utilizar aparelhos homologados, em bom estado de conservação, com uma kilovoltagem de 50 a 70 KV e durante o menor tempo possível;
 - 3 Usar películas de alta velocidade para diminuir ao máximo o tempo de exposição;
 - 4 Evitar a acumulação de objectos no consultório que podem aumentar a radiação difusa;
 - 5 Prevenir a dispersão excessiva e a radiação secundária mediante a inspecção periódica dos aparelhos;
 - 6 A utilização de material de radioprotecção, como o avental de chumbo, é imprescindível.
-

4.2. - Uso de fármacos:

Normas gerais :

A administração de fármacos à mulher grávida é outra das questões que maior controvérsia suscita. Normalmente, as grávidas apresentam uma enorme susceptibilidade a receber medicação pelo medo de esta provocar algum dano ao feto. É dever do médico dentista conhecer perfeitamente quais são as implicações para a mãe e para o feto dos tratamentos habitualmente prescritos, e fazer deles um uso racional ⁸⁰.

Em meados do século XX, o conceito de barreira placentária ficou desfasado ao comprovar-se que a placenta não se comporta como tal, mas que qualquer tóxico, medicamento, nutriente, etc., em maior ou menor medida, afectam o feto, uma vez que as substâncias dissolvidas no sangue materno tendem a alcançar uma concentração homogénea em todos os compartimentos maternos, entre eles, o organismo fetal e o espaço amniótico.

Tanto é assim que se diz que o feto nada num mar de substâncias químicas estranhas ⁸¹.

Os efeitos adversos dos medicamentos sobre o feto dependem de uma série de variáveis, fundamentalmente do tipo de fármaco, da dose administrada e do período embrionário no qual o feto se encontra.

De acordo com isto, podemos classificar os fármacos em ^{81,82}:

Fármacos com capacidade teratogénica, aqueles que são capazes de produzir malformações ou "monstruosidades" no feto. A acção teratogénica destes fármacos irá depender da quantidade administrada e da altura da gestação em que ocorre a administração do medicamento.

Fármacos com capacidade tóxica, aqueles que, se bem que não ocasionem malformações propriamente ditas porque não foram administrados no momento em que seriam capazes de as produzirem, actuam interferindo no desenvolvimento e funcionamento do feto no útero.

Por sua vez, estes **efeitos tóxicos** dividem-se em ^{80,81,83.}

Efeitos indesejáveis, quando tem repercussões sobre o novo ser (anomalias do tracto genital e inclusive adenocarcinoma vaginal por administração de dietilestilbestrol; virilização de recém nascidos do sexo feminino e virilização precoce dos recém nascidos do sexo masculino devido à administração de progestagénios, esteróides anabolizantes e hormonas androgénicas; síndrome do bebé flácido com hipotonia, sonolência e dificuldade para mamar, provocados por diazepam, etc.);

Efeitos farmacológicos, quando a medicação administrada à mãe afecta também o feto, mas sem consequências posteriores (taquicardia fetal devido à administração de atropina e outros vagolíticos; sonolência e depressão respiratória por analgésicos, anestésicos e barbitúricos, etc.).

As recomendações dos autores ^{80,83,84} sobre a administração de fármacos às grávidas são bastante coincidentes, mas é fácil observar uma diferente classificação dos mesmos, segundo as categorias descritas pela Food and Drug Administration (FDA), como é possível ver na **tabela I.2**.

Tabela I.2 - Classificação dos medicamentos estabelecida pela FDA em relação ao risco fetal que apresentam.

Categoria A

Os estudos controlados realizados na mulher grávida não demonstraram risco para o feto no 1.º trimestre. Podem prescrever-se em qualquer momento da gravidez, já que a possibilidade de lesão fetal é remota.

Categoria B

Os estudos realizados em animais em reprodução não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. Incluem-se aqui também aqueles fármacos que demonstraram ter risco fetal nos animais, mas não nos estudos clínicos sobre grávidas. Estes medicamentos são considerados seguros em qualquer trimestre da gravidez.

Categoria C

Os estudos realizados em animais demonstraram efeitos adversos no feto, se bem que não existem estudos controlados em mulheres; também se incluem aqui os medicamentos sobre os

quais não existem estudos nem em animais nem em mulheres grávidas. Estes medicamentos devem ser administrados somente se o possível benefício justificar o risco potencial para o feto.

Categoria D

Há evidência positiva de risco fetal humano, mas em determinados casos o benefício obtido para a mulher grávida justifica a sua utilização. Os defeitos congênitos são frequentes quando são utilizados durante qualquer período da gestação.

Categoria X

Há evidência positiva de um risco definido de anormalidade fetal. O risco de utilização do medicamento na mulher grávida sobrepõe-se a qualquer possível benefício. O medicamento está contra-indicado nas mulheres que estão ou que podem estar grávidas.

Isto obedece, provavelmente, à discrepância que, em determinadas ocasiões, se adverte entre o fabricante e a FDA. Portanto, a melhor conduta a seguir é valorizar com peso e medida o quociente benefício/risco e seguir normas gerais de prudência amplamente aceites^{80,81,83,84}, como se pode verificar na **tabela I.3**.

Tabela I.3 - Categoria consignada a diversos fármacos utilizados habitualmente em medicina dentária.

Medicamento	Categoria
Antibióticos	
Penicilina G	B
Penicilina V	B
Penicilina G benzatina	B
Penicilina G procaína	B
Amoxicilina	B
Ampicilina	B
Cefalosporinas de 1ª ger.	B
Cefalosporinas de 2 e 3ª ger.	C
Eritromicina/espiramicina	B
Tetraciclina	D
Clortetraciclina	D
Doxiciclina	D
Minociclina	D
Clindamicina	B
Lincomicina	B
Tobramicina	D
Gentamicina	C
Amikacina	C
Cloranfenicol	C
Metronidazol	B
Cloxacilina	B
Dicloxacilina	B

Ácido nalidíxico	B
Bleomicina	D
Etambutol	B
Isoniazida	C
Neomicina	C
Polimixina B	B
<u>Antifúngicos</u>	
Nistatina	B
Griseofulvina	C
Miconazol	C
Anfotericina B	B
Ketoconazol	C
<u>Ansiolíticos</u>	
Diazepan	D
Clordiazepóxido	D
Oxazepam	D
Lorazepam	D
Clonazepam	C
Flunitracepam	D
<u>Barbitúricos</u>	
Amobarbital	D/B
Fentobarbital	D
Fenobarbital	D
Secobarbital	D
<u>Analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides</u>	
Ácido acetilsalicílico	C/D
Paracetamol	B
Indometacina	B/D
Naproxeno	B/D
Ibuprofeno	B/D
Nimesulide	C
Celecoxib	C(*)
Rofecoxibe	C(*)
<u>Fármacos esteróides</u>	
Prednisona	B
Prednisolona	B
Betametasona	C
Cortisona	D
Estradiol	X
Etinilestradiol	X
<u>Anestésicos locais</u>	
Lidocaína	B
Mepivacaína	C
Bupivacaína	C
<u>Vasoconstritores</u>	
Adrenalina	C

(*) Embora ainda não exista informação sobre a utilização destes dois medicamentos em mulheres grávidas, o seu uso não está recomendado durante a gravidez.

Durante a gestação, deve evitar-se qualquer tipo de medicação, a não ser que seja absolutamente necessário ^{17,29}

Em relação aos **antibióticos**, deve recordar-se que as penicilinas e seus derivados podem ser utilizados com segurança durante toda a gravidez, assim como as cefalosporinas de 1ª geração.

As cefalosporinas de 2ª e 3ª geração carecem de ensaios clínicos que permitem prever a sua inocuidade e, portanto o melhor é não as prescrever.

A lista de antibióticos incluídos na categoria B, que também podem ser usados sem problema estende-se a outros antibióticos como a eritromicina e seus sais, espiramicina, oleandomicina, josamicina, lincomicina e clindamicina.

Deve evitar-se as tetraciclinas, muito usadas em medicina dentária devido à sua boa penetração intratecdular, pelo facto de terem efeitos tóxicos sobre a grávida e sobre o feto. Quando se administram no 2º e 3º trimestre, podem produzir discromias e hipoplasias do esmalte dentário e alteração do crescimento ósseo longitudinal.

Também deve evitar-se o uso dos aminoglicosídeos, devido à sua nefrotoxicidade ^{85,86}.

O uso de **analgésicos e anti-inflamatórios** é corrente na prática de medicina dentária e, às vezes, é necessário para controlar muitas situações de dor e ansiedade que são prejudiciais para a gravidez.

O médico dentista não deve confiar nos analgésicos para controlar a dor de uma forma prolongada, sem solucionar o problema causante, independentemente do trimestre.

Pela experiência clínica, sabe-se que o ácido acetilsalicílico (AAS) e o paracetamol são os fármacos mais seguros durante a gestação. No entanto, o AAS, assim como outros anti-inflamatórios não esteróides (AINE) devem evitar-se no último trimestre de gravidez porque as suas acções inibitórias das prostaglandinas que entre outras funções mantêm permeável o ducto arteriovenoso do feto, poderiam ocasionar o seu fecho precoce e causar uma hipertensão pulmonar.

O AAS não deve empregar-se no último trimestre, uma vez que pode causar hemorragias no parto ao diminuir a agregação plaquetária^{81,82}.

Os **corticosteróides** estão proibidos no primeiro trimestre da gravidez, pela possibilidade de produzirem efeitos teratogénicos quando se administram em doses elevadas e durante um tempo prolongado.

Parece inquestionável a sua associação com a fissura palatina e ainda que a sua utilização no 2º e 3º trimestres não comporte graves riscos, diversos autores aconselham a sua utilização somente em casos de absoluta necessidade médica⁸⁷.

A utilização de **anestésicos locais** (lidocaína, mepivacaína e bupivacaína) não acarreta grandes riscos em comparação com os benefícios da analgesia, desde que se apliquem de uma forma conscienciosa.

Pelas suas propriedades farmacocinéticas e maior experiência clínica, a lidocaína é o anestésico de eleição para as grávidas. A associação de um vasoconstritor ao anestésico local, de tipo adrenérgico, não está contraindicada na grávida, desde que se apliquem as doses recomendadas.

A lidocaína mais adrenalina (1:100.000) é uma das combinações mais vantajosas para a anestesia das grávidas¹⁸.

A utilização do óxido de nitroso, como agente sedante, deve evitar-se no primeiro trimestre da gravidez, pois pode provocar efeitos teratogénicos; quando se utiliza nos trimestres seguintes, deve fazer-se uma mistura de oxigénio superior a 50% para evitar-se a hipoxia materno fetal⁸⁸.

As principais recomendações, na prescrição dos medicamentos mais habituais em medicina dentária para as grávidas, podem ser vistas na **tabela I.4** abaixo representada ^{81,82,85,86,87,88}.

Tabela I.4 - Recomendações gerais dos medicamentos mais habituais em medicina dentária.

Medicamento	Pode utilizar-se durante toda a gravidez	Utilizar com precaução e somente em determinados casos	Contraindicados na gravidez
Antibióticos			
Penicilina G	+		
Penicilina V	+		
Ampicilina	+		
Amoxicilina	+		
Eritromicina	+		
Espiramicina	+		
Lincomicina	+		
Clindamicina	+		
Metronidazol		+	
Cloramfenicol		+	
Tetraciclina			+
Minociclina			+
Doxiciclina			+
Gentamicina			+
Tobramicina			+
Neomicina			+
Vancomicina			+
Analgésicos/AINE			
AAS		+	
Paracetamol	+		
Naproxeno		+	
Ibuprofeno		+	
Nimesulide		+	
Celecoxib			+
Rofecoxibe			+
Sedantes			
Óxido nítrico		+	
Benzodiazepinas			+
Barbitúricos			+
Anestésicos locais			
Lidocaína	+		
Mepivacaína		+	
Bupivacaína		+	

Com relação à **administração de flúor** às grávidas, existem poucas controvérsias em relação à sua toxicidade, ou aos possíveis efeitos teratogênicos. Usado nas doses terapêuticas habituais, em zonas não fluoretadas, naturalmente, é completamente inócuo e pode fornecer alguns benefícios para a mãe ^{18,89}.

Já no que diz respeito aos benefícios da ingestão de flúor pré-natal, as controvérsias são muitas. Para alguns autores ^{90,91} não parece existir qualquer relação entre a ingestão de comprimidos de flúor pelas grávidas e o aparecimento ou não de cáries nas crianças.

No entanto, de acordo com dois estudos realizados ^{92,93} parece que a ingestão de comprimidos de flúor contendo 2,2 mg de fluoreto de sódio durante o segundo e terceiro trimestre de gravidez, em combinação com água fluoretada, induz uma ausência de cáries durante dez anos em cerca de 97% da descendência. Ainda segundo estes estudos, não se encontraram evidências de defeitos dentários (ex. fluorose) em nenhuma das crianças.

Um outro estudo ⁹⁴, foi realizado em 1200 mulheres grávidas e sua respectiva descendência, evidenciando os benefícios da ingestão de flúor pré-natal. Neste estudo, 50% das mulheres foram aconselhadas a ingerir comprimidos de flúor durante a gravidez (grupo A), e a outra metade foi também aconselhada a ingerir comprimidos mas com efeito placebo (grupo B). Após cinco anos, os filhos das mulheres do grupo A tinham 45% menos cáries do que os filhos do grupo B e, 96% não tinham cáries.

De acordo com a FDA ⁹⁵ não parecem existir evidências claras, que recomendem o uso de comprimidos de flúor às mulheres grávidas; uma vez que somente uma pequena porção do esmalte de alguns dentes decíduos (praticamente só os incisivos) e quase nenhum dos permanentes é que entram no estágio de mineralização secundária ao nascimento. Assim, será mais importante todas as medidas que se tomem após o nascimento no que diz respeito aos suplementos de flúor.

4.3. - Tratamentos dentários

O melhor tratamento é a prevenção de tal forma que, as necessidades de tratamento durante a gravidez, deverão incluir esforços especiais, no sentido de aumentar a motivação e promover a Saúde Oral, minimizando a possibilidade de transmissão vertical de microorganismos patogénicos para o feto⁹⁶.

A prevenção exerce-se, em primeiro lugar, na educação para a Saúde, de modo que a situação ideal seria estabelecer uma relação médico dentista-grávida capaz de conseguir uma plataforma de confiança que conduza, mediante a prevenção, à Saúde integral.

Ainda assim, quando se efectuam questionários sobre os conhecimentos de Saúde Oral e métodos de prevenção e higiene entre as grávidas, os resultados são desoladores.

É preciso aumentar e reforçar os conhecimentos sobre Saúde Oral e complementá-los com visitas periódicas ao médico dentista que se encarregará de lhe ensinar técnicas de higiene oral^{18,42,97,98,99}.

No que ao tratamento das grávidas diz respeito, existem algumas normas básicas que devemos ter em mente, quando estamos a tratar as pacientes grávidas e que podemos ver na **tabela I.5** abaixo representada^{35,67}.

Tabela I.5 - Dez normas básicas a seguir no tratamento das grávidas:

-
- 1 Não prescrever nunca medicamentos de complacência
 - 2 Evitar a automedicação, informando a paciente acerca do risco que ela comporta
 - 3 Utilizar sempre a dose mínima eficaz durante o menor tempo possível
 - 4 Ser especialmente cuidadoso durante o primeiro trimestre
 - 5 Evitar medicamentos de recente promoção e utilizar os de inocuidade reconhecida
 - 6 Limitar as prescrições farmacêuticas aos casos realmente necessários
 - 7 Utilizar preferencialmente monofármacos, evitando os fármacos multipreparados
 - 8 Não atrasar os tratamentos dentários mediante o uso de fármacos
 - 9 Recordar que as medidas preventivas higiénicas e dietéticas podem evitar chegar a situações de dor, inflamação, infecção que podem requerer tratamento farmacológico
 - 10 Nunca esquecer que uma mulher em idade fértil é uma potencial grávida
-

Assim, recomendam-se os seguintes tratamentos, de acordo com o trimestre de gestação em curso^{17,100,101}:

Primeiro trimestre:

1.- Educação para a Saúde:

- a) Combater dúvidas e falsos temores;
- b) Recomendar e ensinar diversas técnicas de higiene oral;
- c) Aconselhar correctamente sobre aquelas variações na dieta que podem ser prejudiciais;
- d) Informar sobre as manifestações orais que podem aparecer devido à gravidez.

2.- Efectuar um controlo de placa, destartarização ou polimento de peças dentárias.

3.- Realização dos tratamentos de urgência que forem necessários.

Segundo trimestre:

1.- Devem realizar-se visitas periódicas para promover a higiene bucal e continuar com a motivação para a Saúde, assim como realizar os tratamentos indicados no primeiro trimestre.

2.- Tratamento dentário de rotina. O segundo trimestre é o momento adequado para os tratamentos necessários que se realizarão observando algumas normas de conduta básica:

- a) devem adiar-se, as grandes restaurações e os tratamentos puramente estéticos;
- b) as sessões de tratamento têm de ser curtas;
- c) há que evitar tempos de espera prolongados;
- d) ser cuidadoso com a postura da grávida no consultório dentário, evitando posições extremas que propiciem o

aparecimento de sintomas e sinais desagradáveis como vômitos, dispneia, etc;

e) respeitar as normas que estão estabelecidas sobre a prescrição de fármacos;

f) praticar o menor número de radiografias possíveis e sempre com protecção.

Terceiro trimestre:

1.- Efectuar somente os tratamentos de emergência.

2.- Evitar o supino prolongado, mediante a marcação de consultas curtas e aconselhando mudanças de posição frequentes.

3.- Radiografias com protecção.

4.- Recomendar higiene bucal e controlo de placa.

5.- Limpeza, polimento e/ou raspagem.

Durante toda a gravidez ¹⁷:

1.- Programa de controlo de placa bacteriana e flúor.

2.- Evitar a anestesia geral, empregando a anestesia local de eleição e sem sedação intravenosa.

3.- Evitar fármacos.

4.- Ingestão oral de 1 mg/dia de flúor a partir do 4.º/5.º mês de gestação que é quando começa a calcificação dos dentes decíduos.

Durante o primeiro trimestre de gravidez, é preferível evitar tratamentos dentários efectivos devido à potencial vulnerabilidade do feto.

O segundo trimestre é o período mais seguro para efectuar tratamentos dentários de rotina ^{3,16}.

Uma atenção especial deve ser dada ao controle da doença activa e à eliminação de potenciais problemas que poderão vir a ocorrer no final da gravidez ou no período do pós-parto, uma vez que, nestas alturas, obter tratamento dentário é particularmente difícil ^{17,102}.

Reconstruções extensas ou procedimentos cirúrgicos significativos deverão ser adiados para depois da gravidez; convém não esquecer que a gravidez é uma condição temporária ⁶⁷.

A parte inicial do terceiro trimestre é também uma boa altura para efectuar tratamentos dentários de rotina; mas a partir daí, só os tratamentos de urgência deverão ser realizados, sendo todos os outros adiados.

Tudo isto se deve ao facto do aumento da sensação de desconforto que a mulher poderá sentir e não é aplicável a todas as pacientes. Um prolongado tempo de cadeira deverá ser evitado para prevenir as complicações da hipotensão por supinação ^{35,102}.

Se for necessário, realizar algum tratamento durante este período, alguns problemas serão minimizados através da marcação de consultas curtas, permitindo à grávida assumir uma posição semireclinada e permitindo-lhe mudar frequentemente de posição ^{100,101}.

5.- Informação existente em relação à Saúde Oral das grávidas

A gravidez é uma fase em que existe um aumento da sensibilidade por parte da mulher, sendo portanto de esperar que a grávida esteja mais motivável, e isto deveria ser explorado por parte dos médicos e médicos dentistas ⁴.

Será que o facto de estarem grávidas faz aumentar o grau de atenção que as mulheres dedicam aos seus dentes?

As mulheres que, antecipadamente planearam a gravidez serão também aquelas que mais frequentemente visitavam o médico dentista?

Existirá relação entre a classe social e a atitude da grávida relativamente à Saúde Oral?

Terá havido preocupação, por parte da grávida, em realizar um *check up* dentário, no caso das mulheres que obviamente planearam a gravidez?

Será que os profissionais de Saúde têm a preocupação de informar, motivar as grávidas acerca dos cuidados de Saúde Oral a seguir durante este período?

A resposta a estas perguntas poderá levar à obtenção do grau de informação e atenção que existe na grávida, relativamente à sua Saúde Oral.

Com tudo isto, iremos ficar a saber se a informação que os serviços de Saúde Pública oferecem à grávida é ou não suficiente, no que diz respeito ao aconselhamento no âmbito da Saúde Oral.

Em muitos países, essa informação é fornecida sistematicamente e, nalguns casos, quando as grávidas apresentam problemas de Saúde Oral mais complexos são conduzidas a uma consulta de medicina dentária ¹⁶.

A necessidade de mais informação acerca da prevenção da cárie, gengivite gravídica e hábitos de higiene oral durante a gravidez urge.

5.1. - Em Portugal:

No atendimento nos Centros de Saúde, nomeadamente no que diz respeito à educação para a Saúde Oral que é fornecida à grávida, ficamos muito surpreendidos com a falta de transmissão de informação oral e escrita, quer às mulheres que estão a pensar engravidar, quer às mulheres grávidas.

Não encontramos, nos Centros de Saúde e respectivas Unidades de Saúde que visitámos, nenhum folheto informativo, quer para as mulheres que planeiam engravidar, quer para as mulheres em período de gravidez acerca do tema da Saúde Oral.

Não existe informação para as utentes grávidas ou a pensar engravidar, no que diz respeito à importância da procura de um médico dentista a fim de diagnosticar, e/ou tratar possíveis problemas existentes a nível da cavidade oral.

Seria muito importante desmistificar todos os conceitos que se criaram acerca deste período, para que na gravidez não ocorressem grandes desordens a nível da Saúde oral.

Quando uma mulher se dirige a um Centro de Saúde e lhe é “diagnosticada” uma gravidez, é preenchida uma ficha clínica da grávida (**anexo 1**), onde ficam registadas uma série de informações tal como: grupo sanguíneo, gama globulina-anti-D, hábitos, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos, história pregressa, história menstrual, contracepção, gravidez actual, avaliação do risco pré-natal, consultas periódicas e revisão do puerpério.

Em toda esta informação, só existem, a nível do exame físico duas anotações onde fica registado, ao que nos parece, se os dentes e as gengivas são ou não normais. Fica a dúvida se estes registos são feitos com algum rigor e exactidão, por parte dos nossos colegas, uma vez que a sua preparação académica não lhes permite ter conhecimentos, para realizar um levantamento correcto da situação dentária e gengival nas grávidas.

Para além desta ficha clínica que ficou guardada no Centro de Saúde, à grávida, foi fornecido um boletim de Saúde da grávida (**anexo 2**) que continha:

- 1.- Informação sobre a protecção da maternidade
- 2.- Recomendações
- 3.- Identificação da grávida
- 4.- História familiar
- 5.- Antecedentes pessoais
- 6.- História actual
- 7.- Registo de dados clínicos e analíticos
- 8.- Informação sobre o parto e o recém nascido

Não se encontrou na informação existente, uma única alusão à Saúde Oral da grávida.

É patente o facto de não ficar registada nenhuma informação sobre cuidados de Saúde Oral em nenhum destes protocolos.

Assim, e apesar de a cavidade oral ser uma porta de entrada de numerosos processos infecciosos e de constituir por si só um foco séptico, em nenhum momento, se aconselha à grávida a recorrer aos cuidados da Medicina Dentária ¹⁷.

5.2. - Noutros países:

5.2.1.- Dakota do Norte

No Dakota do Norte nos EUA existe muito pouca informação, no que diz respeito à Saúde Oral das grávidas. Em resposta a isso, o programa dentário do Departamento de Saúde do Norte Dakota realizou, em 1996, um questionário a 2,250 mulheres que tinham dado à luz há pouco tempo, onde incluiu duas perguntas sobre Saúde Oral. As duas questões sobre Saúde Oral foram pensadas por forma a se poder obter informação sobre a proporção de

mulheres grávidas que recorreram ao Sistema de Saúde Oral e identificar as principais barreiras que se interpõem à procura dos cuidados de Saúde incluídos no Sistema de Saúde Oral. De todas as mulheres a quem foi feito o questionário, 65,0% responderam; dessas, 43.2% visitaram o dentista durante a gravidez. A principal razão apontada para o facto de não terem procurado o médico dentista durante a gravidez foi o de não terem sentido nenhum problema. Parece, pois, existir falta de conhecimentos sobre este aspecto particular dos cuidados pré-natais ².

5.2.2.- Alemanha

5.2.2.1. – Universidade de Berlim

Na Alemanha, na Universidade de Berlim em 1991, foi realizado um estudo englobando 300 mulheres; dessas, 200 grávidas que realizaram um tratamento durante quatro semanas em casa foram incluídas no grupo 1; 50 mulheres grávidas que visitavam regularmente o consultório dentário foram incluídas no grupo 2, e 50 mulheres não grávidas da mesma idade foram também incluídas neste estudo.

O programa de cuidados preventivos (informação sobre higiene oral, fluoretação, alimentação saudável assim como instruções e treino) mostrou grande efeito nas mulheres do grupo 1. No grupo 2, a percentagem foi só de 46,0%.

Estes resultados mostram que a gravidez é uma fase em que ocorre um aumento de sensibilidade motivacional, sendo que, isto deveria ser explorado pelos médicos e médicos dentistas no que diz respeito à elaboração de programas preventivos dentro da área da Saúde Oral ¹⁰³.

5.2.2.2. – Universidade de Medicina de Hannover

Um outro estudo realizado na Alemanha na Universidade de Medicina de Hannover pretendeu determinar o nível de educação existente sobre Saúde Oral.

Foram realizados 700 questionários em 39 hospitais e os resultados foram os seguintes: 51.0% das grávidas inquiridas referiu não terem sido submetidas a qualquer exame dentário durante a sua gravidez, apesar de 65.0% das mulheres grávidas sofrer de hemorragia e inflamação gengival. No total, 71.0% não recebeu qualquer informação, no que diz respeito à sua higiene oral durante a gravidez. A educação para a Saúde Oral, durante a gravidez, ou não é fornecida, ou não está adequadamente disponível ¹⁰⁴.

5.2.2.3. – Universidade de Frauenklinik em Hamburg-Eppendorf

Na Alemanha na Universidade de Frauenklinik, em Hamburg-Eppendorf, as causas das desordens dentárias e gengivais, durante a gravidez, assim como as possíveis medidas preventivas a adoptar foram discutidas. A avaliação do levantamento envolvendo 700 grávidas reflecte o nível de conhecimentos desta população, no que diz respeito à Saúde Oral.

Das 700 mulheres incluídas na investigação, 357 não receberam qualquer tratamento no decorrer da sua gravidez, 57.7% revelou um índice de gengivite durante a gestação, 70.9% não foi instruída acerca dos cuidados de higiene oral no período pré-natal, e 81.7% não recebeu nenhum material escrito sobre esta matéria, 41.3% das inquiridas não procurou qualquer informação sobre este assunto da higiene oral e 44.3% relatou que achava o seu conhecimento sobre esta matéria suficiente.

Quando questionadas acerca das causas do mau estado da sua cavidade oral, 28.4% referiu que se devia a uma insuficiente higiene oral e a um excessivo consumo de açúcares, 37.4% sofria de enjoos matinais, 45.0% destas mulheres referiu que escovava com frequência os seus dentes, 45.6% usava a sua escova de dentes por um período de seis meses e 67.9% não tinha qualquer conhecimento acerca da importância dos tratamentos com flúor.

Estes resultados enfatizam a necessidade de fornecer uma maior informação sobre prevenção da cárie dentária, assim como dos cuidados de higiene dentária durante a gravidez. Foi sugerido, neste estudo, incluir duas visitas ao médico dentista, como parte integrante das consultas de rotina que a grávida deverá efectuar antes de pensar em engravidar ¹⁰⁵.

5.2.3.- México

O Instituto Nacional de Perinatologia no México elaborou, em 1998, um estudo com o objectivo de obter a opinião dos médicos acerca da prestação de cuidados médico-dentários durante a gravidez. Um questionário, incluindo 15 perguntas, foi realizado a uma amostra randomizada de 700 médicos.

Dos 650 questionários analisados, 57,0% foram aplicados a médicos generalistas, 24,0% a ginecologistas e obstetras e 19,0% a outros especialistas a quem as grávidas recorrem para a prestação de tratamentos pré-natais.

A análise dos resultados mostrou que 53,0% dos médicos referiram que os médicos dentistas não necessitavam de os consultar antes de realizar qualquer tratamento dentário, enquanto 593 referiram precisamente o contrário, 362 dos médicos interrogados apontaram a necessidade do uso do avental de chumbo, aquando da realização de raios-x periapicais.

Estes resultados mostram-nos a necessidade de se estabelecer um bom canal de comunicação entre médicos e médicos dentistas. Parece claro que existe uma falta de conhecimento dos especialistas em Saúde Oral para prestarem tratamento às suas pacientes grávidas e que os médicos ignoram muitos dos procedimentos dentários, assim como o seu baixo risco ¹⁰².

5.2.4.- Servo-Croácia

No Health Centre de Smederevo, na Servo-Croácia, foi realizado um estudo com o objectivo de investigar as possíveis mudanças na atitude das mulheres grávidas, no que diz respeito à sua Saúde Oral durante a gravidez, de acordo com o programa educacional institucionalizado.

No que diz respeito aos materiais e métodos, temos cerca de cento e sessenta mulheres grávidas que foram seleccionadas ao acaso pelo programa educacional e incluídas no estudo. Através de um contacto directo, grupos de 4 a 14 mulheres grávidas receberam informação básica acerca da sua Saúde Oral, assim como a dos seus fetos.

Por forma a obter os resultados pretendidos, três questionários anónimos foram realizados. Dois deles constituíam o questionário A por causa dos resultados idênticos obtidos antes e depois da educação recebida e o terceiro, o questionário B, era diferente, e foi conduzido até ao fim. O questionário B concentrava-se em obter o ponto de vista pessoal da grávida acerca da informação obtida.

Os resultados dos dois primeiros questionários (questionários A) foram mostrados num gráfico, com uma percentagem de respostas correctas expressas em percentagens.

Os resultados do questionário B foram formulados de acordo com respostas do tipo sim ou não às questões colocadas. Os seguintes resultados foram obtidos do questionário B: 100% de mulheres grávidas disseram que aprenderam algo de novo acerca da Saúde Oral; 67,0% mudaram imediatamente os seus hábitos alimentares, optando por uma alimentação mais saudável; 100% entenderam perfeitamente o papel profilático do flúor; 16,0% não aceitaram os conhecimentos transmitidos por razões desconhecidas, mas 100% das mulheres grávidas entenderam que foi muito útil todos os conhecimentos que lhes foram transmitidos sobre a Saúde Oral.

Existe um grande interesse por todas as medidas preventivas estomatológicas e procedimentos dentários durante a gravidez que quase todas as grávidas, sem excepção, evitavam por ignorância. É necessário e urgente transmitir uma adequada informação sobre cuidados preventivos, assim como motivar as mulheres grávidas para que possamos ter uma mãe satisfeita e um filho livre de cuidados no futuro ¹⁰⁶.

5.2.5.- Itália

Em Itália, o autor Giuliana realizou um estudo denominado *educação para a Saúde Oral de pais no período pré-natal*, cujo objectivo foi revelar o nível de conhecimentos sobre educação dentária de mulheres grávidas. O grupo sob observação não estava suficientemente esclarecido/informado acerca do assunto, particularmente, no que diz respeito ao uso do flúor, ao uso correcto de técnicas de higiene oral pediátricas e alimentação.

Em conclusão, o autor esperava uma maior motivação por parte das mulheres grávidas, durante o período pré-natal ¹⁰⁷.

5.2.6.- Grécia

Na Grécia, um estudo realizado por Vadiakas e Lianos teve como objectivo examinar a correlação existente entre a gravidez e a cárie dentária.

Os resultados epidemiológicos encontrados foram poucos e controversos, o que não permitiu chegar a qualquer conclusão.

As possíveis causas apontadas para o aparecimento de cáries durante a gravidez são: mudanças na saliva e na flora oral; vômitos, negligenciar os cuidados de higiene oral e alterações dos hábitos nutricionais. Estas causas foram exaustivamente discutidas, particularmente, as duas últimas que parecem ser as básicas, apesar das outras não deverem ser rejeitadas.

O conseqüente aumento das necessidades de tratamento dentário das mulheres durante a gravidez deve ser enfatizado, assim como, o especial cuidado a ter quando se está a realizar qualquer procedimento dentário neste período.

O tratamento dentário das grávidas deve ser tarefa de um grupo de especialistas no qual se inclui o médico dentista. Um protocolo, para fazer face às necessidades de tratamento dentário das mulheres grávidas, deve ser feito

6.- Objectivos

A gravidez é uma fase da vida da mulher durante a qual se reconhece uma alta incidência de problemas orais, e onde a atenção com os cuidados de Saúde Oral é, frequentemente, subestimada, tornando-se, pois, a colaboração interdisciplinar cada vez mais necessária para a preservação e manutenção do mais perfeito estado de Saúde ^{5,105}.

Contudo, nem sempre a grávida valoriza o seu estado de Saúde Oral e nem sempre este é valorizado, por parte dos respectivos médicos assistentes, ou então, o que se verifica é que alguns profissionais evitam sistematicamente realizar alguns actos médico-dentários, e quando o fazem, são de pouca intervenção, desajustados às necessidades da grávida ^{102,105}.

Parece existir uma falta de conhecimentos/informação acerca das necessidades de cuidados de Saúde Oral, antes e durante a gravidez ⁹⁸.

Os organismos públicos e privados necessitam de desenvolver mecanismos para eliminar as barreiras aos cuidados de Saúde Oral por parte das grávidas ^{18,67}.

Pelo que observamos, parece que não há motivo para se negligenciar esta fase da vida da mulher no que à Saúde Oral diz respeito.

Tendo como base o que acabámos de referir, o objectivo principal deste trabalho foi: **determinar qual o grau de atenção da grávida com a sua Saúde Oral.**

No sentido de tentar atingir esse objectivo optamos pela análise de algumas variáveis que, de alguma forma podem influenciar esse grau de atenção e que designamos como objectivos secundários:

- planeamento ou não da gravidez,
- última visita ao médico dentista,
- classe social,
- hábitos de higiene,

- índices CPO e IGS,
- durante a gravidez , se necessitassem procurariam tratamento dentário,
- em caso de gravidezes anteriores, procuraram o médico dentista e porquê.

II - MATERIAL e MÉTODOS

1.- Características gerais do estudo

A investigação epidemiológica efectuada foi um estudo transversal que consistiu numa pesquisa no terreno, com base na elaboração de um inquérito, constituído por um questionário e um exame clínico. O método de inquérito por questionário utilizado centrou-se na recolha de dados segundo um plano de questões levado a cabo por contacto directo entre o investigador e o paciente 108,109

O estudo envolveu um grupo de mulheres grávidas, residentes na área de intervenção dos Centros de Saúde de Espinho (em cujas instalações o Director nos permitiu realizar o estudo em causa, após contactos que estabelecemos aquando da nossa formação no Centro de Saúde. no âmbito do Mestrado de Saúde Oral Comunitária), de Modivas (cuja autorização nós obtivemos após contactos escritos com o Director do Centro de Saúde. de Modivas e com a Coordenadora Sub-Região de Saúde do Porto) e respectivas Unidades de Saúde (**anexo 3**).

A distribuição do número de participantes pelos respectivos Centros/Unidades de Saúde foi a que podemos observar no quadro II.1 abaixo representado:

Quadro II.1 – Distribuição das participantes pelos Centros/Unidades de Saúde

CENTROS/UNID. SAÚDE	N.º PARTICIPANTES
Centro de Saúde de Espinho	20
Unidade de Saúde de Anta	20
Unid. de Saúde da Marinha	7
Unid. de Saúde de Paramos	10
Unid. de Saúde de Silvalde	22
Centro de Saúde de Modivas	1
Unid. de Saúde de Labruge	11
Unidade de Saúde de Malta	7
Unidade de Saúde de Vairão	7

2.- Amostragem

A amostra compreendeu 105 grávidas, sendo que 61 planearam a gravidez e as restantes 44 não fizeram qualquer tipo de planeamento.

A concretização deste estudo foi possível graças à criação em cada um(a) dos (as) Centros/Unidades de Saúde de Espinho e Modivas de uma consulta à qual as grávidas compareciam.

Uma vez que seria impossível observar todo o universo de grávidas residentes em Espinho e Modivas integramos, no nosso estudo, unicamente aquelas que eram acompanhadas pelos respectivos Centros de Saúde e que foram encaminhadas para a nossa consulta pelo seu médico assistente. Tratou-se portanto de uma amostra de conveniência ¹¹⁰.

2.1. - Selecção da amostra

Todas as utentes grávidas existentes nos ficheiros dos médicos assistentes (médicos de família ou ginecologistas), e que não fossem gravidezes de risco, isto é, estados gravídicos que pudessem ter efeito adverso nas estruturas periodontais, nomeadamente:

- Diabetes;
- distúrbios endócrinos;
- discrasias sanguíneas;
- cirrose hepática;
- e também factores psicossomáticos e uso de drogas que interferem com o sistema imune, tais como corticóides e drogas citostáticas,

foram seleccionadas para a nossa amostra.

3.- Recolha de dados

3.1. - Equipa

A equipa de observação foi constituída por dois elementos, o autor deste trabalho que ficou com a função de preenchimento dos elementos de identificação, respostas ao questionário, anotação dos dados e uma outra colega do mestrado de Saúde Oral Comunitária que ficou com a tarefa de realizar o exame clínico.

Contámos com a colaboração dos médicos e pessoal de enfermagem dos Centros de Saúde de Espinho, de Modivas e respectivas Unidades de Saúde, que fizeram a selecção das grávidas e as encaminharam para a nossa consulta de Saúde Oral.

De referir também o papel do pessoal administrativo que efectuou a chamada das grávidas seleccionadas e do pessoal auxiliar do Centro de Saúde de Espinho que orientou o acondicionamento do material.

No final de cada sessão de trabalho, foi efectuada uma revisão das fichas correspondentes às observações do dia, na presença da equipa de observação, tendo em vista corrigir a legibilidade, omissões ou erros de registo.

O inquérito elaborado consistiu num:

- **Questionário;**
- **Exame clínico das estruturas orais.**

3.2. – Questionário

Foram recolhidos dados relativos a:

- condições relacionados com o comportamento;
- condições demográficas;
- cuidados de Saúde Oral.

A base de dados criada a partir da ficha utilizada (**anexo 4**) serviu para a execução de um outro trabalho pelo que, só algumas questões presentes nessa ficha e que de seguida descreveremos foram usadas como elementos de estudo neste trabalho.

Assim, para a elaboração deste trabalho, foram incluídas, no questionário, as perguntas que agrupamos da seguinte forma ¹¹¹:

3.2.1. - Condições relacionados com o comportamento

- Planeamento da gravidez
- Hábitos tabágicos

3.2.2. - Condições demográficas

- Identificação da participante (nome, morada, telefone, número de utente do Serviço Nacional de Saúde)
- Data de nascimento
- Nível socio-económico (para procedermos à caracterização socio-económica das participantes que observamos, adoptamos a Classificação Social Internacional proposta por Graffar ¹¹², referente à fase profissional activa das mesmas e que apresentamos no **anexo 5**).

3.2.3. - Cuidados de Saúde Oral

- Frequência de escovagem dentária
- Frequência com que a escova é mudada
- Uso do fio dentário
- Uso do palito
- Tipo de pasta dentífrica usada (com ou sem flúor)

- Data da última visita ao dentista
- Procurou o dentista, durante a gravidez (nos casos de gestações anteriores)
- Caso necessitasse, iria ao dentista, durante esta gravidez

3.3. - Exame clínico

Para a realização do exame clínico das grávidas, foi colocada á disposição da equipa examinadora, uma sala em cada uma das Unidades de Saúde que colaboraram neste estudo com boas condições de iluminação natural.

O exame clínico foi efectuado com as participantes sentadas numa cadeira, junto de uma janela e dispendo para o efeito de espelhos dentários planos número 4, sondas dentárias semi-circulares número 2, e rolos de algodão número 2, como meios auxiliares de observação.

No exame clínico foram incluídas as seguintes áreas de avaliação da Saúde Oral:

3.3.1. - Cárie dentária (CPO)

A cárie dentária foi medida com o índice CPO, tendo como base os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) descritos na 4ª edição do Oral Health Surveys - Basic Methods ¹¹³.

Nos critérios do CPO usados no nosso estudo, foram introduzidas algumas alterações, com vista a simplificar a recolha efectuada.



Essas simplificações foram:

- Não dividimos o dente em coroa e raiz, só recolhemos os dados do CPO da coroa,
- Não incluímos os dentes 18, 28, 38, 48 no exame clínico.

Foi preenchido somente, na primeira observação, tendo como objectivo registar o estado geral da boca.

Cada dente foi registado com um dos seguintes códigos (**critérios de diagnóstico de cárie e código respectivo no anexo 6**):

- 0 - Dente são**
- 1 - Dente cariado**
- 2 - Dente obturado, com cárie**
- 3 - Dente obturado, mas sem cárie**
- 4 - Dente excluído, como resultado de cárie**
- 5 - Dente excluído, por outra razão que não cárie**
- 6 - Dente com selante de fissuras**
- 7 - Dente com elemento de prótese fixa ou implante**
- 8 - Dente não erupcionado**
- T - Dente com traumatismo (fractura)**
- 9 - Dente não registado**

Foram classificados como:

dentes cariados, aqueles registados com o código 1 e 2;

perdidos por cárie os registados com o código 4;

obturados os dentes registados com o código 3.

O **índice CPO** do grupo foi calculado pela média da soma dos códigos 1, 2, 3 e 4 de cada indivíduo.

3.3.2. - Doença periodontal

Para registo da situação clínica gengival, foi usado o Índice Gengival (IG) que é um índice baseado no Índice Gengival de Løe and Silness ¹¹⁴, mas que foi simplificado por forma a tornar mais fácil a sua aplicação neste estudo.

Esta opção de trabalho residiu na complexidade dos índices gengivais descritos, nomeadamente, o CPI recomendado pela OMS para levantamento da condição periodontal.

Dada a falta de recursos humanos para fazer este levantamento, o que se pretendeu com esta simplificação do IG foi estabelecer um método com critérios precisos e facilmente aplicáveis no trabalho de campo.

Sabemos que esta opção está sujeita a críticas, mas temos de referir que o uso deste método se revelou de alto valor prático e poderá porventura servir de base a trabalhos futuros nesta área.

O índice foi estabelecido considerando a boca dividida em sextantes, definidos pelos dentes 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43 e 44-47 ^{114,115}.

Usamos critérios, fundamentalmente clínicos, atribuindo os seguintes códigos a cada um dos sextantes:

0 – Gengiva sã: ausência de sinais clínicos de alterações gengivais (gengiva de cor rósea podendo apresentar pigmentação melanínica e aspecto picotado tipo casca de laranja) ou presença de inflamação gengival leve, sem hemorragia à passagem com um rolo de algodão.

1 – Gengiva com inflamação moderada: presença de inflamação gengival moderada com a gengiva a apresentar-se vermelha, com edema e hemorrágica à passagem com um rolo de algodão.

2 – Gengiva com inflamação severa: presença de inflamação gengival severa com a gengiva a apresentar-se muito hemorrágica à passagem com o rolo de algodão, ou mesmo de forma espontânea, edematosa e tumefacta, com alterações ulcerativas, presença de bolsas periodontais (atingimento da aderência epitelial) e/ou mobilidade dentária aumentada.

X - Sextante excluído.

9 - Sextante não registado.

Para que um sextante fosse válido, deveria ter pelo menos dois dentes remanescentes; quando só restava um dente num sextante, este dente era incluído no sextante adjacente sendo que o primeiro era excluído.. Dentro de cada sextante, era registada a situação clínica gengival mais grave. Aos sextantes excluídos, por não possuírem pelo menos dois dentes, atribui-se o código x.

O cálculo do IG foi feito usando a seguinte fórmula:

$$\text{IG} = \frac{\text{Soma de índices de cada sextante} \times 100}{\text{Número de sextantes válidos}}$$

3.4. - Calibragem

Numa primeira fase, foi efectuado um ensaio com 10 grávidas, tendo como objectivo testar a funcionalidade dos critérios de diagnóstico nas condições de trabalho disponibilizadas e a exequibilidade dos métodos de medição propostos.

Como o índice gengival usado neste trabalho foi simplificado e o exame clínico realizado por um só examinador, tornou-se necessário proceder à calibragem intra-examinador.

Para o efeito, recolheram-se dados referentes aos índices CPO e IG de um grupo de 15 participantes que foram observadas 2 vezes, com um intervalo de tempo, de pelo menos 30 minutos entre examinações.

Comparando os registos destas duas examinações, o grau de confiança nos resultados obtidos através do teste k foi de 95% para o índice CPO e 89% para o índice IGS, os quais se encontram dentro dos valores aceitáveis pela OMS (0,85%-0,95%) ¹¹⁶.

4.- Processamento e análise estatística dos dados

Os dados recolhidos foram introduzidos numa folha de cálculo de “Excel”, depois de ter sido efectuada a operacionalização das variáveis independentes em categorias (**anexo 7**). O tratamento estatístico dos dados foi efectuado utilizando o programa “SPSS 9.0” para Windows.

Depois de os dados terem sido submetidos a análise estatística, recorreremos ao teste de χ^2 para análise das variáveis categóricas e ao teste t de Student para as variáveis contínuas, tendo sido estabelecido os seguintes níveis de significância ¹¹⁷:

$P > 0,05 \Rightarrow$ não significativo

$0,01 < P \leq 0,05 \Rightarrow$ significativo

$0,001 < P \leq 0,01 \Rightarrow$ muito significativo

$P \leq 0,001 \Rightarrow$ altamente significativo

III – RESULTADOS

1.- Variáveis relacionadas com o comportamento

1.1. - Planeamento da gravidez

No que diz respeito ao planeamento da gravidez, podemos verificar que 41,9% (n=44) das grávidas não planeou a sua gravidez e 58,1% (n=61) das mulheres grávidas planeou antecipadamente a sua gravidez. A distribuição das grávidas de acordo com este planeamento é aquela que se pode ver no quadro III.1.

Quadro III.1 Distribuição das grávidas de acordo com o planeamento da gravidez.

Planea/o da gravidez	Grávidas	
	<i>n</i>	%
Sim	61	58,1
Não	44	41,9
Total	105	100,0

1.2.- Hábitos tabágicos versus planeamento da gravidez

No que concerne aos hábitos tabágicos versus planeamento da gravidez, 80,3% (n=49) das grávidas que planeou a gravidez nunca fumou; 9,8% deixou, durante a gravidez, e as restantes 9,8% continuaram a fumar.

Das grávidas que não planearam a gravidez, 70,5% (n=31) nunca fumou, 9,1% deixou na gravidez e 20,5% continuou a fumar.

Comparando estes dois grupos de grávidas, verifica-se que nas que planearam a gravidez, existe uma maior percentagem de mulheres que nunca

fumou e também um menor número de mulheres que continuaram a fumar, depois de engravidarem.

Com o teste T-Student, encontramos um valor de P igual a 0,147, logo as diferenças encontradas nos dois grupos não são significativas.

Quadro III.2 - Distribuição das grávidas tendo em conta os hábitos tabágicos e o planeamento da gravidez.

Hábitos tabágicos	Planea/o da gravidez		Não planea/o da gravidez	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca fumou	49	80,3	31	70,5
Deixou na gravidez	6	9,8	4	9,1
Fuma 5-10 cig./dia	6	9,8	8	18,2
Fuma 10-20 cig./dia	0	0,0	1	2,3
Total	61	100,0	44	100,0
Valor de P	0,147			

2.- Variáveis relacionadas com as condições demográficas

2.1. – Idade (Faixa etária) versus planeamento da gravidez

No que diz respeito à idade das grávidas que participaram no nosso estudo, optou-se por fazer uma estratificação da nossa amostra em 5 faixas etária, com intervalos de cinco em cinco anos.

Assim sendo, consideramos 5 faixas etárias:

- a 1ª dos 15-19 anos (esta é o período onde surgem as gravidezes precoces não planeadas, geralmente devido à falta de conhecimentos sobre planeamento familiar);
- a 2ª dos 20-24 anos (a 2ª, 3ª e 4ª faixas etárias englobam as idades que correspondem ao período mais fértil da vida das mulheres);
- a 3ª dos 25-29 anos;
- a 4ª dos 30-34 anos;

- a 5ª dos 35-39 anos (esta última faixa etária inclui aquelas mulheres que engravidam numa fase da vida em que já não estavam á espera de engravidarem).

Relativamente à distribuição das grávidas por faixa etária, tendo em conta o planeamento ou não da gravidez, verifica-se que o maior número de grávidas do grupo que planeou a gravidez se encontra nas faixas etárias dos 20-24, 25-29, e 30-34 anos com um total de 86,8%, enquanto que no outro grupo, o maior número de mulheres se encontra nas faixas etárias dos 15-19, 20-24 e 25-29 anos com um total de 77,3%.

Analisando o quadro III.3, podemos constatar que as gravidezes não planeadas acontecem em idades relativamente mais precoces do que as planeadas.

Encontrámos diferenças muito significativas entre os dois grupos de grávidas quanto à faixa etária, uma vez que o valor de P dado pelo teste de T-Student foi de 0,005.

Quadro III.3 – Distribuição das grávidas de acordo com a faixa etária e o planeamento da gravidez.

Faixa etária (anos)	Planea/o da gravidez		Não planea/o da gravidez	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
15-19	2	3,3	9	20,5
20-24	13	21,3	14	31,8
25-29	24	39,3	11	25,0
30-34	16	26,2	7	15,9
35-39	6	9,8	3	6,8
Total	61	100,0	44	100,0
Valor de P	0,005			

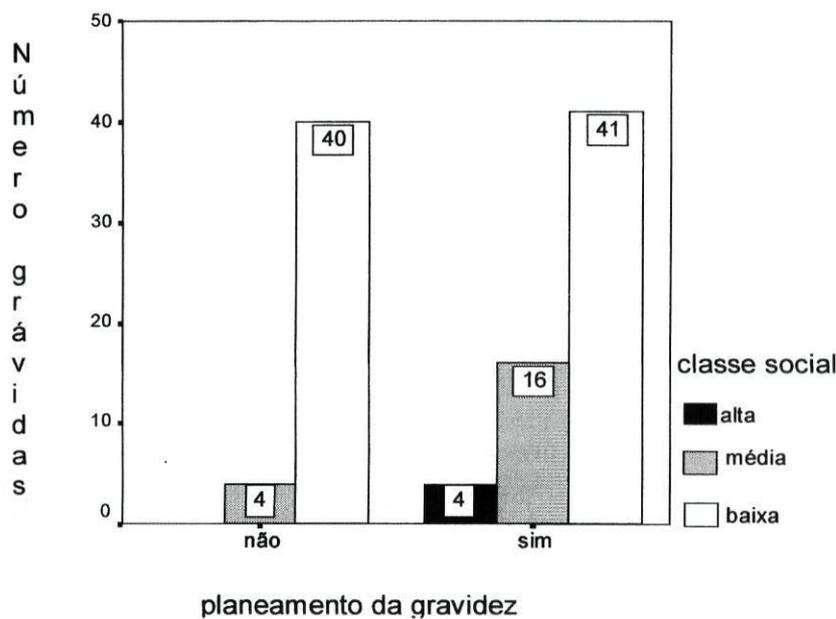
2.2. - Classe social versus planeamento da gravidez

Relativamente à distribuição das grávidas por classe social verifica-se que, no grupo que planeou, 41 das grávidas pertence à classe social baixa, 16 à classe média e 4 à classe alta. No outro grupo, 40 das grávidas pertence à classe social baixa e somente 4 se incluem na classe média.

É notório pela análise do gráfico III.1 que, a quase totalidade das mulheres que não planeou a gravidez pertence à classe social baixa.

Podemos dizer que existem diferenças altamente significativas nos dois grupos de grávidas, uma vez que o valor de P encontrado pelo teste T-Student foi de 0,001.

Gráfico III.1



3.- Variáveis relacionadas com cuidados de Saúde Oral

3.1. - Frequência de escovagem dentária versus planeamento da gravidez

Quanto a este item, 82,0% das mulheres que planeou a gravidez, escova os dentes entre uma a duas vezes por dia, 4,9% não escova os dentes, sendo que as restantes escovam três ou mais vezes por dia. No outro grupo, 77,3% escova entre uma a duas vezes, 4,5% não escova os seus dentes e 18,2% escova três ou mais por dia.

De acordo com o teste de T-Student o valor de P encontrado foi de 0,663, como se pode ver no quadro III.4, pelo que não podemos aferir diferenças significativas nos dois grupos de grávidas.

Quadro III 4 – Distribuição das grávidas de acordo com a frequência de escovagem e o planeamento da gravidez.

Frequência de escovagem	Planea/o da gravidez		Não planea/o da gravidez	
	n	%	n	%
0x	3	4,9	2	4,5
1x	20	32,8	20	45,5
2x	30	49,2	14	31,8
≥3x	8	13,1	8	18,2
Total	61	100,0	44	100,0
Valor de P	0,663			

3.2. – Frequência com que a escova é mudada versus planeamento da gravidez

A frequência de mudança de escova do grupo que planeou é de 81,9% para um intervalo de tempo que vai de dois a seis meses. Com uma mudança mensal de escova, temos 3,3% de grávidas e com uma troca anual, 14,8%; para o grupo que não planeou a gravidez, 22,8% muda de escova anualmente e 77,2% muda de escova, entre dois a seis meses.

Mais uma vez, não encontramos diferenças significativas entre os dois grupos de grávidas quanto à frequência de mudança de escova, uma vez que o valor de P foi 0,159, como se pode verificar no quadro III.5.

Quadro III.5 – Distribuição das grávidas de acordo com a frequência de escovagem e o planeamento da gravidez.

Freq. de mudança de escova	Planea/o da gravidez		Não planea/o da gravidez	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1 ano	9	14,8	10	22,8
6 meses	22	36,1	17	38,6
2 a 5 meses	28	45,8	17	38,6
1 mês	2	3,3	0	0,0
Total	61	100,0	44	100,0
Valor de P	0,159			

3.3. - Conhecimento e uso do fio dentário versus planeamento da gravidez

A distribuição das grávidas, tendo em conta o conhecimento e uso do fio dentário e o planeamento da gravidez, diz-nos que, para as que planearam, 29,5% não conhece o fio dentário, 52,5% conhece, mas não usa e 18% usa diariamente. No outro grupo, 40,9% não conhece, 56,8% conhece, mas não usa e 2,3% usa entre uma a duas vezes por dia.

Pela análise do quadro III.6, é de realçar que ainda existe um grande desconhecimento deste complemento de higiene oral, mas ainda assim as mulheres que mais usam o fio dentário pertencem ao grupo que planeou a gravidez.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao uso do fio dentário nos dois grupos, dado que o valor de P foi de 0,04.

Quadro III.6 – Distribuição das grávidas tendo em conta o conhecimento e uso do fio dentário e o planeamento da gravidez.

Conhecimento e uso do fio dentário	Planea/o da gravidez		Não planea/o da gravidez	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não conhece	18	29,5	18	40,9
Conhece, mas não usa	32	52,5	25	56,8
Conhece, e usa diária/ Usa 1 a 2 x/dia	8	13,1	0	0,0
	3	4,9	1	2,3
Total	61	100,0	44	100,0
Valor de P	0,04			

3.4. - Uso do palito versus planeamento da gravidez

Relativamente ao grupo que planeou, 23,0% não usa o palito, 26,2% usa diariamente e 50,8% raramente usa. No grupo que não planeou, 22,7% não usa o palito, 36,4% usa diariamente e 40,9% usa raramente.

De acordo com o teste de T-Student, como o valor de P encontrado foi de 0,544, não podemos aferir diferenças significativas nos dois grupos de grávidas.

Quadro III.7 – Distribuição das grávidas de acordo com o uso do palito e o planeamento da gravidez

Uso do palito	Planea/o da gravidez		Não planea/o da gravidez	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não usa	14	23,0	10	22,7
Usa diária/ Usa rara/	16	26,2	16	36,4
	31	50,8	18	40,9
Total	61	100,0	44	100,0
Valor de P	0,544			

3.5. - Tipo de pasta dentífrica usada (com ou sem flúor)

Com base na análise do quadro III.8 do grupo que planeou, 95,1% sabe que o dentífrico que usa tem flúor, 1,6% não usa dentífrico e 3,3% não sabe se o dentífrico que usa tem flúor. No grupo que não planeou, 90,9% tem conhecimento que o dentífrico que usa tem flúor, 2,3% não usa dentífrico e 6,8% não sabe se tem flúor.

As diferenças encontradas nos dois grupos de grávidas não podem ser consideradas significativas, uma vez que o valor de P encontrado pelo teste T-Student foi de 0,571.

Quadro III.8 – Distribuição das grávidas de acordo com o dentífrico usado e o planeamento da gravidez.

Tipo de dentífrico usado (c/ ou s/ flúor)	Planea/o da gravidez		Não planea/o da gravidez	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não usa dentíf.	1	1,6	1	2,3
Usa e sabe que tem flúor	58	95,1	40	90,9
Usa, mas n/ sabe se tem flúor	2	3,3	3	6,8
Total	61	100,0	44	100,0
Valor de P	0,571			

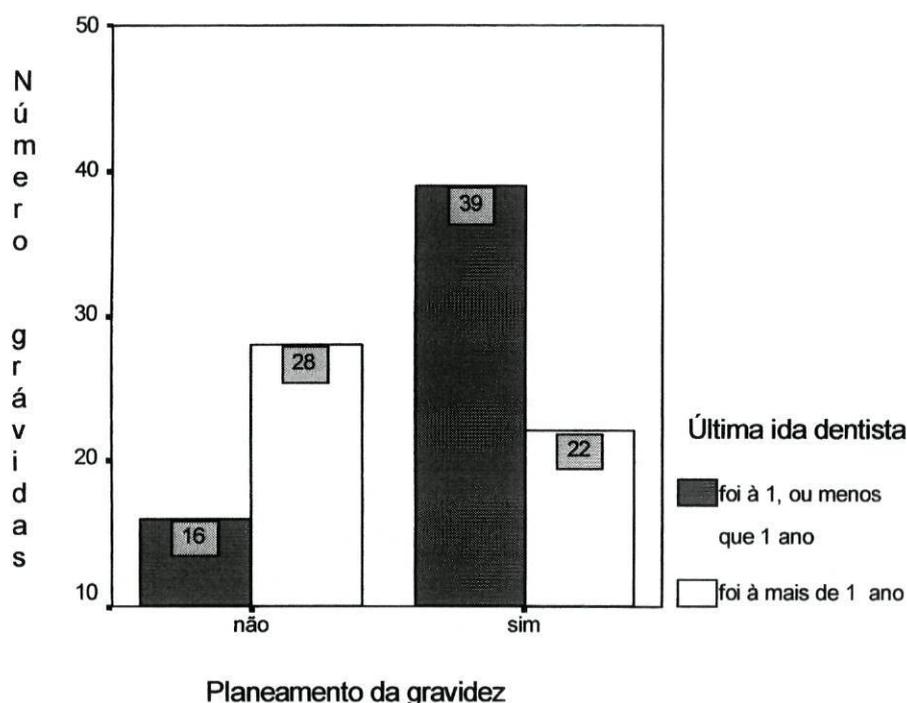
3.6. - Data da última visita ao dentista versus planeamento da gravidez

Verificámos pela análise do gráfico III.2 que nas gestações planeadas, 39 (63,9%) das grávidas visitou o dentista há um ou menos de um ano e 22 (36,1%) visitou há mais de um ano. No outro grupo 16 (36,4%) foi há um ou menos de um ano ao dentista e 28 (63,6%) foi ao dentista há mais de um ano.

Em relação a este item da última visita ao dentista, é notória a diferença existente entre os dois grupos de grávidas, sendo a relação entre os dois grupos praticamente inversa.

Também no que diz respeito à data da última visita ao dentista, foram encontradas diferenças muito significativas nos dois grupos de grávidas pois de acordo com o teste de T-Student, o valor de P encontrado foi de 0,005.

Gráfico III.2



3.7.- Procuraram o dentista, durante a gravidez (nos casos de gestações anteriores).

Quando se perguntou às grávidas que já tinham tido gestações anteriores (n=41) se tinham procurado o dentista durante essas gestações, no grupo que planeou, 24,6% respondeu que não, 4,9% disse que sim e 3,3 respondeu que não se lembrava. Dentro do grupo que não planeou, 36,4% afirmou que não, 4,5% respondeu afirmativamente e 6,8% disse não se lembrar, como se pode verificar pela análise do quadro III.9.

Mais uma vez as diferenças encontradas nos dois grupos de grávidas não podem ser consideradas significativas, pois de acordo com o teste de T-Student, o valor de P encontrado foi de 0,889.

Quadro III.9 – Distribuição das grávidas de acordo com a procura do dentista durante a gravidez (nos casos de gestações anteriores)

Ida ao dentista durante a gravidez (nos casos de gest. ants).	Planea/o da gravidez		Não planea/o da gravidez	
	n	%	n	%
Não	15	24,6	16	36,4
Sim	3	4,9	2	4,5
Não se lembra	2	3,3	3	6,8
Total	20	32,8	21	47,7
Valores omissos	41	67,2	23	52,3
Total	61	100,0	44	100,0
Valor de P	0,889			

3.8. – Caso necessitasse, iria ao dentista, durante esta gravidez

Quando se perguntou às grávidas se procurariam o dentista nesta gravidez, no grupo que planeou, 75,4% respondeu que não, por achar que não deviam; 4,9% disse que não por outros motivos; 13,1% respondeu que sim e 6,6% respondeu que não sabia.

Dentro do grupo que não planeou, 77,3% afirmou que não, por achar que não deviam; 11,4% respondeu que não, por outros motivos; 4,5% afirmou que sim e 6,8% respondeu que não sabia. Estes resultados podem ser vistos no quadro III.10.

O valor de P encontrado pelo teste de T-Student foi de 0,285, pelo que se pode concluir que não existem diferenças significativas nos dois grupos de grávidas quanto a esta variável.

Quadro III.10 – Distribuição das grávidas de acordo com a procura do dentista durante a actual gravidez

Caso necessita-se, iria ao dentista, durante esta gravidez	Planea/o da gravidez		Não planea/o da gravidez	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Não, por achar que não podia	46	75,4	34	77,3
Não, por outros motivos	3	4,9	5	11,4
Sim	8	13,1	2	4,5
Não sabe	4	6,6	3	6,8
Total	61	100,0	44	100,0
Valor de P	0,285			

4.- Exame Clínico

4.1. – Índice CPO

Como se pode constatar pela análise do quadro III.11, quanto ao índice CPO para o grupo com planeamento de gravidez, a média é de 9,3% para um IC(95%) de 7,9-10,7. No respeitante ao grupo sem planeamento, a média do índice CPO é de 8,2% para um IC(95%) de 6,6-9,7.

Não encontramos diferenças significativas nos dois grupos de grávidas quanto ao índice CPO pois o valor de P encontrado foi de 0,320.

Quadro III.11– Distribuição das grávidas de acordo com o índice CPO e o planeamento da gravidez.

Índice CPO	Média	IC(95%)
Planeamento	9,3	7,9-10,7
Não planeamento	8,2	6,6-9,8
Total (plan.- não plan.)	8,9	7,9-9,9
Valor P	0,320	

Ao analisarmos o índice CPO por parâmetro, constatou-se o seguinte:

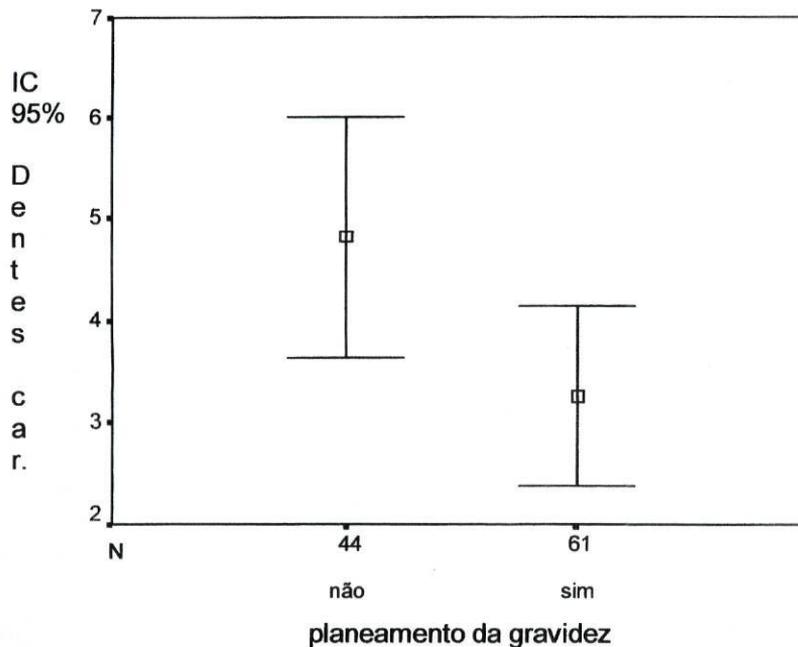
Dentes cariados (dentes registados com o código 1+2)

No que diz respeito aos dentes cariados, para o grupo que planeou a média é de 3,2 com um IC(95%) de 2,4 a 4,1. Em relação ao outro grupo, a média é de 4,8 com um IC(95%) de 3,6 a 6,0.

Pela análise do gráfico III.3 abaixo representado, verifica-se que as grávidas que planejaram a gravidez, apresentam menos dentes cariados do que o outro grupo.

De acordo com o teste de T-Student, como o valor de P encontrado foi de 0,03, podemos concluir que existem diferenças significativas nos dois grupos de grávidas.

Gráfico III.3

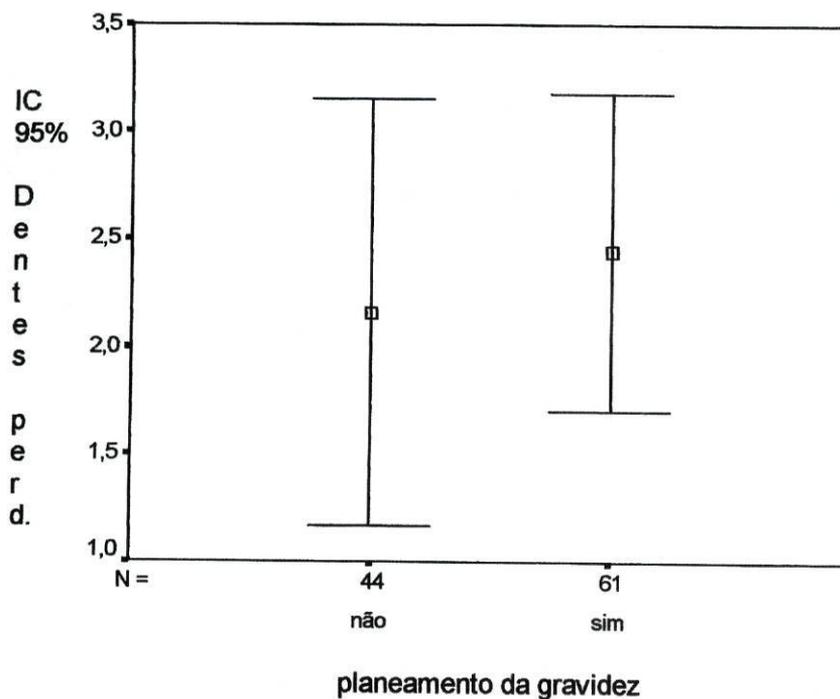


Dentes perdidos (dentes registados com o código 4)

No que diz respeito aos dentes perdidos, para o grupo que planeou, a média é de 2,4 para um IC(95%) de 1,7 a 3,2. Em relação ao outro grupo, a média é de 2,2 para um IC(95%) de 1,2 a 3,1, como pode ser visto pela análise do gráfico III.4.

De acordo com o teste de T-Student o valor de P encontrado foi de 0,638, pelo que não podemos concluir que existem diferenças significativas nos dois grupos de grávidas.

Gráfico III.4



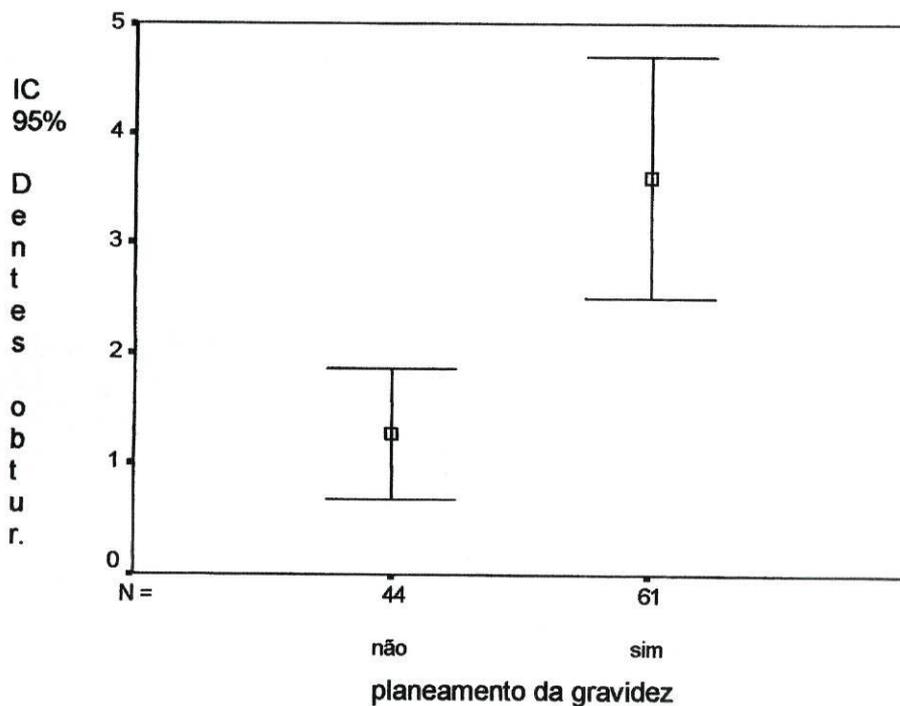
Dentes obturados (dentes registados com o código 3+7)

No que diz respeito aos dentes obturados, para o grupo que planeou, a média é de 3,6 para um IC(95%) de 2,5 a 4,7. Em relação ao outro grupo, a média é de 1,3 para um IC(95%) de 0,7 a 1,8.

No que diz respeito ao número de dentes obturados, é de realçar de acordo com o gráfico III.5, que o grupo que planeou a gravidez tem mais dentes obturados do que o outro grupo.

Foram encontradas diferenças altamente significativas em relação ao número de dentes obturados nos dois grupos de grávidas, uma vez que o valor de P encontrado foi de 0,001.

Gráfico III.5



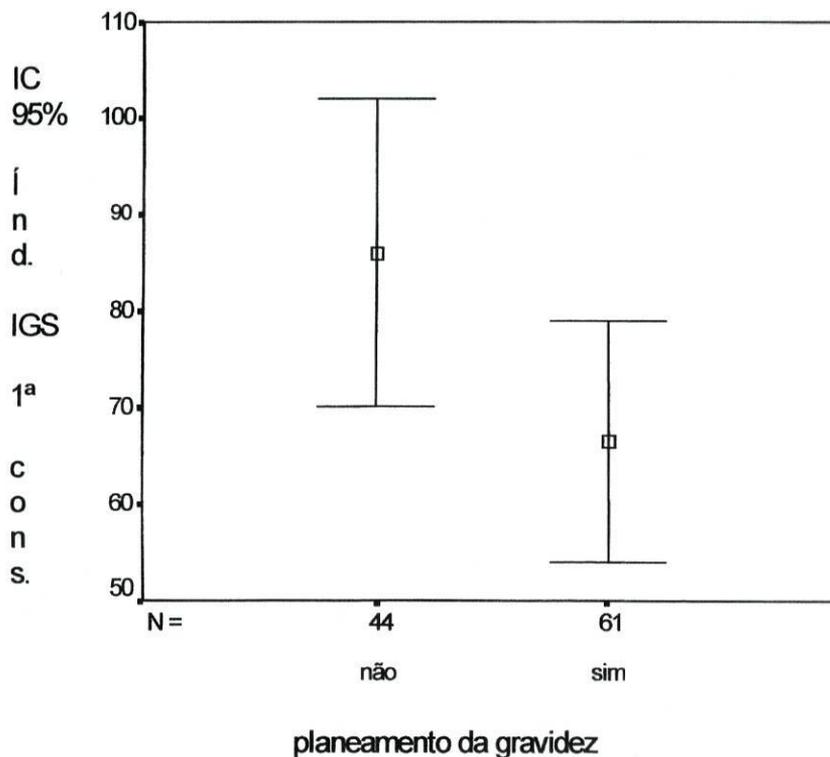
4.2. – Índice IG

Quanto ao índice IG para o grupo com planeamento de gravidez, a média é de 66,5% para um IC(95%) de 54,0-79,1%. No respeitante ao grupo sem planeamento a média do índice IG é de 86,0% para um IC(95%) de 70,2-102,0.

Analisando o gráfico III.6 pode constatar-se que as mulheres que planearam a gravidez apresentam melhor condição gengival do que o outro grupo.

De acordo com o teste de T-Student, o valor de P encontrado foi de 0,04, pelo que podemos dizer que existem diferenças significativas nos dois grupos de grávidas.

Gráfico III.6



IV – DISCUSSÃO

1.- Metodologia

1.1. - A escolha do tema

Quando decidimos realizar um trabalho, no âmbito do Mestrado de Saúde Oral Comunitária, a primeira grande questão que se nos colocou foi que grupo de população escolher para o nosso estudo. Depois de um levantamento exaustivo dos vários tipos de trabalhos publicados dentro desta área da Saúde Oral Comunitária, pudemos constatar que existe uma lacuna ao nível da Saúde Oral das grávidas. Se, por um lado isto poderia constituir um grande obstáculo devido à falta de bibliografia publicada sobre o assunto, por outro, serviu de incentivo pela vontade de explorar, ainda que de forma modesta, uma área tão pouco analisada por parte dos profissionais de Saúde Oral, como é o tema sobre o qual resolvemos desenvolver este estudo:

Grau de atenção em Saúde Oral na Grávida

Mesmo antes de começarmos, apercebemo-nos das dificuldades que iríamos encontrar pelo caminho, nomeadamente:

1. como já referimos, a bibliografia escassa existente sobre o assunto;
2. todas as crenças e medos que envolvem esta fase da vida das mulheres;
3. o facto de ser um grupo um pouco restrito dentro do grupo populacional das mulheres;
4. e também o termos de motivar as nossas grávidas para uma ida à nossa consulta numa altura em que, por exigência do seu estado, a necessidade de faltar aos seus empregos é muito grande devido ao

número de consultas a que tem de ser submetidas no acompanhamento da sua gravidez.

Optamos seguir em frente com este nosso trabalho, sobre este grupo populacional, não obstante estas e outras dificuldades que encontrámos, pois entendeu-se que a gravidez é uma fase em que existe um aumento da sensibilidade motivacional por parte da mulher o que merece ser explorado em trabalhos científicos.

Segundo alguns dados que pudemos obter da pesquisa bibliográfica que efectuámos, a informação que obtivemos foi de que o melhor momento para dar certas instruções sobre princípios sanitários básicos e nutrição é na gravidez. Nesse momento, a motivação e o interesse são elevados e podem inclusive produzir mudanças no estilo de vida e nos hábitos das futuras mães, melhorando, pois, o seu estado de Saúde.

Para alguns autores^{6,69}, a mãe é o primeiro educador; é ela quem vai determinar a maior parte dos padrões de comportamento do indivíduo. Toda a base educacional provém essencialmente da mãe.

Está demonstrado que os padrões de comportamento relativos aos hábitos de higiene se estabelecem muito cedo no homem⁶⁹. São, por isso, muito importantes os primeiros anos de vida na determinação das atitudes futuras. As mães necessitam de conhecer os preceitos básicos da Saúde Oral, por forma a serem capazes de estabelecer na criança hábitos alimentares e de higiene correctos.

O curso da gravidez contribui para a força da constituição da criança para o resto da sua vida. A gravidez é um período crucial para a Saúde da geração seguinte. Uma vez que as mulheres durante a gravidez tendem a tratar-se melhor do que em qualquer outra altura, essa é uma oportunidade fantástica para todo um mecanismo de aprendizagem. Os cuidados e a educação de qualidade, durante a gravidez, evitariam inumeráveis problemas dispendiosos mais tarde¹¹⁸.

A mãe desempenha um papel de grande importância na vida futura da criança, devido às influências que sobre ela produz; as crianças mudam, como resultado do que as mães fazem ¹¹⁹.

No contexto nacional, o baixo nível da Saúde Oral dos portugueses tem certamente múltiplas causas; mas, quando são analisadas, verifica-se que confluem na mesma problemática: *o processo educacional*.

O comportamento das mães é da maior influência sobre as crianças; há portanto um grande interesse em abordá-las, do ponto de vista da Saúde Oral Comunitária. Verifica-se, no contexto da Saúde Oral portuguesa, uma desarmonia entre as medidas sanitárias e preventivas disponíveis e o estado da Saúde Oral portuguesa: as medidas são aplicadas tardiamente na população infantil, pré-escolar e escolar.

Até à altura do ingresso nos estabelecimentos de ensino, a criança não é alvo de qualquer atenção do foro da Saúde Oral. Durante esse período, deveria ser dada à criança, através fundamentalmente da mãe, a possibilidade de estabelecer padrões correctos de higiene e alimentação, para que no seu futuro possa estar protegida da cárie dentária.

Sendo a gravidez a 1ª fase da maternidade e aquela durante a qual a mulher está mais permeável à informação, e uma vez que, no contexto da Saúde Oral, é imperioso abordar a mãe, elegeu-se a grávida como alvo do estudo.

1.2.- Selecção da amostra

O nosso estudo foi realizado com uma amostra que compreendeu 105 grávidas, residentes na área de intervenção dos Centros de Saúde de Espinho, de Modivas e respectivas Unidades de Saúde. Esta amostra foi seleccionada

pelo médico assistente (médico de família / ginecologista) de entre as grávidas que frequentavam a sua consulta e que não fossem gravidezes de risco.

As razões pelas quais os Centros de Saúde foram escolhidos para o nosso estudo, prendem-se com:

1. excelente receptividade dos responsáveis, para tal investigação científica;
2. as condições de trabalho possibilitadas, bem como pela disponibilidade dos funcionários dos Centros de Saúde que nos auxiliaram no nosso trabalho;
3. as características sócio- económicas.

O motivo pelo qual nós optamos por dois Centros de Saúde para realizar o nosso estudo, prendeu-se com uma lógica de complementaridade de grávidas, uma vez que Espinho é um meio mais urbano e Modivas um meio mais rural.

Como critério de razoabilidade, uma vez que seria impossível observar todo o universo de grávidas das populações de Espinho e Modivas, optámos por estudar unicamente aquelas grávidas que eram acompanhadas pelos Centros de Saúde/ Unidades de Saúde das localidades em questão.

A dificuldade sentida no processo de amostragem deveu-se ao facto de nem sempre o médico assistente (ginecologista) conseguir motivar as suas grávidas para a nossa consulta. O resultado verificou-se na elevada abstenção de grávidas à nossa consulta. Para além deste aspecto, outro dos motivos a que se deveu a não comparência das grávidas à nossa consulta foi a impossibilidade de faltarem ao seu trabalho, por falta de incompreensão das entidades patronais, uma vez que este é um período da vida da mulher em que, por força das circunstâncias, a grávida já tem de faltar algumas vezes por mês ao seu trabalho, a fim de poder ir às consultas de acompanhamento da gravidez.

Uma vez realçados os principais motivos para tão elevado índice de ausência e adesão às nossas consultas, a amostra que obtivemos não foi a ideal, mas a possível, face a tais desideratos.

1.3. – Análise e discussão dos elementos contidos na ficha

1.3.1. - Questionário

Na elaboração do questionário em causa, houve um especial cuidado em:

- Utilizar palavras de fácil compreensão;
- Iniciar as questões com tópicos agradáveis;
- Apresentar claramente o objectivo do referido questionário;
- Elaborar perguntas com uma linguagem cuidada mas simples;
- Mostrar um interesse pessoal nas entrevistas.

Após a realização do questionário, houve a necessidade de operacionalização das variáveis para um melhor enquadramento das mesmas e por forma a termos todas as variáveis categóricas (**anexo 7**).

A base de dados criada a partir da ficha utilizada, serviu para a execução de um outro trabalho, pelo que só algumas das questões presentes nessa ficha (**anexo 4**) e que de seguida descreveremos, foram usadas como elementos de estudo neste trabalho.

No questionário, foram recolhidos dados relativos a:

1.3.1.1 - Variáveis relacionadas com o comportamento

Planeamento da gravidez

Ao colocarmos esta questão às grávidas, pretendíamos determinar se, naquelas grávidas que antecipadamente planearam a gravidez, havia hábitos de higiene oral e comportamentais mais correctos e se os índices CPO e IGS eram mais baixos do que naquelas que não planearam. Apesar de poder haver um certo constrangimento, não nos pareceu que as respostas não fossem sinceras.

Hábitos tabágicos

O facto de a grávida fumar ou não serviu para avaliar a importância que ela atribuía ao seu estado, sobretudo quando era fumadora e havia deixado de o ser por estar grávida. Este elemento contribui, de alguma forma, para se avaliar o grau de motivação de cada mulher inquirida.

1.3.1.2. - Variáveis relacionadas com condições demográficas:

Data de nascimento

Foi registada a data de nascimento (ano e mês) e idade do último aniversário. Esta variável sofreu depois dicotomização em cinco faixas etárias. Em termos de idade, a amostra foi dividida em cinco faixas etárias, com intervalos de 5 em 5 anos porque, desta forma, conseguimos obter uma

distribuição mais uniforme das grávidas e permitiu a comparação dos grupos em estudo.

Ao dividirmos a idade nestas 5 faixas etárias, a análise dos dados estatísticos tornou-se mais relevante e permitiu-nos aferir melhor o universo em análise. Assim como já referimos anteriormente, a 1º faixa etária é onde geralmente acontecem as gravidezes precoces não planeadas, a 2ª, 3ª e 4ª faixas etárias incluem o período mais fértil das mulheres e na 5ª faixa estão as participantes que engravidaram numa fase da sua vida em que já não estavam à espera de engravidar.

Nível socio-económico

A escala de Graffar foi desenhada para determinar o nível socio-económico em populações supostamente heterogéneas, permitindo-nos colocar as grávidas em quatro categorias do nível socio-económico: alto, médio, baixo e muito baixo, tendo em conta o nível de escolaridade, a actividade profissional e a habitação (pertença, tipo, abastecimento de água potável e rede de esgotos e equipamentos da habitação).

1.3.1.3. - Cuidados de Saúde Oral

Frequência de escovagem dentária

Com esta questão, pretendíamos aferir os hábitos de higiene dentária de cada uma das participantes. Não nos pareceu que a questão pudesse suscitar alguma dúvida, tendo sido entendida pelas grávidas de forma clara sendo que muitas das respostas nos pareceram terem sido dadas por conveniência, ou por vergonha.

Frequência com que a escova é mudada

Na maior parte dos casos, a resposta a esta questão ajudou-nos a determinar a veracidade da anterior. Assim, quando a grávida afirmava que escovava os dentes 3 ou mais vezes por dia, e logo a seguir, nesta questão, nos respondia que mudava de escova de ano a ano ficávamos em dúvida quanto ao número de vezes que escovava os seus dentes.

Uso do fio dentário

Como excelente complemento da escovagem dentária, pretendíamos aferir se as grávidas conheciam e usavam o fio dentário.

Uso de palito

Nesta pergunta, interessou-nos registar quantas grávidas usavam este instrumento de higiene oral, sendo do conhecimento geral que é um hábito prejudicial à Saúde dos dentes e gengivas.

Tipo de pasta dentífrica usada (com ou sem flúor)

Ao colocarmos esta questão, a nossa intenção era registar se as grávidas sabiam que os dentífricos que usavam apresentavam flúor na sua constituição, para avaliarmos o seu grau de conhecimento sobre esta matéria.

Data da última visita ao dentista

A data da última visita ao dentista foi registada em mês e ano, sendo posteriormente dicotomizada em:

Foi há menos de 1 ano

Foi há mais de 1 ano

A dicotomização foi realizada nestes termos, uma vez que se considera que as visitas regulares ao dentista devem ser feitas com intervalos de 1 ano

Esta questão foi formulada para determinarmos se tinha havido, por parte das grávidas que obviamente planearam a gravidez, o cuidado de procurarem o dentista a fim de realizarem um check up dentário antes de engravidarem e, nas restantes para aferir a periodicidade das suas visitas ao dentista.

Procurou o dentista durante a gravidez (nos casos de gestações anteriores)

Formulámos unicamente esta pergunta às grávidas que já tinham tido gestações anteriores, para determinarmos se o grau de atenção dado à sua Saúde Oral nesta gravidez tinha sido diferente da(s) anterior(es).

Caso necessitasse, iria ao dentista nesta gravidez

Ao colocarmos esta questão às grávidas, pretendíamos saber se, para além de estarem informadas, também estariam educadas acerca dos cuidados de Saúde Oral que deveriam ter, durante a gravidez.

1.3.2. – Exame clínico

1.3.2.1. – Índice CPO

O registo da cárie dentária foi efectuado de acordo com os critérios ditados pela OMS, descritos na 4ª edição do Oral Health Surveys- Basic methods ¹¹³.

Nos critérios do CPO usados no nosso estudo foram introduzidas algumas alterações, com vista a simplificar a recolha efectuada.

Essas alterações foram:

- Não dividimos o dente em coroa e raiz no índice CPO porque nos facilitou a recolha e só precisávamos dele para avaliar as condições de Saúde Oral no todo.
- Não colocamos os sisos porque as condições de dificuldade do exame eram grandes.

Índice CPO por componente (C, P, e O)

Num levantamento do índice CPO, em geral, calcula-se o valor médio do índice e de seus componentes. Os componentes do índice podem ser paralelamente expressos sob a forma de percentagem, em relação ao índice total, como forma de ilustrar o estado de tratamento de uma população¹²⁰.

1.3.2.2. – Índice IG

A não utilização do índice CPI recomendado pela OMS para o registo do estado periodontal recaiu sobre o facto de ser um índice muito complexo para obter os resultados para o trabalho que pretendíamos executar.

Este índice foi especialmente criado para servir de apoio ao outro trabalho que foi realizado paralelamente a este, sendo o objectivo principal desse estudo o de avaliar o efeito da clorhexidina em casos de gengivite gravídica. Trata-se de uma afecção muito frequente na gravidez, mas que, só em casos muito graves, evolui para situações que atingem outras estruturas periodontais para além da gengiva.

Deste modo, optamos pelo uso de um índice mais simples e de rápida execução, com o qual pudéssemos verificar facilmente alterações gengivais.

Usamos, para tal, o índice gengival de Loe & Silness com algumas alterações, tendo em vista a sua simplificação.

Sabemos que esta opção está sujeita a críticas, mas temos de referir que o uso deste método se revelou de um alto valor prático e poderá, por ventura, servir de base a trabalhos futuros nesta área, sobretudo para a execução de trabalhos mais simples, ou quando se pretendam obter dados, numa primeira amostra.

1.4. – Processamento dos dados

Este foi um dos pontos mais difíceis do nosso trabalho porque, apesar de termos alguns conhecimentos básicos sobre tratamento de dados, estes mostraram-se insuficientes para a análise estatística que precisamos de realizar.

2. – Análise dos resultados

Na pesquisa bibliográfica que efectuámos, não encontramos muitos trabalhos publicados que versassem sobre o tema Saúde Oral e gravidez e, muito menos, especificamente sobre o estudo que realizamos.

Sendo assim, não foi possível comparar resultados acerca de estudos que tivessem incidido sobre o mesmo tema, mas sim sobre alguns estudos que versaram sobre Saúde Oral e gravidez.

Um estudo (E1) abordando grávidas e cuidados dentários foi realizado a mulheres que tinham sido mães à relativamente pouco tempo, no North Dakota, sendo o objectivo desse estudo identificar quais os principais factores que levaram essas mães a não terem procurado cuidados dentários durante a gravidez.

Para o efeito, foi elaborado um questionário para obter informação acerca do tipo de cuidados dentários recebidos, durante e após a gravidez, no qual constavam duas perguntas:

1. A primeira questão colocada foi saber se essas mulheres tinham visitado o dentista, para exame ou tratamento durante a gravidez.
2. A segunda questão efectuada foi saber qual a principal razão que levou essas mulheres a não visitarem o dentista ².

Um outro estudo (E2) foi realizado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), pelo Prof. Doutor Acácio Couto Jorge, tendo como objectivo principal determinar se haveria relação entre cárie dentária e gravidez ⁶³.

2.1 - Faixa etária

Em termos de faixa etária, podemos verificar, pela análise dos resultados, que a maior percentagem de mulheres que planeou a gravidez apresenta idades compreendidas entre os 20-34 anos (faixas etárias 2,3 e 4).

Em contrapartida, a maior percentagem das que não planeou a gravidez apresenta idades compreendidas entre os 15-29 anos (faixas etárias 1,2 e 3). É notório que as gravidezes não planeadas ocorrem em idades mais precoces do que as planeadas.

No estudo (E1) acima referido que incidiu em mulheres com sensivelmente as mesmas faixas etárias do nosso estudo (15-45 anos), a maior percentagem de gestações ocorreu no grupo dos 20-34 anos.

O estudo (E2) englobou grávidas dos 17 aos 41 anos, tendo o maior número de gravidezes acontecido nos 25, 27 e 36 anos.

2.2 - Classe social

Em termos de classe social, podemos verificar que a maior percentagem de grávidas pertencentes aos dois grupos se inclui na classe social baixa, devendo-se isto ao facto de o nosso estudo ter incidido em áreas geográficas carenciadas.

No entanto, como se pode ver pela análise dos resultados, no grupo que planeou, 16 das grávidas são da classe social média, 4 da classe social alta e 41, da classe social baixa, enquanto que no outro grupo, somente 4 das mulheres pertencem à classe social média, não havendo nenhuma na classe social alta, encontrando-se as restantes 40 na classe social baixa.

Isto é compreensível se pensarmos que as mulheres das classes sociais média e alta têm um maior nível educacional e, portanto, mais informação que lhes permitiu fazer um planeamento antecipado da gravidez.

No estudo E1, não nos é possível poder comparar as classes sociais pois, para além de o estudo ter sido realizado noutro país, desconhecemos qual o critério usado para definir a classe social.

No estudo E2, das 170 grávidas examinadas, 1 pertencia ao estrato sócio-económico alto-médio, 46 ao estrato médio, 121 ao médio-baixo e 2 ao

estrato baixo. Este estudo utilizou, para a determinação dos estratos socio-económicos, a escala de Graffar.

2.3 - Hábitos de higiene oral

A nível dos hábitos de higiene oral, não encontramos diferenças significativas entre os dois grupos de grávidas.

Isto parece demonstrar um grau de informação de todas as grávidas acerca dos hábitos de higiene dentária, independentemente de algumas delas os preconizarem ou não.

2.4 - Data da última visita ao dentista

Os resultados encontrados, no que diz respeito à data da última visita ao dentista, mostram-nos que mais de metade ($n=39 - 63,9\%$) das grávidas que planearam a gravidez visitaram o dentista, há 1, ou menos de 1 ano; enquanto que no outro grupo, a relação é inversa, isto é, mais de metade das mulheres ($n=28 - 63,6\%$) visitaram o dentista, há mais de 1 ano.

Parece, pois, verificar-se que o grupo que planeou a gravidez, para além de estar mais bem informado acerca dos cuidados de Saúde Oral, é também o grupo que apresenta talvez melhores possibilidades económicas para procurar os serviços médico- dentários antes de engravidarem.

2.5 - Procurou o dentista, durante a gravidez (nos casos de gestações anteriores)

Quando perguntámos às grávidas que já tinham tido gestações anteriores, se tinham procurado o dentista nessas gestações, a resposta mais ouvida em ambos os grupos foi que não, o que demonstra a grande falta de informação e de educação que as mulheres grávidas têm no que diz respeito à procura do dentista durante a gravidez.

No estudo E1, quando se perguntou às grávidas se tinham visitado o dentista durante a gravidez (para exame ou tratamento), 43,2% respondeu que sim e 56,8% disse que não.

As principais razões apontadas pelas grávidas para não terem procurado o dentista foram:

- 46,7% não teve qualquer problema,
- 14,4% não ter dinheiro,
- 11,5% nem sequer ter pensado nisso.

2.6 - Caso necessitasse, iria ao dentista nesta gravidez

A esta questão, mais uma vez, a resposta mais ouvida, nos dois grupos de grávidas, foi a de que não por acharem que as grávidas não podiam ir ao dentista.

Parece, pois, haver grandes lacunas de formação, informação e de educação, no que diz respeito à Saúde Oral e aos cuidados que podem ser prestados às grávidas.

2.7 - Dentes cariados

A nível dos dentes cariados, verificou-se, pela análise dos resultados, que as mulheres que planearam a gravidez apresentam menos dentes cariados do que as que não planearam.

Assim, temos que o primeiro grupo (planeamento) apresenta uma média de 3,2 dentes cariados, para um intervalo de confiança (IC) a 95% de 2,4 - 4,1; no segundo grupo (não planeamento), a média é de 4,8, para um IC a 95% de 3,6 - 6,0.

Se tivermos presente que a quase totalidade das grávidas que não fez o planeamento da gravidez, pertence à classe social baixa, e é também o grupo que visitou o dentista há mais tempo, não é difícil perceber por que razão são também as que apresentam um maior número de dentes cariados.

2.8 - Dentes perdidos

No que diz respeito ao número de dentes perdidos, não parecem verificar-se grandes diferenças nos dois grupos.

Assim, no que diz respeito ao primeiro grupo (planeamento), a média é de 2,4 para um IC a 95% de 1,7 - 3,2; no segundo grupo (não planeamento), a média é de 2,2, para um IC a 95% de 1,2 - 3,1.

2.9 - Dentes obturados

Relativamente aos dentes obturados, verifica-se que, no grupo que planeou, a média é de 3,6, para um IC a 95% de 2,5 - 4,7; já no grupo que não planeou, a média é de 1,3, para um IC a 95% de 0,7 - 1,8.

A mesma análise que fizemos para os dentes cariados pode ser feita para os dentes obturados, isto é, se tivermos presente que a quase totalidade das grávidas que não fez o planeamento da gravidez, pertence à classe social baixa e é também o grupo que visitou o dentista há mais tempo, não é difícil perceber por que razão são também as que apresentam um menor número de dentes obturados.

2.10 - Índice Gengival

No que diz respeito ao índice gengival, verificámos que a média do primeiro grupo (planeamento) é de 66,5, para um IC a 95% de 54,0 – 79,1; no segundo grupo (não planeamento), a média é de 86,0, para um IC a 95% de 70,2 – 102,0.

Mais uma vez, parece verificar-se que os cuidados de Saúde Oral que as grávidas que planearam a gravidez praticam são maiores, quando comparados com o outro grupo.

Perante a análise destes resultados, poder-se-á afirmar que as mulheres que planearam a gravidez, comparativamente às que não planearam:

- foram há menos tempo ao dentista,
- têm menos dentes cariados e mais obturados,
- e apresentam melhor condição gengival.

Outro aspecto a salientar, como conclusão deste trabalho é que:

- as grávidas (quer as que planearam, quer as que não planearam) evitam consultar o dentista durante a gravidez.

Assim, e apesar de termos encontrado algumas diferenças significativas entre o grupo que planeou e o grupo que não planeou a gravidez, no que diz respeito a algumas variáveis por nós estudadas, relativamente à questão de fundo deste trabalho, a conclusão a que os resultados apontam permite-nos dizer que:

O grau de atenção em Saúde Oral nas grávidas é muito pouco.

Pareceu-nos, ao longo do trabalho que desenvolvemos, que a educação para a Saúde Oral, nas mulheres grávidas, ainda é muito baixa.

Deveria ser incluído, no acompanhamento pré-natal das grávidas, pelo menos, duas consultas ao médico dentista.

O que se verifica é que a informação sobre os cuidados a ter, antes e durante a gravidez, relativamente à Saúde Oral, fornecida pelos respectivos médicos de família e médicos dentistas ou não é fornecida, ou é dada de uma forma inadequada.

As entidades públicas e privadas responsáveis precisam de desenvolver mecanismos para eliminar as barreiras à procura dos cuidados de Saúde Oral, por parte das mulheres grávidas, e informar/educar as mulheres acerca da importância da prevenção dentária durante a gravidez.

Estas são considerações importantes a ter em conta, à medida que novos sistemas de cuidados de Saúde Oral forem sendo criados.

A educação para a Saúde Oral nas grávidas precisa de ser desenvolvida e incluída em todos os programas pré-natais.

As mensagens sobre a prevenção da Saúde Oral devem ser incorporadas em todos os programas pré-natais para que a Saúde Oral seja uma parte da totalidade dos cuidados de Saúde de que a grávida beneficia.

Médicos dentistas, médicos generalistas e ginecologistas-obstetras e outros profissionais de Saúde que participam na prestação de cuidados de Saúde pré-natal deviam encorajar todas as mulheres, em idade fértil, a procurar conselhos sobre Saúde Oral e a serem examinadas logo que saibam que estão grávidas.

As pacientes grávidas deveriam ser informadas que, prevenindo, evitam o aparecimento de uma grande parte das doenças dentárias que surgem aquando da gravidez ².

Informação escrita específica sobre higiene oral, controlo de placa, nutrição e desenvolvimento dentário deveriam estar disponíveis para todas as mulheres grávidas ²³.

A atenção odontológica das mulheres grávidas tem sido, frequentemente, subestimada apesar de se reconhecer a alta incidência de problemas buco- dentários relacionados com a gravidez.

O melhor momento para dar certas instruções sobre princípios sanitários básicos e nutrição é durante a gravidez porque esse é um período onde a motivação e o interesse são grandes e podem, inclusive, modificar o estilo de vida e os hábitos da paciente, no sentido de melhorar o seu estado de Saúde. Durante os cursos de preparação para o parto, seria importante incluir informação sobre cuidados de Saúde Oral.

Apesar de ser do conhecimento geral que a gravidez pressupõe uma mudança importantíssima nas condições de Saúde Oral, parece um paradoxo que, no primeiro exame a que são submetidas as grávidas e no acompanhamento seguinte, não seja incluído um exame oral, nem tão pouco valorizada a sua Saúde Oral ¹⁷.

A importância destas observações sobre a patologia oral habitual na grávida faz-nos alertar para o facto de sendo a mulher grávida mais susceptível às doenças periodontais, deveria receber tratamentos supervisionados de Saúde Oral e deveriam ser intensificados os serviços preventivos durante a gravidez.

As pacientes grávidas deveriam ser informadas e educadas que, devido ao seu estado, apresentam um risco aumentado de terem doenças periodontais. Elas deveriam ser informadas como executar diariamente os procedimentos mais adequados de higiene oral, tendo em conta o seu estado.

As pacientes deveriam também saber que as limpezas de dentes devem ser feitas mais regularmente do que antes de estarem grávidas.

Mais uma vez, vamos frisar que os serviços preventivos de Saúde Oral deveriam ser uma rotina inserida dentro dos outros cuidados pré-natais

41,42,97,121

V - RESUMO

“Por cada filho, cada dente”.

Desde há muito que é conhecida a associação da gravidez com problemas na cavidade oral. Contudo, continua a ser um período onde se tem negligenciado, quer a atenção para estes problemas, assim como na prestação de cuidados de Saúde Oral.

Para avaliar o estado da cavidade oral e determinar o grau de atenção em Saúde Oral das grávidas, foi elaborado um estudo transversal.

Foram observadas 105 grávidas, residentes nas áreas de intervenção dos Centros de Saúde de Espinho e Modivas. A amostra foi seleccionada pelos médicos assistentes e encaminhada para a consulta, criada especificamente nos Centros de Saúde visitados.

Foi elaborado um inquérito por questionário, para registar os hábitos de higiene oral das participantes. O questionário foi realizado por entrevistadores treinados e efectuado um exame clínico para determinar a condição dentária e gengival por examinadores calibrados.

Para o registo dentário, utilizou-se o índice CPO segundo critérios definidos pela OMS; para análise da situação periodontal, foi usado o índice gengival de Løe & Silness simplificado.

Das mulheres observadas, 96,2% apresentou sinais de gengivite. A média do CPO registado foi de 8,9.

Encontraram-se diferenças significativas entre as mulheres que planearam a gravidez e as mulheres que não planearam relativamente ao índice gengival, aos componentes cariado e obturado do índice CPO e à data da última visita ao dentista.

Perante estes resultados, poder-se-á afirmar que as mulheres que planearam a gravidez comparativamente às que não planearam:

- Apresentam melhor condição gengival,
- Têm menos dentes cariados e mais obturados,
- E foram há menos tempo ao dentista.

Apesar dos resultados encontrados, há uma outra conclusão que temos que retirar deste trabalho que é a de que quase todas as grávidas observadas disseram que, se precisassem, tinham um certo receio em procurar o dentista durante a gravidez.

Existem ainda muitos receios e muitos mitos acerca deste período da vida das mulheres que precisa de ser desvanecido, para o bem estar da Saúde Oral das grávidas, numa altura em que por força das circunstâncias as condições dentárias e gengivais não são efectivamente as melhores.

Assim, urge **educar e consciencializar** a mulher para tais problemas, no sentido de os minimizar, durante a gravidez

VI – ABSTRACT

“For each son, each tooth”.

During the times, pregnancy has been associated with oral cavity problems. However, it continues to be a period, where the attention to this problems, as well as the oral health cares are forgotten.

In order to evaluate the oral cavity study, and to determinate the degree of attention in pregnant's oral health, a transversal study has been made.

An universe of 150 pregnant women was analysed, all from the areas of Espinho and Modivas' Health Centres. The sample was selected by assistant doctors and conducted to an appointment, specially created in the visited Health Centres.

An enquiry by questionnaire was created, in order to register the oral hygiene habits of the participants.

A questionnaire was made by trained interviewers, as well, as a clinical exam, in order to determinate the dental/gum condition by graduated examiners.

The CPO index was used for the dental register (through OMS criterias).

The Löe & Silness gum index was used for the analysis of the periodontal situation.

96,2% of analysed women shown gingivitis signs. The CPO average registered was 8,9.

We found differences between women that planned the pregnancy and the women that didn't, in gum index, caries and obturation components of the CPO index and in the date of the last Dentist appointment.

Through these results we can say that the women that planned the pregnancy, comparatively to the women that didn't:

- Show better gum conditions
- Have less caries and obturations
- They have been regularly to the dentist

In spite of the results, there is another conclusion that we must take from this work. Almost all the analysed pregnant women said that, if necessary, they would be afraid to consult the dentist, during the pregnancy period.

A lot of fears and myths still prevailed during this period of women's life. On the behalf of the pregnant women's oral health these fears must be neutralized in a period where the dental/gum conditions are not the best, indeed.

During the pregnancy, it is urgent to educate women and to be aware of these problems in order to neutralize them.

VII – BIBLIOGRAFIA

1. Gonçalves Ferreira FA. Protecção materno infantil. In: Modema Saúde Pública. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1978; 781-798.
2. Mangskau KA, Beth Arrindell RD. Pregnancy and oral health: utilization of the oral health care system by pregnant women in North Dakota. *Clinical Feature Northwest Dentistry* 1996; 75: 23-28.
3. Moniaci D, Anglesio G, Lojacono A, Garavelli M. Dental treatment during pregnancy. *Minerva Stomatol* 1990; 39: 905-909.
4. Alonso PR. Motivation, ajuste y frustracion. In: Alonso PR, Medina León A, Rubio Sanchez JL, eds. *Psicología Médica*. Madrid: Mcgraw- Hill InterAmericana, 1996; 181-200.
5. Wilkins EM. The pregnant patient and the newborn infant. In: *Clinical practice of the dental hygienist*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1989; 545-552.
6. Miller M. The pregnant dental patient. *CDA Journal* 1995; 23: 63-69.
7. Arafat AH. Periodontal status during pregnancy. *J Periodontol* 1974; 45: 641-643.
8. Tarsitano BF, Rollings RE. The pregnant dental patient: evaluation and management. *Gen Dent* 1993; 41: 226-231.
9. Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers. *Int Dent J* 1981; 14: 8-12.
10. Doshi MC. A study of dental habits, knowledge and opinions of nursing mothers. *J Can Dent Ass* 1985; 22: 42-49.
11. Rose LF, Kaye D. Embarazo. In: *Medicina interna en odontologia*. Barcelona: Salvat Editors, 1991; 27-34.
12. Ziski DE. The incidence of dental caries in pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 12: 710-719.

13. Masoni S, Panattoni E, Rolla P, Rossi M, Giuca MR. Problematiche odontoestomatologiche connesse alla gravidanza. Un indagine statistica. *Minerva Stomatol* 1991; 40(12): 791-796.
14. Rothwell BR, Gregory CB, Sheller B. The pregnant patient: considerations in dental care. *Spec Care Dentist* 1987; 7: 124-128.
15. Schwartz M, Holmes HI, Schwatz SS. Care of the pregnant patient. *Can Dent Assoc J* 1987; 53: 299-304.
16. Little JW, Falad DA, Miller CS. Pregnancy and breast feeding. In: *Dental management of the medically compromised patient*. St. Louis: Mosby, 1997; 434-442.
17. Rodriguez JL, Machuca G, Machuca C. Consideraciones sobre el tratamiento odontológico integrado en la paciente gestante. *Rev Europ Odont Estomatol* 1996; 3: 73-79.
18. Sanchis Bielsa JM. Manifestaciones orales en el embarazo y consideraciones odontoestomatológicas. In: Bágan Sebastián JV, Ceballos Salobrenã A, Bermejo Fenoll A, Aguirre Urizar JM, Peñarrocha Diago M, eds. *Medicina Oral*. Barcelona: Masson, 1995; 662-671.
19. Sooriyamoorthy M, Gower DB. Hormonal influences on gingival tissue: relationship to disease. *J Clin Periodontol* 1989; 16: 67-72.
20. Stamm JW. Epidemiology of gingivitis. *J Clin Periodontol* 1986; 13: 360-366.
21. Mombelli A, Gusberti FA. Gingival health and gingivitis development during puberty. A 4-year longitudinal study. *J Clin Periodontol* 1989; 16: 451-456.
22. Partridge WM. Transport of protein-blund hormones into tissues in vivo. *Endocrine Reviews* 1981; 55: 1371-1380.
23. Moniaci D, Vercellino G, Lojacono A, Crupi VM, Garavelli M. Gingivitis in pregnancy. The clinical manifestations, pathogenesis and treatment. *Minerva Stomatol* 1990; 39: 785-788.
24. Ramfjord SP, Ash MM. *Periodontology and periodontics*. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1979; 438-441.

25. Carranza FA. Influências endocrinológicas na etiologia da enfermidade periodontal. In: *Periodontia Clínica de Glickman*. Philadelphia. Ed. Interamericana, 1985; 29: 458-473.
26. Mohamed A, Waterhouse J, Friederich H. The microvascularization of the rat gingiva as effected by progesteron. An ultrastrutural study. *J Periodontol* 1974; 45: 50-56.
27. Lindhe J, Branemark PI. Changes in microcirculation after local application of sex hormones. *J Periodont Res* 1967; 2: 185-190.
28. Amar S, Chung KM. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. *Periodontol- 2000* 1994; 6: 79-87.
29. Bulhosa JF. Saúde Oral e gravidez. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 1998; 39: 233-242.
30. Ojanotko Harry AO, Harri MP, Hurttia HM, Sewon LA. Altered tissue metabolism of progesterone in pregnancy gingivitis and granuloma. *J Clin Periodontol* 1991; 18: 262-266.
31. Conde JM, Inglés M, Roldán P. Enfermedad paradontal en el embarazo. *Rev Esp Estomatol* 1981; 29: 179-190.
32. Fiese R, Herzog S. Issues in dental and surgical management of the pregnant patient. *Oral Surg* 1988; 65: 292-297.
33. Alantar S, Catala M, Cavaillon JP. Le syndrome hypotensif du décubitus dorsal de la femme enceinte au cabinet dentaire. *Actual Odontoestomatol* 1987; 41: 19-324.
34. Alantar S, Pelissier A. Le syndrome hypotensif du décubitus dorsal chez la femme enceinte. *Chir Dent Fr* 1988; 54: 43-45.
35. Gier RE. Dental management of the pregnant patient. *Dent Clin North Am* 1983; 27: 419-429.
36. Daly WJ, Loke JS. Fisiopatología respiratoria. In: Stein JH, eds. *Medicina interna*. Barcelona: Salvat Editors, 1991; 563-571.
37. Torsiglieri AJ, Lawrence WC. Otolaryngologic manifestations of pregnancy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 102: 293-297.

38. Goldman HM, Walter Cohen D. General health status: effect on periodontal disease and therapeutic response. In: Periodontal therapy. St. Louis: The C. V. Mosby Company, 1980; 156-176.
39. Scott JR. Spontaneous abortion. In: Danforth's obstetrics and gynecology. Philadelphia: JB Lippincott Editors, 1990; 190-214.
40. Fiese R, Herzog S. Issues in dental and surgical management of the pregnant patient. Oral Surg 1988; 65: 292-300.
41. Armitage GC. Systemic factors influencing periodontal diseases. In: Perry DA, Beemsterboer PL, Taggart EJ, eds. Periodontology for the dental hygienist. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1996; 325-358.
42. Masoni S, Panattoni E, Rolla P, Rossi M, Giuca MR, Gabriele M. Stomatological problems related to pregnancy. A statistical study. Minerva Stomatol 1991; 40: 791-796.
43. Fiorentini F, Trozi F. Las manifestaciones gingivales durante la gestación. Avanc Odontoestomatol 1991; 7: 741-745.
44. Lopatin DE, Kornman KS, Loesche WJ. Modulation of immunoreactivity to periodontal disease-associated microorganism during pregnancy. Infect Immun 1980; 28: 713-718.
45. Rossi G. Gingivitis de embarazo. Rev Asoc Odontol Argent 1987; 75: 76-80.
46. O'neil TA. Maternal T-lymphocyte response and gingivitis in pregnancy. J Periodontol 1979; 16: 178-184.
47. Raber JE, Zeijlemaker WP, Meinesz AP, Abraham L. CD4 to CD8 and in vitro lymphoproliferative responses during experimental gingivitis in pregnancy and post-partum. J Periodontol 1991; 62: 663-667.
48. Armas L, Sotres J, Alfonso N. Estudio de la enfermedad paradontal y la higiene bucal en un grupo de embarazadas. Rev Cub Estomatol 1987; 24: 173-181.
49. Karolus JA. A dental hygienist's approach to pregnancy and nutrition. Dent Hyg 1980; 54: 267-273.
50. Lie H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. Prevalence and severity. Acta Odontol Scand 1963; 21: 533-551.

51. Miyazaki H, Yamashita Y, Shirahama R, Gotokimura K. Periodontal condition of pregnant women assessed by CPITN. *J Clin Periodontol* 1991; 18: 751-754.
52. Chicco G, Gennai A, Ceccherini M, Marelli R, Pallassini A. Gingival changes in pregnancy. *Stomatol Mediterr* 1989; 9: 311-317.
53. Indelicato F, Greco S, Messina G. Periodontal disease during pregnancy. *Stomatol Mediterr* 1989; 9: 49-55.
54. Machuca G, Khoshfeiz O, Lacalle JR, Machuca C, Bullon O. The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women. *J Periodontal* 1999; 70: 779-785.
55. Redford M. Beyond pregnancy gingivitis: bringing a new focus to women's oral health. *J Dent Educ* 1993; 57: 742-748.
56. Zachariassen RD. Ovarian hormones and oral health: pregnancy gingivitis. *Compendium* 1989; 10: 508-512.
57. Silverstein LH, Burton CH, Gamick JJ, Singh BB. The late development of oral pyogenic granuloma as a complication of pregnancy: a case report. *Compend Contin Educ Dent* 1996; 17: 192-198.
58. Wang PH, Chao HT, Lee WL, Juan CC. Severe bleeding from a pregnancy tumor. A case report. *J Reprod Med* 1997; 42: 359-362.
59. Daley TD. Pregnancy tumor: an analysis. *Oral Surg* 1991; 72: 196-199.
60. Lance E, Schatz C, Nach R, Thomas P. Pyogenic granuloma gravidarum of the nasa fossa. *J Comput Assist Tomogr* 1992; 16: 663-664.
61. Steelman E, Holmes D. Pregnancy tumor in a 16 year old: case report and treatment considerations. *J Clin Pediatric Dent* 1992; 16: 217-218.
62. Butler EJ, Macintyre DR. Oral pyogenic granuloma. *Dent-Update* 1991; 18: 194-195.
63. Jorge AC. Cárie dentária e gravidez [Thesis]. Porto: Fac. Med. Dent. Univ. Porto, 1995. 193 p.

64. Pereira A. Epidemiologia da cárie dentária: conceitos básicos e metodologia. In: Cáries dentárias. Etiologia, epidemiologia e prevenção. Porto: Medisa, 1993; 113-142.
65. Vadiakas G, Lianos C. Correlation between pregnancy and dental caries. *Hell Stomatol Chron* 1998; 32: 267-272.
66. Goepferd SJ, Garcia Godoy F. Preventive oral health in early childhood. In: Harris NO, Garcia Godoy F, eds. *Primary Preventive Dentistry*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1999; 455-474.
67. Chiodo GT, Rosenstein DI. Dental treatment during pregnancy: a preventive approach. *J Am Dent Assoc* 1985; 110: 365-368.
68. Goracci G, Grimaldi G, Gagliardi S. I trattamenti odontoiatrici in gravidanza: possibilità e limitazioni. *Riv Ital Stomatol* 1984; 11: 789-794.
69. Blinkhorn AS. Dental preventive advice for pregnant and nursing mothers: sociological implications. *Int Dent J* 1981; 31: 14-19.
70. Serman NJ, Singer S. Exposure of the pregnant patient to ionizing radiation. *Ann Dent* 1994; 53: 13-15.
71. Jacobs R, Steenberghe D. Radiographic evaluation of the areas to be implanted. In: *Radiographic planning and assessment of endosseous oral implants*. Berlin: Springer, 1998; 7-30.
72. Bean LR Jr, Devore WD. The effects of protective aprons in dental roentgenography. *Oral Surg* 1969; 28: 505-508.
73. Laws PW: A consumer's guide to avoiding unnecessary medical and dental x-rays. In: *The x-ray information book*. New York: Straus & Giroux, 1983; 58-63.
74. Brent RL, Gorson RO. Radiation exposure in pregnancy. *Curr Probl Radiol* 1972; 2: 1-48.
75. Danforth RA, Gibbs SJ. Diagnostic dental radiation: what's the risk. *J Calif Dent Assoc* 1980; 28: 28-35.
76. Whaites E. The biological effects and risks associated with x-rays. In: *Essentials of dental radiography and radiology*. London: Churchill Livingstone, 1996; 25-32.

77. Mole RH. Radiation effects on pre-natal development and their radiological significance. *Br J Radiol* 1979; 52: 89-101.
78. Smith ND. Dental radiography during pregnancy. *Br Dent J* 1982; 152: 346-340.
79. Sculy C. Dental radiography during pregnancy. *Br Dent J* 1982; 8: 36-39.
80. Abad FJ, Peirats MP. Medicamentos y embarazo: factores de riesgo. *Servei Valencià de Salut. Comissió de farmacia. Bol Inform Med* 1991; 11: 27-28.
81. Serrano JS, Serrano MI, Rodriguez JN. Uso de medicamentos durante el embarazo. *Medicine* 1991; 92: 3607-3616.
82. Galego Feal JP, Menéndez JM, Solis Sanchis JL. Embarazo, lactancia materna y medicamentos. *Med Integral* 1987; 10: 437-443.
83. Fernandez E, Michea L. Revisión sobre farmacoterapia y embarazo en clínica odontoestomatológica. *Arch odontoestomatol* 1990; 6: 31-46.
84. Food and Drug Administration. Pregnancy categories for prescription drugs. *FDA Drug Bull* 1982; 12: 24-25.
85. Roche Y, Pelissier A, Girard P. Antibiotiques prescrits en thérapeutique dentaire. Inocuité et toxicité chez la femme enceinte. *Actual Odontoestomatol* 1987; 41: 325-343.
86. Serrano MI, Serrano JS, Garrido A. El empleo racional de los antibióticos durante el embarazo. *Medicina Integral* 1992; 20: 186-194.
87. Niebyl JR. Teratology and drugs in pregnancy and lactation. In Scott JR eds. *Danforth's obstetrics and gynecology*. Philadelphia: JB Lippincott, 1990; 60-82.
88. Rood JP. Local anaesthetics in pregnancy. *Br Dent J* 1989; 21: 136-166.
89. Caldera R, Chavinié J, Laurent A, Fermanian J. Fluor et grossesse. *Actual Odontoestomatol* 1987; 41: 277-289.
90. Driscoll WS. A review of clinical research on the use of prenatal fluoride administration for prevention of dental caries. *ASDC J Dent Child* 1981; 48: 109-112.

91. Thylstrup A. Is there a biological rationale for prenatal fluoride administration? *ASDC J Dent Child* 1981; 48: 103-105.
92. Glenn FB. Immunity conveyed by a fluoride supplement during pregnancy. *J Dent Child* 1977; 44: 391-395.
93. Glenn FB, Glenn WD III, Duncan RC. Fluoride tablet supplementation during pregnancy for caries immunity: a study of the offspring produced. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143: 560-564.
94. Glenn FB, Glenn WD III, Duncan RC. Letter to the editor. *J Dent Res* 1992; 71: 1754-1755.
95. Newbrun E. Anticaries agents. In: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FY, eds. *Pharmacology and therapeutics for dentistry*. St. Louis: Mosby, 1998; 590-597
96. Rosell FL, Montandon Pompeu AA, Valsecki Jr A. Registro periodontal simplificado em gestantes. *Rev Saúde Publica* 1999; 33: 157-162.
97. Malerba A, Strohmenger L, Toselli A. Stomatologic prevention in pregnancy. *Prev Assist Dent* 1987; 13: 29-31.
98. Chenger P, Kovacik A. Dental hygiene during pregnancy: a review. *J Matern Child Nurs* 1987; 12: 342-343.
99. Rodriguez Baciero G. Influencia de la higiene oral en la gingivitis del embarazo. *Rev Actual Estomatol Esp* 1987; 47: 29-39.
100. Beck-Coon RJ, Beck-Coon KA. Dental treatment in the pregnant or nursing patient. *Gen Dent* 1982; 30: 237-240.
101. Littner MM, Kaffe I, Tamse A, Moskona D. Management of the pregnant patient. *Quintessence Int* 1984; 15: 253-260.
102. Diaz Romero RM, Martinez Sanchez C, Vertiz Ramirez Y, Rodriguez Saldivar M. Mitos, prejuicios y realidades del tratamiento odontologico durante el embarazo. *Opinion medica. D F Ginec Obstet Mex* 1998; 66: 507-511.
103. Graen G, Haseloff G. Motivational sensitivity of pregnant women for oral hygiene and use of fluoride tablets. *Dtsch Zahnarztl Z* 1991; 46: 626-629.

104. Gunay H, Goepel K, Stock KH, Schneller T. Position of health education knowledge concerning pregnancy. *Oralprophylaxe* 1991; 13: 4-7.
105. Goepel E, Goepel K, Stock KH, Gunay H. The need for cooperation between the gynecologist and dentist in pregnancy. A study of dental health education in pregnancy. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1991; 51: 231-235.
106. Slavkovic V, Pantic V, Slavkovic Andric M. The effect of knowledge regarding the importance of oral health in pregnancy. *Srp Arh Celok Lek* 1997; 125: 168-170.
107. Giuliana G. Dental education of parents in the prenatal period. *Stomatol Mediterr* 1989; 9: 57-60.
108. Chaves MM. Pesquisa. In: *Odontologia Social*. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1977; 407-419.
109. Gonçalves Ferreira FA. Epidemiologia. In: *Moderna Saúde Pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1978; 605-640.
110. Sorlie DE. Developing the foundation for testing hypotheses. In: *Medical biostatistics & epidemiology*. Connecticut: Appleton & Large, 1995; 118-133.
111. Marques MD. Saúde Oral de uma população do Porto, do grupo etário dos 30-39 anos [Thesis]. Porto: Fac. Med. Dent. Univ. Porto, 1994. 92 p.
112. Alvarez ML, Muzzo S, Ivanovic D. Escala para medición del nivel socioeconómico en el área de la salud. *Rev Med Chil* 1985; 113: 243-249.
113. World Health Organization. Assessment form. In: *Oral Health Surveys*. Geneva: WHO, 1997; 21-52.
114. Armitage GC, D DS, M S. Reconhecimento clínico e avaliação da doença periodontal inflamatória crônica. In: *Bases biológicas da terapêutica periodontal*. São Paulo: Livraria, editora Santos, 1984; 1-32.
115. Martinez AB. Epidemiologia. In: *Periodoncia para el higienista dental*. Madrid: Publisalud, 1987; 77-85.
116. World Health Organization. Reliability and validity of data. In: *Oral Health Surveys*. Geneva: WHO, 1997; 13-15.

117. Dagnelie P. Os métodos relativos às medidas. In: Estatística: teoria e métodos. Mem Martins: Publicações Europa América, 1973; 13-45.
118. Northrup C. Gravidez e parto. In: Corpo de mulher, sabedoria de mulher. Lisboa: Sinais de fogo-Publicações, Lda, 1998; 381-412.
119. Woollett A. Families and their role in children's live and development. In: Messer D, Millar S, eds. Exploring developmental psychology: from infancy to adolescence. New York: W. W. Norton & Company, 1999; 323-340.
120. Chaves MM. Problemas. In: Odontologia social. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1977; 23-98.
121. Diaz Romero RM, Martinez Sanchez C. Education para la salud bucal en la madre gestante. Pract Odontol 1989; 10: 35-37.

VIII - ANEXOS

ANEXO 1

Ficha Clínica da Grávida, disponível nos Centros de Saúde, para as grávidas.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE

DO PORTO

FICHA CLÍNICA DA GRÁVIDA

Nº Processo

Familiar

Nº Utente

Data de Nascimento ___/___/___
Estado Civil _____

Nome _____

01 GRUPO SANGUÍNEO

GRÁVIDA _____
MARIDO _____

02 GAMA GLOBULINA - ANTI-D

SIM _____/_____/_____
 NÃO DATAS _____/_____/_____

03 HÁBITOS

ALCOOLISMO DROGAS
 TABAGISMO MEDICAMENTOS

04 ANTECEDENTES FAMILIARES

H. FAMILIAR	PAI	MÃE	IRMÃOS	CÔNJUGE	OUTROS
DIABETES .					
HIPERTENSÃO					
D. GENÉTICAS					
OUTRAS (especificar)					

05 HISTÓRIA PREGRESSA

DIABETES SÍFILIS
 HIPERTENSÃO TUBERCULOSE
 DOENÇA CARDÍACA INFECÇÕES URINÁRIAS
 DOENÇA VASCULAR DOENÇA ENDÓCRINA RUBÉOLA Sim
 DOENÇA ALÉRGICA OUTRAS Não
 Não sabe

06 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

DATA	PARTOS DE TERMO	PARTOS PRÉ-TERMO	ABORTOS	FILHOS VIVOS

HISTORIA MENSTRUAL	INÍCIO	INTERVALO	DURAÇÃO

07 CONTRACEÇÃO

NÃO SIM MÉTODO _____

DATAS { INÍCIO ___/___/___
TERMO ___/___/___

08 GRAVIDEZ ACTUAL

EXAME FÍSICO

DATA ___/___/___

	NORMAL			NORMAL			NORMAL	
	SIM	NÃO		SIM	NÃO		SIM	NÃO
PELE			PULMÕES			PERÍNEO		
OFT. ORL			MAMAS			VULVA		
DENTES			CORAÇÃO			VAGINA		
GENGIVAS			ABDOMEN			COLO		
TIRODEIA			EXTREMIDADES			ÚTERO		
			NEUROLÓGICO			PELVIMETRIA		

PELVIMETRIA CLÍNICA Adeq. Inadeq. Est. Sup. Est. Med.

Data do 1.º dia da última menstruação ___/___/___
DATA PROVÁVEL DO PARTO ___/___/___

DIAGNÓSTICO IMUNOLÓGICO DA GRAVIDEZ

NÃO SIM DATA ___/___/___

EXAMES LABORATORIAIS	EXAMES LABORATORIAIS		
	1.º	2.º	3.º
DATA			
H.B.			
H.C.T.			
T. COOMBS INDIR.			
TITULAÇÃO			
GLICÉMIA <small>Jejum</small>			
GLICÉMIA <small>Pos-prandial</small>			
URICEMIA			
CREATININEMIA			
CLEARANCE			
VDRL			
TOXOPLASMOSE			
RUBÉOLA			

Observações/Notas _____

VACINAÇÃO ANTITETÂNICA OU REVACINAÇÃO

___/___/___ ___/___/___
___/___/___ ___/___/___

AVALIAÇÃO DO RISCO PRÉ-NATAL

(Goodwinn modificado)

I HISTÓRIA REPRODUTIVA

· IDADE < 17 e > 40 = 3
 18 - 29 = 0
 30 - 39 = 1
 0 = 1
 · PARIDADE 1 - 4 = 0
 > 5 = 3

HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR

· ABORTO HABITUAL > (3 consecutivos) = 1
 · INFERTILIDADE = 1
 · HEMORRAGIA POST-PARTO/DEQUITADURA MANUAL = 1
 · R. N. > 4000 gramas = 1
 · PRÉ-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA = 1
 · CESARIANA ANTERIOR = 2
 · FETO MORTO/MORTE NEO-NATAL = 3
 · TRABALHO PARTO PROLONGADO OU DIFÍCIL = 1
 Índices +

II PATOLOGIA ASSOCIADA

· CIRURGIA GINECOLÓGICA ANTERIOR = 1
 · DOENÇA RENAL CRÔNICA = 2
 · DIABETES GESTACIONAL = 1
 · DIABETES MELLITUS = 3
 · DOENÇA CARDÍACA = 3
 · OUTRAS DESORDENS MÉDICAS (Bronquite crônica, Lupus, etc.)
 · Índice de acordo com a gravidade (1 a 3)

Índices +

TOTAL DE ÍNDICES I, II, III

.....

BAIXO RISCO = 0-2
 MÉDIO RISCO = 3-6
 ALTO RISCO = > 7

III GRAVIDEZ ACTUAL

	1.ª Visita	36.ª semanas
· HEMORRAGIAS < 20 semanas	= 1 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 20 semanas	= 3 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· ANEMIA (< 10 gr)	= 1 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· GRAVIDEZ PROLONGADA > (42 semanas)	= 1 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· HIPERTENSÃO	= 2 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS	= 2 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· HIDRAMNIOS	= 2 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· A. C. I. U. (Atraso do crescimento intra-uterino)	= 3 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· GRAVIDEZ MÚLTIPLA	= 3 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· APRES PÉLVICA	= 3 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· MÁ APRESENTAÇÃO	= 3 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· ISOIMUNIZAÇÃO Rh	= 3 = <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice.....

CONSULTAS PERIÓDICAS

PESO ANTES GRAVIDEZ _____ kg	ALTURA _____ cm	IDADE _____	1.º MOV. FETAIS _____ Semana	1.º BAT. CARDÍACOS _____ Semana	U.M. ____/____/____	P.P. ____/____/____	P.P. CORRIGIDO ____/____/____
------------------------------	-----------------	-------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------	---------------------	-------------------------------

DATA	PESO	GANHO TOTAL PESO	URINA			T.A.		IDADE GESTAÇÃO (sem.)	ALTURA FUNDO ÚTERO (sem.)	PERIM. ABDOM. (cm)	APRESEN- TAÇÃO FETAL	FREQ. CARDÍACA FETAL	MOVI- MENTOS FETAIS	EDEMA	PROX. CONS. (sem)
			GLIC.	PROT.	BACT.	Max.	Min.								

OBSERVAÇÕES _____

REVISÃO DO PUERPÉRIO

LOCAL DO PARTO _____ EUTÓCICO DISTÓCICO _____

EX. GINECOLÓGICO _____ PAPANICOLAOU _____

EXAME DA MAMA _____ CONTRACEPÇÃO _____

ANEXO 2

Boletim de Saúde da Grávida, disponível nos Centros de Saúde,
para as grávidas.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direcção-Geral da Saúde

BOLETIM
DE SAÚDE DA GRÁVIDA

PROTECÇÃO DA MATERNIDADE

1. A mulher grávida tem direito a consultas médicas gratuitas, bem como a exames gratuitos quando aconselhados pelo médico assistente, durante a gravidez e durante os 60 dias a seguir ao parto.
2. O pai da futura criança tem igualmente direito a exames gratuitos quando esses exames forem considerados indispensáveis pelo médico assistente da grávida.
3. As trabalhadoras grávidas têm direito a dispensa de trabalho para se deslocarem a consultas de vigilância da gravidez, pelo tempo e número de vezes necessários e justificados.
4. A mãe que amamenta o filho tem direito a ser dispensada em cada dia de trabalho por dois períodos distintos com a duração máxima de uma hora, enquanto estiver a amamentar e até o filho ter um ano. Este direito não implica a perda de salário ou de qualquer outra regalia.
5. Durante a gravidez e até 3 meses depois do parto a mulher tem direito a não executar tarefas que sejam desaconselhadas, tais como:
 - tarefas violentas;
 - manipulação de produtos perigosos ou tóxicos;
 - exposição a condições ambientais que prejudiquem a sua saúde.

A informação contida neste Boletim é importante para a sua saúde e deve ser registada com cuidado.

Este Boletim é confidencial e os dados nele contidos só poderão ser usados com fins médicos.

Leve-o consigo sempre que for a qualquer consulta. Não se esqueça de o levar quando for para a Maternidade ou Hospital.

Em caso de extravio é favor enviar para a seguinte morada:

NOME _____
RUA _____
LOCALIDADE _____

PROTEÇÃO DA MATERNIDADE

6. Durante o período em que amamenta a trabalhadora tem direito a não executar tarefas que a exponham à absorção de substâncias perigosas que sejam eliminadas pelo leite materno.
7. As mulheres grávidas têm direito a uma licença de maternidade de 90 dias, 60 dos quais terão de ser gozados a seguir ao parto; os restantes 30 dias poderão ser gozados, na totalidade ou em parte, antes ou depois do parto.
8. No caso da mulher ter de ser internada devido a uma situação de risco, o período de licença anterior ao parto pode ser prolongado por mais 30 dias, sem perda do direito aos 60 dias de licença a seguir ao parto.

(LEI N.º 4/84, DE 5 ABRIL)

2

RECOMENDAÇÕES

A gravidez é uma situação normal, mas durante esse período deve dedicar especial atenção à sua saúde e à saúde do filho que vai nascer.

Frequente com regularidade as consultas de saúde materna.

Não fume nem tome bebidas alcoólicas.

Não tome nenhum medicamento, mesmo aqueles que utiliza habitualmente, sem indicação do médico que vigia a sua gravidez.

A sua colaboração durante o parto é muito importante.

Lembre-se que é no Hospital ou na Maternidade que o parto se realiza nas melhores condições.

Na última consulta de vigilância da gravidez peça para que lhe seja marcada a consulta de revisão do parto. Essa consulta deve ter lugar 4 a 6 semanas depois do parto e é muito importante para a sua saúde. Não falte.

O leite materno é o melhor alimento para o desenvolvimento do seu filho durante os primeiros meses de vida.

Não esqueça que o planeamento familiar também é importante quer para a sua saúde quer para a saúde do seu filho.

3

HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR

ABORTO HABITUAL (> 3 CONSECUTIVOS) _____

INFERTILIDADE _____

PARTO PRÉ-TERMO _____

HEMORRAGIA PÓS-PARTO / DEQUITADURA MANUAL _____

R. N. > 4.000 GRAMAS R. N. < 2.500 GRAMAS

PRÉ-ECLÂMPsia / ECLÂMPsia _____

CESARIANA ANTERIOR _____

FETO MORTO / MORTE NEO-NATAL _____

TRABALHO DE PARTO PROLONGADO _____

4 - HISTÓRIA ACTUAL

DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO ____/____/____

DATA PROVÁVEL DO PARTO ____/____/____

IDADE DE GRAVIDEZ semanas

Relação entre o Volume Uterino e o Tempo de Amenorreia concordante maior não concordante menor

ESTIMATIVA FEITA POR: Ex. Ginec.

Altura Uterina

Ex. Ecográfico

EXAMES LABORATORIAIS

DATA			
Hb			
Hct			
VGM			
HGM			
INSOLUBILIDADE DA HbS			
T. COOMBS INDIRECTO			
GLICÉMIAS: JEJUM			
APOS 50 G GLICOSE			
URICÉMIA			
CREATININÉMIA			
HBs Ag			
VDRL			
HIV			
TOXOPLASMOSE			
RUBÉOLA			
UROCULTURA			

VACINA ANTITETÂNICA

Sim (data) ____/____/____

Não (data prevista para 1.ª inoc.) ____/____/____

(data prevista para 2.ª inoc.) ____/____/____

A PREENCHER NO LOCAL DO PARTO

PARTO: DATA ____/____/____ HORAS _____

TIPO DE PARTO

EUTÓCICO _____
EXTRACÇÃO PÉLVICA _____
VENTOSA _____ PARTO simples gemelar

FORCEPS _____
CESARIANA _____

ESPONTÂNEA _____
ROTURA DE MEMBRANAS TERAPÊUTICA _____

DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO _____ horas
DEQUITADURA _____ horas

NATURAL _____
ARTIFICIAL _____

SANGUE PERDIDO _____
NORMAL _____
EXAGERADO _____

EPISIOTOMIA _____ SIM NÃO

LACERAÇÃO DO PERINEO _____ SIM NÃO
GAMAGLOBULINA SIM NÃO
ANTI-D _____

RECÉM-NASCIDO

SEXO M. VIVO PESO _____ gramas
F. MORTO COMPRIMENTO _____ cm

ÍNDICE DE A P G A R _____ 1 min. _____ 5 min.

INFORMAÇÃO DADA POR _____
MÉDICO _____
ENFERMEIRA _____

ASSINATURA _____
10

CONSULTA DO PUERPÉRIO

DATA ____/____/____

EX. GINECOLÓGICO NORMAL
ANORMAL (especificar) _____

COLPOCITOLOGIA _____ sim
_____ não

PLANEAMENTO FAMILIAR não
sim método _____

ALEITAMENTO ÀS 24 HORAS MATERNO
ARTIFICIAL

ALEITAMENTO NESTA DATA MATERNO
ARTIFICIAL
MISTO

EX. MAMA _____

ANEXO 3

Carta n.º 1 e respectiva resposta:

Dirigida ao Director do Centro de Saúde de Modivas, Sr. Dr.
Augusto Carvalho.

Carta n.º 2 e respectiva resposta:

Dirigida à Coordenadora da Sub-Região de Saúde do Porto,
Sra. Dra. Olímpia Aleixo.

Universidade do Porto

Faculdade de Medicina Dentária

Ex.mo Senhor Director
do Centro de Saúde de Modivas
Dr. Augusto Carvalho,

Dirijo-me a V. Ex.a nas qualidades de licenciada em Medicina Dentária, aluna do Mestrado de Saúde Oral Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e docente da mesma na cadeira de Medicina Dentária Preventiva, no sentido de me ser autorizada a colaboração com o Centro de Saúde e suas unidades que V. Ex.a dirige, a fim de efectuar um trabalho de investigação no âmbito da Saúde Oral Comunitária no grupo específico da mulher grávida.

O objectivo deste estudo será a avaliação do efeito nos níveis de Saúde Oral de elixires orais existentes no mercado no referido grupo.

Sem outro assunto, subscrevo-me atenciosamente aguardando a resposta de V.

Ex.a .

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 7 de Julho de 1999



(Dr. Isabel Roçadas Pires)

Rua Dr. Manuel Pereira da Silva
4200 PORTO
Telefs. 5501522 - 599139
Fax: 5507375



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE
SUB-REGIÃO DE SAÚDE DO PORTO

Rua Nova de S. Crispim, 380/4 - 4000 Porto

Telef. - 566012

Fax - 5106129

DIRECÇÃO CENTRO SAÚDE MODIVAS
LARGO MOSTEIRO, 100
4480 VAIRAO

Tel:052/662650 Fax:052/662475

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO
A/C: ISABEL ROÇADAS PIRES
RUA DR. MANUEL PEREIRA DA SILVA
4200 PORTO

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

179/99

99/07/21

ASSUNTO :

Em resposta à v/carta de 7 de Julho de 99 informo V.Ex^a que a Direcção tem até interesse na v/colaboração, devendo contudo contactar a Sub-Região de Saúde do Porto (Rua Nova S.Crispim) - Dr^a Olimpia Aleixo - para orientação das condições necessárias ao seu desempenho.

Com os melhores cumprimentos,

DIRECTOR DO CENTRO DE SAÚDE

DR. AUGUSTO CARVALHO

Director

CENTRO DE SAÚDE DE MODIVAS

À Coordenação da Sub-Região de Saúde do Porto

Ex.ma Senhora

Dra. Olímpia Aleixo,

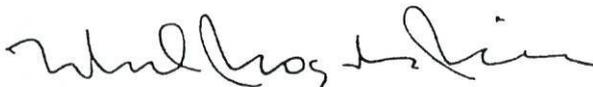
Dirijo-me a V. Ex.a nas qualidades de licenciada em Medicina Dentária, aluna do Mestrado de Saúde Oral Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e docente da mesma na cadeira de Medicina Dentária Preventiva, no seguimento de contactos com o Director do Centro de Saúde de Modivas, Dr. Augusto Carvalho, no sentido de me ser autorizada a colaboração com o citado Centro de Saúde e suas unidades, a fim de efectuar um trabalho de investigação no âmbito da Saúde Oral Comunitária no grupo específico da mulher grávida.

O objectivo deste estudo será a avaliação do efeito de elixires orais existentes no mercado nos níveis de Saúde Oral do referido grupo, cujos procedimentos remeto em anexo.

Sem outro assunto, subscrevo-me atenciosamente aguardando a resposta de V. Ex.a .

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 25 de Outubro de 1999



(Dra. Isabel Roçadas Pires)



030546 19.OUT99

Exma Senhora
Dra. Isabel Roçadas Pires
A/c Faculdade de Medicina Dentária
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva
4200 Porto

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

DSS

ASSUNTO: **Trabalho de Investigação no âmbito da Saúde Oral Comunitária**

Após análise ao trabalho de investigação no âmbito da Saúde Oral Comunitária no grupo específico da mulher grávida que V. Exa. se propõe efectuar no Centro de Saúde de Modivas, cumpre informar, que é entendimento desta SRS autorizar, desde que sejam considerados os seguintes aspectos:

- Haja acordo dos Médicos e do Director do Centro de Saúde;
- Não haja qualquer encargos para esta SRS.
- Seja fornecida cópia do resultado final do trabalho antes da sua publicação ou comunicação;

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora da Sub-Região de Saúde

(Dra. Maria Isabel Escudeiro dos Santos Aires)

Ma.

ANEXO 4

Ficha de trabalho usada neste estudo, que consistiu num inquérito por questionário e num exame clínico.

MESTRADO DE SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA

INFORMAÇÃO GERAL

Data
Ano Mês
(1) (4)

Dia
(5) (6)

N.º reg.
(7) (9)

Orig./Dupl.
 (10)

Nome.....

Data de nascimento: (11) (14)

Idade: (15) (16)

Nível Sócio-económico: 1 - alto
2 - médio (17)
3 - baixo
4 - muito baixo

Região geográfica: 1 - urbana
2 - peri-urbana (18)
3 - rural

N.º de gravidezes: (19)

Semanas de gestação: (20) (21)

Planeamento da gravidez: 0 - não (22)
1 - sim

Data da última visita ao dentista: (23) (26)

Ida ao dentista, em
gravidezes anteriores 0 - não
1 - sim (27)
2 - não se lembra
9 - não registado

Ida ao dentista, nesta gravidez, em caso de necessidade 0 - não, por achar que não podia
1 - não, por outros motivos
2 - sim
3 - não sabe
9 - não registado

(28)

Grupo de estudo: 1 - controlo
2 - placebo
3 - experimental

(29)

CUIDADOS DE SAÚDE ORAL

Escovagem: 0 - não escova
1 - escova 1x/dia
2 - escova 2x/dia
3 - escova 3x/dia
9 - não registado

(30)

Mudança de escova: 0 - 1 ano
1 - 6 meses
2 - 2 a 5 meses
3 - 1 mês
9 - não registado

(31)

Dentífrico com flúor: 0 - não
1 - sim
2 - não sabe
9 - não registado

(32)

Elixires: 0 - não usa
1 - sim, bom sabor
2 - sim, sabor indiferente
3 - sim, mau sabor
9 - não registado

(33)

Fio dentário: 0 - não conhece
1 - conhece, mas não usa
2 - usa raramente (34)
3 - usa 1-2x/dia
9 - não registado

Palito: 0 - não usa
1 - sim, diariamente
2 - sim, raramente (35)
9 - não registado

Outros dados:

Comprimidos de flúor: 0 - não toma
1 - toma (36)
9 - não registado

Hábitos tabágicos: 0 - não fuma
1 - deixou na gravidez
2 - fuma < 10 cig./dia (37)
3 - fuma 10-20 cig./dia
4 - fuma > 20 cig./dia
9 - não registado

EXAME CLÍNICO

Presença de prótese: 0 - não tem
1 - tem, mas não usa
2 - usa PPR acrílica
3 - usa PPR esquelética (38)
4 - usa PF
5 - usa PT
9 - não registado

Índice Gengival Simplificado (IGS)

1º Exame: S1 S2 S3
(70) (72)

S6 S5 S4
(73) (75)

2º Exame: S1 S2 S3
(76) (78)

S6 S5 S4
(79) (81)

3º Exame: S1 S2 S3
(82) (84)

S6 S5 S4
(85) (87)

SEXTANTE	
CÓDIGO	ESTADO
0	gengiva normal
1	inflamação gengival leve a moderada
2	inflamação gengival severa
X	excluído
9	não registado

Outros dados:

**Sabor do elixir
fornecido no estudo:** 0 - bom
1 - indiferente (88)
2 - mau
9 - não registado

Visita ao dentista durante a evolução do estudo:

entre o 1º e 2º exame: 0 - não
1 - sim (89)
9 - não registado

entre o 2º e 3º exame: 0 - não
1 - sim (90)
9 - não registado

ANEXO 5

Ficha utilizada no nosso trabalho para a determinação do nível socio-económico através da Classificação Social Internacional de Graffar.

Classificação Social Internacional de Graffar

I- Nível de Escolaridade

6	analfabeto	
5	ensino básico incompleto	
4	ensino básico completo ensino complementar incompleto	
3	ensino complementar completo	
2	ensino universitário incompleto	
1	ensino universitário completo	

II- Actividade Profissional

6	desempregado sem subsídio de desemprego doméstica	
5	desempregado com subsídio de desemprego	
4	trabalhadores indiferenciados empregadas domésticas pensionista da Segurança Social	
3	trabalhadores diferenciados trabalhadores por conta própria reformado com baixo rendimento	
2	quadros médios de empresas pequeno empresário reformados de rendimento médio	
1	quadros superiores de empresas grandes empresários profissional liberal executivos	

III- HABITAÇÃO

A- Pertença da habitação

1	dono ou proprietário	
2	proprietário, a pagar dívida ao banco	
3	arrendatário	
4	usufrutuário	
5	ocupação ilegal de propriedade	
6	ind. que habita com outras pessoas, não sendo responsável pela habitação	

B- Tipo de habitação

1	casa ou apartamento de luxo (+ de 140 mts ²)	
2	casa ou apartamento de boa qualidade (entre 100 e 140 mts ²)	
3	casa ou apartamento (- de 100 mts ²), auto-construção de boa qualidade ou pré-fabricada em bom estado	
4	auto-construção modesta em razoável ou mau estado	
5	casa herdada com 3 ou mais assoalhadas	
6	casa herdada com 2 ou menos assoalhadas	

C- Abastecimento de água potável e rede de esgotos

1	água potável de abastecimento público e rede de esgotos no domicílio	
4	água potável de abastecimento público e fossa asséptica (individual ou colectiva)	
5	água potável oriunda de poços e fossa asséptica	
6	sem água potável e sem redes de esgotos ou fossa asséptica	

D- Equipamentos da habitação

1	T.V. a cores (mais de uma)	
2	máquinas de lavar	
3	telefone fixo ou móvel	
4	T.V. por cabo	
5	mais do que um automóvel	

Escala

0 = 6	
1 - 3 = 5	
4 - 6 = 4	
7 - 9 = 3	
10 - 12 = 2	
13 - 15 = 1	

Escala Sub-Índice Habitação (perguntas A+B+C+D):

1 - 4 = 1	
5 - 8 = 2	
9 - 12 = 3	
13 - 16 = 4	
17 - 20 = 5	
21 - 24 = 6	

Índice de Graffar Modificado:

Alto = 3 - 6	
Médio = 7 - 9	
Baixo = 10 - 15	
Miséria = 16 - 18	

Instruções de preenchimento:

Cada uma das três variáveis controladas (nível de escolaridade, actividade profissional e habitação), assinala-se com uma cruz (X) no quadro correspondente e transcreve-se o valor para o quadrado mais realçado à direita. O somatório destes três valores, vai permitir classificar a pessoa num determinado nível sócio-económico.

A variável III (habitação) resulta da conversão, pela escala sub-índice de habitação, do valor encontrado pelo somatório dos valores das alíneas A, B, C e D que estão assinalados nos respectivos quadrados à direita.

No caso da alínea D, o somatório dos pontos correspondentes aos bens assinalados vai ser convertido num valor de acordo com a escala indicada à direita.

ANEXO 6

Critérios de diagnóstico de cárie e código respectivo, segundo a
WHO.

REGISTO DENTÁRIO

Observação sistemática seguindo sempre a mesma ordem em todas as grávidas, iniciando-se pelo último dente presente no primeiro quadrante (Q1), percorrendo todos os dentes presentes (permanentes ou decíduos) nos restantes quadrantes, seguindo a ordem dos ponteiros dos relógio até ao último dente do quarto quadrante (Q4). Foram excluídos do registo os dentes 18, 28, 38 e 48.

Os dentes eram considerados presentes quando apresentavam alguma parte visível.

Critérios de diagnóstico de cárie e código respectivo

0 - SAUDÁVEL - dente sem evidência de cárie tratada ou não; os estádios de cárie que precedem a cavitação são excluídos, pelo que dentes com as seguintes alterações são considerados sãos:

1. manchas brancas ou cor de gesso;
2. manchas descoradas ou rugosas que são duras ao toque com sonda;
3. fossas ou fissuras que prendem a sonda, mas em que não é detectável um fundo ou paredes amolecidas ou esmalte não suportado;
4. áreas de depressão no esmalte apresentando-se escurecidas, lustrosas e duras em dentes mostrando sinais moderados ou intensos de fluorose;
5. lesões que de acordo com a sua distribuição, história ou exame visual/táctil, parecem dever-se à abrasão.

1 - DENTE CARIADO - um dente é considerado cariado quando apresenta:

1. uma lesão numa fossa ou fissura ou numa superfície lisa do dente;
2. uma cavidade visível;
3. esmalte não suportado, paredes ou fundo amolecido;
4. uma obturação provisória;
5. um selante com cárie.

2 - DENTE OBTURADO, COM CÁRIE - um dente é considerado obturado e com cárie, quando apresenta uma ou mais obturações e uma ou mais áreas cariadas, independentemente de se tratar de cárie primária ou de recidiva.

3 - DENTE OBTURADO, SEM CÁRIE - um dente é considerado obturado e sem cárie, quando apresenta uma ou mais obturações permanentes e não apresenta sinais de cárie recidivada ou primária. Um dente com uma coroa de prótese fixa colocada posteriormente a um processo de cárie, é registado como obturado.

4 - DENTE EXTRAÍDO POR CÁRIE - código referente a dentes ausentes como consequência de um processo de cárie. Em algumas idades, pode ser difícil distinguir entre dente não erupcionado (código 8) e dente ausente (código 4 ou 5). O conhecimento dos padrões de erupção, a situação do dente contra-lateral, o aspecto do rebordo alveolar e o grau de actividade cariogénica presente noutros dentes da boca podem fornecer elementos úteis para este diagnóstico diferencial.

5 - DENTE PERMANENTE AUSENTE POR OUTROS MOTIVOS - são incluídos neste código, os dentes ausentes por causa congénita, extraídos por razões ortodônticas, doença periodontal ou por traumatismo.

6 - SELANTE DE FISSURA - dentes com selantes de fissuras. Se um dente com selante tem cárie, deve ser codificado com n.º 1 .

7 - PILAR DE PONTE OU COROA ESPECIAL - código aplicado a dentes pilares de pontes e também no caso de coroas colocadas por outros motivos que não cárie. Os pânticos são codificados com o n.º 4 ou 5.

8 - DENTE NÃO ERUPCIONADO - esta classificação é restrita a dentes permanentes, e usada apenas para um espaço desdentado com um dente permanente não erupcionado, e no caso de não estar presente o dente decíduo.

T - TRAUMA (FRACTURA) - um dente é registado como fracturado, quando falta alguma das suas superfícies resultando de traumatismo e não há evidência de cárie.

9 - DENTE NÃO REGISTADO - este código é usado para dentes permanentes erupcionados que não podem ser examinados por algum motivo, por exemplo, por presença de bandas ortodônticas, hipoplasia severa, etc.

ANEXO 7

Quadro da operacionalização das variáveis independentes e respectivas categorias.

Listagem das perguntas do questionário, das variáveis independentes e suas categorias

Nome da variável simplificado	Perguntas do questionário com as respectivas categorias	
Idade	Idade dicotomizada em: 15-19 anos 20-24 anos 25-29 anos 30-34 anos 35-39 anos	1 2 3 4 5
Nível Socio-económico	Utilizando a Classificação Internacional de Graffar, deduzimos a classe social, dicotomizada em: alta média baixa muito baixa	1 2 3 4
Planeamento da gravidez	Planeou a gravidez? não sim	0 1
Última visita ao dentista	Há quanto tempo foi ao dentista pela última vez? 1 ou menos que 1 ano mais de 1 ano	1 2
Visitou o dentista durante a gravidez (nos casos de Gestações anteriores)	Noutras gravidezes anteriores, visitou o dentista? não sim não se lembra	0 1 2
Caso necessitasse, iria ao Dentista nesta gravidez	Iria ao Dentista, nesta gravidez? Não, por achar que não devia por outros motivos Sim Não sabe	0 1 2 3
Escovagem	Quantas vezes escova os seus dentes por dia? 0x/dia 1x/dia 2x/dia 3x/dia	0 1 2 3
Mudança de escova	Com que frequência muda de escova? 1 ano 6 meses 2 a 5 meses 1 mês	0 1 2 3
Dentífrico com flúor	O dentífrico que usa tem flúor? não sim não sabe	0 1 2
Fio dentário	Conhece o fio dentário? E com que frequência o usa? Não conhece Conhece, mas não usa usa raramente usa 1 a 2 x/dia	0 1 2 3
Palito	Usa palito? não usa usa diariamente usa raramente	0 1 2
Hábitos tabágicos	Fuma? Não, dicotomizada em: nunca fumou deixou na gravidez Sim, dicotomizada em: 5-10 cig/dia 10-20 cig/dia mais que 20 cig/dia	0 1 2 3 4

