

Raquel Mesquita Pinto da Rocha

**Posição e conhecimento dos Médicos Obstetras sobre a associação entre  
Periodontite e Parto Pré-termo**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012



Raquel Mesquita Pinto da Rocha

**Posição e conhecimento dos Médicos Obstetras sobre a associação entre  
Periodontite e Parto Pré-termo**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Raquel Mesquita Pinto da Rocha

**Posição e conhecimento dos Médicos Obstetras sobre a associação entre  
Periodontite e Parto Pré-termo**

A Aluna,

---

(Raquel Mesquita Pinto da Rocha)

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para obtenção do grau  
de mestrado em Medicina Dentária.”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2012

## Sumário

**Introdução:** Offenbacher *et al.* (1996) foram os primeiros a introduzir a hipótese de que a periodontite poderia ser um fator de risco para o parto pré-termo. Apesar da controvérsia que ainda existe em volta desta temática, são já muitos os estudos que confirmam a associação. Sendo a periodontite uma doença que pode ser não só tratada, mas também prevenida, a atenção odontológica para com a grávida reflete-se em benefícios para o feto, promovendo uma melhor qualidade de vida para ambos. Torna-se, então, imprescindível direcionar programas de prevenção ou de diagnóstico precoce. Neste contexto, dada a sua proximidade com a grávida, o médico obstetra poderá assumir um papel importante.

**Objetivos:** Analisar e compreender a posição e o conhecimento dos médicos obstetras sobre a relação existente entre periodontite e parto pré-termo.

**Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo observacional, mediante a aplicação de um questionário a 33 médicos especialistas em obstetrícia do Centro Hospitalar de São João; do Centro Hospitalar do Porto - Maternidade de Júlio Dinis e do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho.

**Resultados/Conclusões:** Grande parte dos médicos obstetras assume saber da possível relação entre periodontite e parto pré-termo. Contudo, ao analisar os dados como um todo, os médicos inquiridos parecem apresentar muitas dúvidas quanto às patologias orais, nomeadamente sobre periodontite, assim como às suas possíveis relações com o parto pré-termo. É necessário sensibilizar os médicos especialistas em obstetrícia para a importância de adotar medidas preventivas de rotina, assim como encaminhar a grávida para o médico dentista, de forma a receber a devida prestação de cuidados.

**Palavras-chave:** Periodontite, parto pré-termo, gravidez, médicos obstetras, conhecimento, doença periodontal, raspagem e alisamento radicular.

## **Abstract**

**Introduction:** Offenbacher et al. (1996) were the first to introduce the hypothesis that periodontitis could be a risk factor for the preterm delivery. Despite the controversy that still exists around this subject, there are already many studies confirming this association. Being periodontitis a disease that can not only be treated but also prevented, the dental care provided to the pregnant is reflected in benefits to the fetus, promoting a better quality of life for both. So it becomes necessary to steer prevention programs for early diagnosis. In this context, due to their proximity with the pregnant, the obstetrician will have an important role.

**Goals:** To analyze and understand Obstetricians position and knowledge about the relationship between periodontitis and preterm deliveries.

**Material and Methods:** We carried out an observational study, by applying a questionnaire to obstetricians of São João Hospital Centre, Porto Hospital Centre - Júlio Dinis Maternity and Vila Nova de Gaia/Espinho Hospital Centre.

**Results/Conclusions:** Much of obstetricians assume to know the possible relationship between periodontitis and preterm birth. However, when analyzing the data as a whole, obstetricians respondents seem to have many doubts about the oral pathologies, in particular on periodontitis, as well as their possible relationships with the preterm delivery. It is necessary to raise awareness among obstetricians for the importance of adopting preventive measures as routine, as well as refer the pregnant forward to the dentist in order to receive the proper care.

**Keywords:** periodontitis, preterm delivery, pregnancy, obstetricians, knowledge, periodontal disease, scaling and root planning.

## **Agradecimentos**

À minha Orientadora Dra. Patrícia Almeida Santos, na ajuda importante que me deu para concretizar este trabalho e finalizar esta fase da minha vida.

À Dra. Conceição Manso, por todo o apoio que me prestou na análise estatística.

Aos docentes da Universidade Fernando Pessoa, por terem contribuído para a minha formação académica e pessoal.

Aos meus Pais, pelo apoio, carinho e incentivo.

A todos os meus amigos e namorado, por toda a ajuda, paciência, disponibilidade e atenção.

A todos os Diretores Clínicos, Médicos e assistentes de todos os Hospitais a que recorri, por me terem dado a possibilidade de realizar este estudo.

A todos os que não referi e que sabem que são importantes para mim.

**A todos os meus sinceros agradecimentos!**

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>II. DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>3</b>
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
1.1. Periodontite .....	3
1.2. Parto pré-termo.....	6
1.3. Relação entre periodontite e parto pré-termo.....	8
<b>III. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>16</b>
1. Tipo de estudo .....	16
2. Design Experimental .....	16
2.1. Amostra .....	16
2.1.1. Seleção espacial e temporal para a realização do estudo .....	16
2.1.2. Dimensão da amostra .....	17
3. Recolha de dados.....	17
3.1. Instrumentos de recolha de dados .....	17
3.2. Metodologia utilizada na recolha de dados .....	17
4. Tratamento estatístico dos dados .....	18
5. Considerações éticas .....	18
6. Critérios utilizados na pesquisa bibliográfica .....	19
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	<b>20</b>
<b>V. DISCUSSÃO</b> .....	<b>28</b>
<b>VI. CONCLUSÃO</b> .....	<b>37</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>40</b>
<b>VIII. ANEXOS</b> .....	<b>49</b>
ANEXO 1 – Requerimento à instituição .....	49
ANEXO 2 - Questionário .....	50
ANEXO 3 – Autorizações das Instituições.....	55

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

<b>Ilustração 1:</b> Patogénese da Periodontite. ....	5
---	---

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Meta-análises e revisões sistemáticas sobre a associação entre periodontite e parto pré-termo. ....	11
<b>Tabela 2:</b> Frequências absolutas e relativas para o género. ....	20
<b>Tabela 3:</b> Estatísticas descritivas (média e desvio padrão) e valor máximo e mínimo para a idade e os anos de trabalho. ....	20
<b>Tabela 4:</b> Distribuição das respostas relativas à descrição de gengivite. ....	21
<b>Tabela 5:</b> Distribuição das respostas relativas à descrição de periodontite. ....	22
<b>Tabela 6:</b> Distribuição das respostas relativas à condição mais séria (gengivite ou periodontite). ....	23
<b>Tabela 7:</b> Distribuição das respostas relativas aos fatores etiológicos da periodontite. ....	23
<b>Tabela 8:</b> Distribuição das respostas relativas às estruturas orais avaliadas. ....	24
<b>Tabela 9:</b> Frequências absolutas e relativas para os exames dentários. ....	24
<b>Tabela 10:</b> Distribuição das respostas relativas às medidas de prevenção da DP. ....	25
<b>Tabela 11:</b> Distribuição das respostas relativas às patologias associadas com o PPT. .	25
<b>Tabela 12:</b> Distribuição das respostas relativas ao grupo III. ....	27

## ABREVIATURAS

AAP – *American Academy of Periodontology*

ADA – *American Dental Association*

DP - Doença Periodontal

Dp – Desvio padrão

FCG - Flúido Crevicular Gengival

Il - Interleucinas

Il-1 - Interleucina 1

Il-1 $\beta$  - Interleucina 1 beta

IL-6 - Interleucina 6

PG - Prostaglandinas

PGE2 - Prostaglandina E2

PGF2 $\alpha$  - Prostaglandina F2 alfa

PPT - Parto Pré-termo

RAR - Raspagem e Alisamento Radicular

TNF - Fator de Necrose Tumoral

TNF- $\alpha$  - Fator de Necrose Tumoral alfa

$\chi^2$  - Qui-Quadrado

## I. INTRODUÇÃO

O parto pré-termo é considerado, na atualidade, um problema de saúde pública, sendo aliás referido como a causa mais significativa de morbidade e mortalidade neonatal. Infelizmente e apesar dos múltiplos esforços efetuados ao longo dos anos os fatores de risco que levam ao nascimento de bebês prematuros, com todas as consequências que daí podem advir, não estão ainda claramente definidos. Neste contexto a presença de periodontite na grávida tem sido apontada como um possível fator de risco (Graça *et al.*, 2000, Jeffcoat *et al.*, 2003, Abbott *et al.*, 2011, Bennett, 2007).

A gravidez é um período extremamente favorável para a implementação de estratégias de promoção de saúde uma vez que a grávida está claramente mais receptiva a medidas que melhorem não só a sua qualidade de vida, mas principalmente a qualidade de vida do recém-nascido (Gonzaga *et al.*, 2001, Boggess *et al.*, 2006, Wilder *et al.*, 2007, Lamster *et al.*, 2008,).

Tendo em conta os estudos recentes que apoiam a existência de uma possível relação de associação entre periodontite e parto pré-termo, a estratégia deverá passar essencialmente pela prevenção da periodontite, mediante a promoção da saúde oral. Por outro lado, caso a doença esteja já presente, o encaminhamento para os serviços odontológicos deve ser uma prioridade, de forma a que a periodontite possa ser tratada atempadamente, minimizando assim as sequelas da doença. O médico obstetra desempenha, neste contexto, um papel crucial (Madianos *et al.*, 2002, Scannapieco *et al.*, 2003, Khader *et al.*, 2005, Xiong *et al.*, 2005, Vettore *et al.*, 2006, Vergnes e Sixou, 2007, Chambrone *et al.*, 2011a, Boggess *et al.*, 2006, Lamster *et al.*, 2008, Wilder *et al.*, 2007, Gonzaga *et al.*, 2001).

A escolha do tema baseou-se no facto de serem absolutamente escassos os dados publicados acerca do conhecimento ou abordagem dos médicos obstetras no que à saúde oral da grávida diz respeito, aliado a um grande interesse pessoal na área da Periodontia.

A realização deste trabalho monográfico intitulado “Posição e conhecimento dos Médicos Obstetras sobre a associação entre Periodontite e Parto pré-termo” teve como

finalidade avaliar o conhecimento dos médicos obstetras e verificar a sua abordagem relativamente à questão da saúde oral na grávida, mais especificamente no que concerne à periodontite como fator de risco para o parto pré-termo.

Pretendeu-se igualmente analisar o “estado do conhecimento” no que se refere à relação entre periodontite e parto pré-termo, evidenciando a importância das estratégias de prevenção envolvendo grupos profissionais de saúde oral e obstetrícia.

Nesse sentido efetuou-se uma revisão bibliográfica dos artigos científicos publicados acerca desta temática, tendo sido também incluídas algumas obras literárias. A pesquisa foi efetuada na biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, e através de motores de busca da internet na área da saúde, nomeadamente o Pubmed e o Google Académico.

Os artigos científicos selecionados referem-se, na sua totalidade, a artigos publicados em inglês e português entre 1996 e 2012.

O trabalho de campo foi realizado entre o mês de fevereiro e o mês de julho do ano corrente e consistiu na utilização de um questionário autoadministrado aos médicos especialistas em obstetrícia do Centro Hospitalar do Porto, Maternidade de Júlio Dinis, do Centro Hospitalar de São João e do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. O Hospital da Arrábida foi contactado mas, apesar da insistência, não foi obtida qualquer resposta, o que fez com que os Médicos Obstetras desta instituição não fossem inquiridos.

Todos os dados foram arquivados e tabulados no programa *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS for Windows* (versão 17).

## II. DESENVOLVIMENTO

### 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### 1.1. Periodontite

As doenças periodontais (DP) são um grupo de doenças inflamatórias orais que abrangem a gengivite e a periodontite (Nabet *et al.*, 2010).

A gengivite é uma condição inflamatória reversível que afeta apenas os tecidos moles que envolvem os dentes (as gengivas), sendo usualmente provocada pela acumulação de placa bacteriana sobre a superfície dentária resultante de uma inadequada higiene oral (Ferguson *et al.* 2007, Philstrom *et al.*, 2005 *cit. in* Nabet *et al.*, 2010).

Por seu lado, a periodontite pode ser definida como uma doença crónica, de carácter inflamatório que afeta, de forma irreversível, as estruturas de suporte dentárias. É causada por microrganismos específicos ou grupos de microrganismos específicos e se não for tratada, resulta na destruição progressiva do ligamento periodontal, do tecido conjuntivo e do osso alveolar (Novak, 2007, Offenbacher *et al.*, 2009).

Sendo considerada uma das principais causas de perda dentária, a periodontite pode apresentar como sinais clínicos a perda de inserção, a formação de bolsas periodontais, a presença de hemorragia e de recessão gengival, a mobilidade dentária e a halitose. Pode estar ainda associada a dor e desconforto gengival e, nos casos mais severos, a perda espontânea do dente (Novak, 2007).

De acordo com a classificação das doenças periodontais (*American Academy of Periodontology International Workshop for Classification of Periodontal Diseases*), de 1999, e tendo por base as manifestações clínicas gerais, a periodontite pode ser dividida em periodontite crónica (localizada ou generalizada), e em periodontite agressiva (generalizada ou localizada). A forma crónica é a mais frequente e prevalece mais em adultos. Está associada a placa bacteriana e tem uma progressão lenta, apesar de períodos de progressão mais rápida poderem ser observados pelo impacto de fatores

locais, sistêmicos ou ambientais. Por seu lado, a periodontite agressiva é mais prevalente na população jovem e apresenta uma progressão rápida, mesmo em indivíduos sistemicamente saudáveis. Uma vez que os indivíduos afetados não apresentam, normalmente, grandes acúmulos de placa bacteriana, a suscetibilidade genética parece assumir, nestes casos, um papel preponderante (Novak, 2007).

No que respeita à etiologia da periodontite, as bactérias presentes na placa bacteriana, organizadas sob a forma de um biofilme, são apontadas como o fator etiológico principal. São muitos os microrganismos que colonizam a superfície dentária supra e infragengival. Calcula-se que sejam cerca de 500 as espécies capazes de colonizar a cavidade oral e que qualquer indivíduo pode alojar 150 ou mais espécies diferentes (Lindhe *et al.*, 2008). O biofilme bacteriano inicia-se na coroa dentária (supragengivalmente) e estende-se à superfície radicular (infragengivalmente), podendo mineralizar, formando o cálculo (Offenbacher *et al.*, 2009).

No *Workshop* Mundial de Periodontia, em 1996, foram identificadas três espécies bacterianas fortemente associadas à periodontite: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* e *Tannerella forsythia*. No entanto, muitos outros microrganismos são sugeridos como agentes etiológicos das doenças periodontais, como as Espiroquetas, *Treponema denticola*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, *Selenomonas*, *Eubacterium* e *Streptococcus milleri* (Quirynen *et al.*, 2007, Papapanou *et al.*, 2008, Socransky *et al.*, 2008).

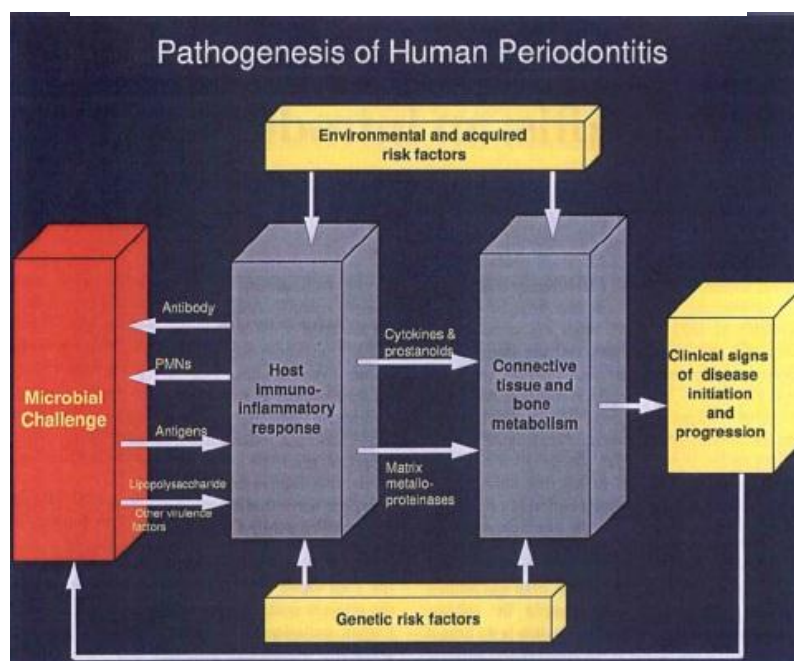
Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, o exame clínico do estado periodontal deve então incluir a avaliação do índice de placa bacteriana, do grau de inflamação dos tecidos periodontais (índice gengival e índice de hemorragia pós-sondagem), o registo das profundidades de sondagem, dos níveis de inserção clínicos e a avaliação radiográfica do osso alveolar remanescente (Papapanou *et al.*, 2008).

Considerando o papel indiscutível das bactérias na etiologia da periodontite, o tratamento base assenta maioritariamente na motivação e educação do paciente para uma rigorosa higiene oral, bem como num procedimento chamado de raspagem e alisamento radicular (RAR). Este procedimento consiste na remoção de placa bacteriana

e de cálculo supra e infragengivalmente, utilizando instrumentos manuais ou ultrassônicos, normalmente sob anestesia local (Michalowicz *et al.*, 2006, Carranza *et al.*, 2007a, Carranza *et al.*, 2007b, Jolkovsky *et al.*, 2007, Pattison *et al.*, 2007, Salvi *et al.*, 2008).

Apesar da existência de bactérias periodontopatogênicas ser essencial, a sua presença não é, no entanto, suficiente para causar a doença. Fatores do hospedeiro, como fatores genéticos (susceptibilidade) ou ambientais (por exemplo o tabaco ou o stress) são igualmente importantes para o início, progressão e severidade da doença (Page *et al.*, 1997a).

Ilustração 1: Patogênese da Periodontite.



Page e Kornman, 1997.

A presença de bactérias, ou dos seus produtos (nomeadamente de lipopolissacarídeos), leva à ativação dos mecanismos de defesa do hospedeiro. Com o intuito de eliminar a infeção, a produção de enzimas é estimulada, e são libertadas citoquinas e outros mediadores inflamatórios. Ironicamente, os mesmos mecanismos que fornecem proteção ao hospedeiro são os mesmos responsáveis pela destruição dos tecidos

periodontais, pelo facto de se produzir uma resposta exagerada, ou pelo facto de se gerar um aumento do desafio bacteriano como resultado de um mecanismo de controlo comprometido no sulco gengival (Page *et al.*, 1997a, Page *et al.*, 1997b, Santos, 2010).

A patogénese da periodontite envolve, portanto, a magnitude e o equilíbrio da resposta imuno-inflamatória do hospedeiro, bem como os fatores de risco exógenos (sistémicos ou ambientais) e os endógenos (genéticos) (Page *et al.*, 1997a, Page *et al.*, 1997b, Santos, 2010).

Nem toda a gente, nem todas as populações têm o mesmo risco de desenvolver periodontite. Vários estudos epidemiológicos e experimentais têm ajudado a identificar fatores de risco, permitindo uma melhor perceção sobre o que torna um indivíduo mais ou menos suscetível. Doenças como a osteoporose, a diabetes *mellitus* e as desordens imunológicas podem aumentar o risco de periodontite (Garcia *et al.*, 2001). O tabaco e os fatores genéticos também são vistos como potentes modificadores da progressão e da severidade da doença, sendo que estes últimos alteram a resposta do hospedeiro perante o desafio microbiano (susceptibilidade genética) (Sallum *et al.*, 2003).

A periodontite é uma condição que gera uma resposta local e sistémica no organismo, bem como uma fonte de bactérias (na sua maioria anaeróbias gram-negativas) que podem atingir a circulação sanguínea. Neste sentido, estudos epidemiológicos recentes têm evidenciado o papel da periodontite como um fator de risco para algumas patologias, como a aterosclerose, o enfarte do miocárdio, o acidente vascular cerebral, o mau controlo da diabetes e o parto pré-termo, entre outros. No âmbito deste trabalho a relação entre periodontite e parto pré-termo merece especial atenção (Garcia *et al.*, 2001).

## 1.2. Parto pré-termo

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 1972, um parto pré-termo (PPT) corresponde a todos os nascimentos que ocorrem depois dos 154 dias (22 semanas) mas antes dos 258 dias (37 semanas) de gestação (Offenbacher *et al.*, 1998).

O parto pré-termo é, ainda hoje, considerado a causa mais significativa de morbidade e mortalidade neonatal. Apresenta inúmeras consequências a longo prazo para o recém-nascido, das quais se podem destacar o aumento do risco de deficiências neurológicas, incluindo paralisia cerebral, deficiências visuais e auditivas, bem como desordens de comportamento, desordens de linguagem, dificuldades socio-emocionais e dificuldades de aprendizagem, necessitando de mais assistência na educação. Estes recém-nascidos pré-termo são também mais suscetíveis a infecções recorrentes, a doenças respiratórias (como a asma) e a doenças cardiovasculares (como a hipertensão, ou as doenças crônicas do coração) e podem ainda apresentar um fraco nível de crescimento (Graça *et al.*, 2000, Jeffcoat *et al.*, 2003, Abbott *et al.*, 2011, Huck *et al.*, 2011).

O processo fisiológico que inicia o trabalho de parto é ainda um enigma para os médicos obstetras, não estando definida a causa primária, sugerindo que inúmeros fatores, complexos e inter-relacionados estejam envolvidos (Brunetti *et al.*, 2003).

De uma forma geral, o trabalho de parto pode dividir-se em três estádios. O primeiro (período de dilatação) corresponde ao início das contrações uterinas e à dilatação cervical completa; o segundo (período expulsivo) começa quando a dilatação está completa e termina na expulsão do feto; o terceiro (dequitação) diz respeito ao período após o nascimento até à expulsão da placenta (Cunningham *et al.*, 2005).

A teoria mais evidente e mais amplamente aceite como responsável pelo mecanismo que despoleta o início do parto (por volta dos 267 dias após a ovulação, numa gestação a termo) é a das prostaglandinas (PG). Estas são encontradas em concentrações elevadas no líquido amniótico no início do trabalho de parto e sem a sua presença o parto torna-se impossível. Pelo contrário, quando em abundância, o parto é inevitável. A prostaglandina F<sub>2</sub>α (PGF<sub>2</sub>α) é a principal responsável pela contração do miométrio enquanto a prostaglandina E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>) está mais relacionada com o preparo cervical (Bennett, 2007).

No que diz respeito ao PPT, os mecanismos fisiológicos envolvidos não parecem ser muito diferentes daqueles que geram o parto a termo. A única diferença poderá mesmo ser apenas a cronologia (Graça *et al.*, 2000, Bennett, 2007).

Existem vários fatores de risco relacionados com estes nascimentos prematuros, como por exemplo a idade materna, um PPT anterior, a origem étnica, as condições socioeconómicas, o baixo índice de massa corporal, o tabaco e o consumo de álcool (Huck *et al.*, 2011). Outros fatores importantes são o aumento dos mediadores inflamatórios, como a interleucina-6 (IL-6) e a prostaglandina E2 (PGE2), infeções genitais (por exemplo a vaginose bacteriana) e as infeções intrauterinas (Jeffcoat *et al.*, 2011). Contudo, nem todos os fatores de risco são conhecidos, sendo importante referir que em 20 a 30% dos casos de PPT não é possível determinar a sua causa. A periodontite surge neste contexto como um provável novo fator de risco ainda não identificado (Graça *et al.*, 2000, Bennett, 2007).

### 1.3. Relação entre periodontite e parto pré-termo

Durante a gravidez a mulher sofre grandes alterações. Essas alterações não são exceção na cavidade oral. Devido aos níveis elevados de estrogénio e progesterona, o tecido gengival fica mais suscetível a irritantes locais (bactérias), e assim podem ocorrer inflamações como a gengivite, a hiperplasia gengival e o granuloma gravídico e, no caso de uma periodontite pré-existente, esta pode piorar (Zanata *et al.*, 2008).

Offenbacher *et al.* (1996) foram os primeiros a introduzir a hipótese de que a periodontite poderia ser um fator de risco para o parto pré-termo. No entanto, são já muitos os estudos que confirmam esta associação, apesar de ser ainda um tema controverso (Dantas *et al.*, 2004).

Tendo em conta os vários estudos existentes, são três as teorias aceites relativas à associação entre periodontite e PPT: 1) infeção à distância devido à translocação de microrganismos pela corrente sanguínea; 2) infeção à distância devido à circulação de toxinas de microrganismos periodontopatogénicos e, por último, 3) inflamação devido à agressão imunológica induzida por microrganismos periodontais (Offenbacher *et al.*, 1996, Li *et al.*, 2000, Madianos *et al.*, 2001, Brunetti *et al.*, 2003, Kim *et al.*, 2006, Ovadia *et al.*, 2007, Àgueda *et al.*, 2008, Santos, 2010, Ghali, 2011).

O primeiro mecanismo (infecção à distância pela translocação de microrganismos pela corrente sanguínea) refere que a periodontite pode provocar o PPT pelo facto das bactérias periodontopatogénicas se disseminarem pela corrente sanguínea, podendo atravessar a placenta, onde irão estimular a produção de prostaglandinas, que estão, por sua vez, envolvidas no desencadeamento do parto (Madianos *et al.*, 2001, Santos, 2010).

Esta teoria é apoiada pelo facto de as bactérias relacionadas com a periodontite serem capazes de produzir uma variedade de mediadores inflamatórios, como PG, interleucinas (IL) e fatores de necrose tumoral (TNF) que, por sua vez, podem afetar a gravidez (New York State Department of Health, 2006). Por outro lado, na presença de periodontite, bactérias da microflora subgengival conseguem penetrar no tecido conjuntivo subepitelial e ter acesso à circulação sanguínea através do epitélio ulcerado da bolsa. Além disso, quanto maior a inflamação gengival, maior a permeabilidade do epitélio de união (Santos, 2010)

A segunda teoria (infecção à distância devido à circulação de toxinas de microrganismos periodontopatogénicos) defende que as endotoxinas bacterianas (nomeadamente os lipopolissacarídeos presentes na parede celular das bactérias gram-negativas relacionadas à infecção periodontal), ao entrarem na corrente sanguínea, podem estimular, *per se*, a produção de elevadas quantidades de mediadores inflamatórios (Li *et al.*, 2000, Santos, 2010).

Tendo em conta que numa gravidez normal, os níveis de PGE2 aumentam gradualmente com o período gestacional, a periodontite poderá induzir o parto prematuro pelo facto de acelerar a produção de PGE2. Esta teoria é suportada pelo facto de em análises ao líquido amniótico de grávidas com periodontite terem sido identificados lipossacáridos e enzimas de bactérias gram-negativas, que estimulam a produção de mediadores químicos inflamatórios (Babalola *et al.*, 2010). Como já referido, elevados níveis desses mediadores (PGE2, IL-1 $\beta$  e TNF- $\alpha$ ) aumentam o risco de parto pré-termo (Offenbacher *et al.*, 1996, Michalowicz *et al.*, 2009, Offenbacher *et al.*, 1998 *cit. in* Babalola *et al.*, 2010).

Por último, a terceira hipótese (inflamação devido à agressão imunológica induzida por microrganismos periodontais) sugere que os microrganismos, através da sua presença ou pelas suas enzimas podem gerar uma resposta imunológica e inflamatória a nível local, no periodonto, causada pela ativação das células do epitélio gengival, caracterizada pela libertação de mediadores, como as interleucinas-1 (IL-1), os fatores de necrose tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) e as prostaglandinas, que podem, por sua vez, alcançar a corrente sanguínea, atravessar a placenta e ser tóxicos para o feto (Brunetti *et al.*, 2003, Kim *et al.*, 2006, Santos, 2010).

Offenbacher *et al.* (1998) avaliaram os níveis de PGE2 e de interleucinas-1 beta (IL-1 $\beta$ ) no fluido crevicular gengival (FCG) de grávidas. Este fluido provém do epitélio do sulco gengival e ajuda a “lutar” contra infeções, transportando imunoglobulinas e anticorpos entre o tecido conjuntivo e o espaço infra gengival. Segundo Offenbacher *et al.*, as mulheres grávidas com níveis elevados de PGE2 e IL-1 $\beta$  no FCG têm mais tendência a ter partos prematuros (Offenbacher *et al.*, 1998 *cit. in* Babalola *et al.*, 2010).

Desde 1996, são muitos os estudos na literatura científica consultada que sugerem a existência de uma relação de associação entre a periodontite e o PPT. Esses estudos distribuem-se por todos os graus da “pirâmide de evidência”. Desta forma, foi possível encontrar desde estudos em animais a estudos em humanos do tipo não controlados de séries de casos, estudos de caso-controlo ou de coortes, estudos clínicos randomizados, controlados e multicêntricos até às revisões sistemáticas e meta-análises.

Baseando-nos na premissa de que a medicina baseada na evidência constitui o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica e tem subjacente a utilização conscienciosa de provas científicas rigorosas, com boa validade interna e externa, para a aplicação dos seus resultados na prática clínica diária, optámos por dar especial relevo aos tipos de estudo que se encontram no topo da pirâmide de evidência, designadamente as revisões sistemáticas e as meta-análises (El Dib, 2007) (Tabela 1).

Tabela 1: Meta-análises e revisões sistemáticas sobre a associação entre periodontite e parto pré-termo.

Autor	Estudos incluídos	MA/RS	Resultados/Conclusões
Madianos <i>et al.</i> , 2002	5 estudos - 1 coorte (Jeffcoat <i>et al.</i> , 2001) - 2 caso-controlo/ clínicos (Offenbacher <i>et al.</i> , 1996, Dasanayake, 1998) - 2 caso-controlo/ microbiológicos (Offenbacher <i>et al.</i> , 1998, Mitchell-Lewis <i>et al.</i> , 2001)	RS	Existe uma evidência limitada que a periodontite está associada com o aumento do risco para PPT, sendo necessários estudos observacionais e de intervenção mais rigorosos.
Scannapieco <i>et al.</i> , 2003	12 estudos - 3 transversais e longitudinais (Jeffcoat <i>et al.</i> , 2001, Madianos <i>et al.</i> , 2001, Offenbacher <i>et al.</i> , 2001) - 6 caso-controlo (Offenbacher <i>et al.</i> , 1996, Dasanayake, 1998, Offenbacher <i>et al.</i> , 1998, Dasanayake <i>et al.</i> , 2001, Davenport <i>et al.</i> , 2002, Romero <i>et al.</i> , 2002) - 3 intervenção (Mitchell-Lewis <i>et al.</i> , 2001, López <i>et al.</i> , 2002, López <i>et al.</i> , 2002)	RS	A periodontite pode ser um fator de risco para o PPT; a intervenção periodontal pode reduzir problemas adversos da gravidez.
Khader <i>et al.</i> , 2005	5 estudos - 3 coorte (Jeffcoat <i>et al.</i> , 2001, Mitchell-Lewis <i>et al.</i> , 2001, López <i>et al.</i> , 2002) - 2 caso-controlo (Offenbacher <i>et al.</i> , 1996, Dasanayake <i>et al.</i> , 2001)	MA PPT (OR 4.48: 2.62-6.99, IC 95%)	A periodontite em grávidas aumenta significativamente o risco de PPT.
Xiong <i>et al.</i> , 2005	25 estudos - 13 caso controlo (Offenbacher <i>et al.</i> , 1996, Dasanayake <i>et al.</i> , 1998, Sembene <i>et al.</i> , 2000, Louro <i>et al.</i> , 2001, Davenport <i>et al.</i> , 2002, Fraser <i>et al.</i> , Mokeem <i>et al.</i> , 2004, Goepfert <i>et al.</i> , 2004, Radnai <i>et al.</i> , 2004, Canakci <i>et al.</i> , 2004, Moore <i>et al.</i> , 2005, Buduneli <i>et al.</i> , 2005, Jarjoura <i>et al.</i> , 2005) - 9 coorte (Jeffcoat <i>et al.</i> , 2001, Offenbacher <i>et al.</i> , 2001, López <i>et al.</i> , 2002, Romero <i>et al.</i> , 2002, Boggess <i>et al.</i> , 2003, Moore <i>et al.</i> , 2004, Holbrook <i>et al.</i> , 2004, Dortbudak <i>et al.</i> , 2005, Rajapakse <i>et al.</i> , 2005) - 3 estudos clínicos controlados (Mitchell-Lewis <i>et al.</i> , 2001, López <i>et al.</i> , 2002, Jeffcoat <i>et al.</i> , 2003)	RS	A periodontite pode estar associada com o aumento do risco de problemas adversos na gravidez. Contudo, mais estudos metodologicamente rigorosos são necessários.

<p>Vettore <i>et al.</i>, 2006</p>	<p>36 estudos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 coorte (Jeffcoat <i>et al.</i>, 2001, López <i>et al.</i>, 2002, Offenbacher <i>et al.</i>, 2002, Holbrook <i>et al.</i>, 2004, Marin <i>et al.</i>, 2005.)</li> <li>- 27 caso-controlo (Offenbacher <i>et al.</i>, 1996, Dasanayake, 1998, Offenbacher <i>et al.</i>, 1998, Cardoso, 1999, Sembene <i>et al.</i>, 2000, Dasanayake <i>et al.</i>, 2001, Louro <i>et al.</i>, 2001, Madianos <i>et al.</i>, 2001, Mitchell-Lewis <i>et al.</i>, 2001, Davenport, 2002, Hasegawa <i>et al.</i>, 2003, Konopka <i>et al.</i>, 2003, Carta <i>et al.</i>, 2004, Goepfert <i>et al.</i>, 2004, Jarjoura <i>et al.</i>, 2004, Mokeen <i>et al.</i>, 2004, Moore <i>et al.</i>, 2004, Moore <i>et al.</i>, 2004, Radnai <i>et al.</i>, 2004, Buduneli <i>et al.</i>, 2005, Cruz <i>et al.</i>, 2005, Dortbudak <i>et al.</i>, 2005, Lunarde <i>et al.</i>, 2005, Moliterno <i>et al.</i>, 2005, Moore <i>et al.</i>, 2005, Moreu <i>et al.</i>, 2005, Noack <i>et al.</i>, 2005, Rajapakse <i>et al.</i>, 2005)</li> <li>- 3 ensaios clínicos controlados (Mitchell-Lewis <i>et al.</i>, 2001, López <i>et al.</i>, 2002, Jeffcoat <i>et al.</i>, 2003)</li> </ul>	<p>RS</p>	<p>26 dos estudos analisados consideraram positiva a associação entre a periodontite e problemas na gravidez.</p>
<p>Vergnes e Sixou, 2007</p>	<p>17 estudos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 transversais (Lunardelli <i>et al.</i>, 2005, Marin <i>et al.</i>, 2005)</li> <li>- 4 coorte (Jeffcoat <i>et al.</i>, 2001, Moore <i>et al.</i>, 2004, Dortbudak <i>et al.</i>, 2005, Rajapakse <i>et al.</i>, 2005)</li> <li>- 11 caso-controlo (Offenbacher <i>et al.</i>, 1996, Louro <i>et al.</i>, 2001, Konopka <i>et al.</i>, 2003, Glesse <i>et al.</i>, 2004, Goepfert <i>et al.</i>, 2004, Mokeem <i>et al.</i>, 2004, Radnai <i>et al.</i>, 2004, Robles <i>et al.</i>, 2004, Jarjoura <i>et al.</i>, 2005, Moliterno <i>et al.</i>, 2005, Noack <i>et al.</i>, 2005)</li> </ul>	<p>MA PPT (OR 2.27: 1.95-4.10, IC 95%)</p>	<p>A periodontite pode ser um fator de risco independente para o PPT, mas esta associação precisa ser confirmada por mais investigações e estudos observacionais ou ensaios clínicos randomizados.</p>
<p>Polyzos <i>et al.</i>, 2010</p>	<p>11 estudos – ensaios clínicos randomizados (Lopez <i>et al.</i>, 2002, Jeffcoat <i>et al.</i>, 2003, Lopez <i>et al.</i>, 2005, Michalowicz <i>et al.</i>, 2006, Offenbacher <i>et al.</i>, 2006, Sadatmansuri <i>et al.</i>, 2006, Tarannum <i>et al.</i>, 2007, Offenbacher <i>et al.</i>, 2009, Newnham <i>et al.</i>, 2009, Macones <i>et al.</i>, 2010, Oliveira <i>et al.</i>, 2010)</p>	<p>RS e MA PPT (OR 1.15: 0.95-1.40, IC 95%)</p>	<p>O tratamento da periodontite com raspagem e alisamento radicular não demonstrou significância estatística na diminuição da incidência de PPT.</p>
<p>Chambrone <i>et al.</i>, 2011a</p>	<p>11 estudos – coorte (Jeffcoat <i>et al.</i>, 2001, Offenbacher <i>et al.</i>, 2001, Moore <i>et al.</i>, 2004, Rajapakse <i>et al.</i>, 2005, Offenbacher <i>et al.</i>, 2006, Sharma <i>et al.</i>, 2007, Agueda <i>et al.</i>, 2008, Pitiphat <i>et al.</i>, 2008, Saddki <i>et al.</i>, 2008, Srinivas <i>et al.</i>, 2009, Rakoto Alson <i>et al.</i>, 2010.)</p>	<p>RS</p>	<p>Consistente associação entre periodontite e PPT.</p>

Chambrone <i>et al.</i> , 2011b	13 estudos – ensaios clínicos randomizados (Lopez <i>et al.</i> , 2002, Jeffcoat <i>et al.</i> , 2003, Lopez <i>et al.</i> , 2005, Michalowicz <i>et al.</i> , 2006, Offenbacher <i>et al.</i> , 2006, Sadatmansouri <i>et al.</i> , 2006, Tarannum <i>et al.</i> , 2007, Newnham <i>et al.</i> , 2009, Offenbacher <i>et al.</i> , 2009, Radnai <i>et al.</i> , 2009, Macones <i>et al.</i> , 2010, Oliveira <i>et al.</i> , 2010, Jeffcoat <i>et al.</i> , 2011)	RS	O tratamento periodontal na grávida pode não reduzir o risco de PPT.
Kim <i>et al.</i> , 2012	12 estudos – ensaios clínicos randomizados (Lopez <i>et al.</i> , 2002, Jeffcoat <i>et al.</i> , 2003, Michalowicz <i>et al.</i> , 2006, Offenbacher <i>et al.</i> , 2006, Sadatmansouri <i>et al.</i> , 2006, Tarannum <i>et al.</i> , 2007, Newnham <i>et al.</i> , 2009, Offenbacher <i>et al.</i> , 2009, Oliveira <i>et al.</i> , 2009, Radnai <i>et al.</i> , 2009, Macones <i>et al.</i> , 2010, Jeffcoat <i>et al.</i> , 2011.)	RS e MA PPT (RR 0.81: 0.64-1.02, IC 95%)	Significante redução do risco de PPT no tratamento de grávidas com periodontite através da raspagem e alisamento radicular, mas apenas nos grupos com elevado risco de PPT.

**Legenda 1.** IC – Intervalo de Confiança; MA – Meta-análise; OR – Odds ratio; PPT – Parto pré-termo; RR – Risco relativo; RS – Revisão sistemática.

No que respeita a uma possível associação entre PPT e periodontite, os estudos consultados (tabela 1) sugerem que, efetivamente, a associação parece ser real.

Na revisão sistemática de Madianos *et al.* (2002) verificou-se que existe evidência, apesar de limitada, que a periodontite está associada com o aumento do risco para o PPT.

Também Scannapieco *et al.* (2003) e Xiong *et al.* (2005), nas suas revisões sistemáticas que englobaram doze e vinte e cinco estudos, respetivamente, concluíram que, de facto, a periodontite parece ser um fator de risco para o PPT.

Da mesma forma, na revisão sistemática efetuada por Vettore *et al.* (2006), os autores verificaram que vinte e seis dos trinta e seis estudos analisados consideraram positiva a associação entre periodontite e problemas na gravidez.

Mais recentemente, em 2011, Chambrone *et al.* concluíram que a associação entre periodontite e PPT foi igualmente consistente nos onze estudos analisados (Chambrone *et al.*, 2011a).

Também as meta-análises disponíveis sustentam esta associação.

A meta-análise realizada por Khader *et al.*, em 2005, constata que a presença de periodontite em grávidas aumenta significativamente o risco de PPT. Os autores concluíram que grávidas com periodontite apresentam uma probabilidade 4.48 vezes superior de ter parto pré-termo comparativamente a grávidas sem periodontite (OR 4.48: 2.62-6.99, IC 95%).

De igual forma, Vergnes e Sixou, em 2007, numa meta-análise que englobou 17 estudos, verificaram que a periodontite pode ser um fator de risco para o PPT (OR 2.27: 1.95-4.10, IC 95%).

Apesar dos resultados supracitados, os autores são unânimes em afirmar que mais investigações e pesquisas rigorosas são necessárias para que se possa tecer conclusões definitivas (Madianos *et al.*, 2002, Scannapieco *et al.*, 2003, Khader *et al.*, 2005, Xiong *et al.*, 2005, Vettore *et al.*, 2006, Vergnes e Sixou, 2007, Chambrone *et al.*, 2011a, Kim *et al.*, 2012).

No que respeita à influência do tratamento periodontal em grávidas, as conclusões divergem quanto ao seu potencial em reduzir a incidência de PPT.

Por um lado, a meta-análise de Polyzos *et al.* (2010) concluiu que o tratamento com RAR não demonstra significância estatística na diminuição da incidência de PPT (OR 1.15: 0.95-1.40, IC 95%). Estes dados foram mais tarde corroborados por Chambrone *et al.* (2011b), que na revisão sistemática elaborada verificou que o tratamento pode não reduzir o risco de PPT.

Contrariamente, Scannapieco *et al.* (2003) chegaram a uma relação positiva, tendo verificado que a intervenção periodontal pode reduzir problemas adversos na gravidez. Também Kim *et al.* (2012), na sua revisão sistemática com meta-análise, constataram uma forte redução do risco de PPT após tratamento com RAR em grávidas com periodontite. No entanto isso apenas se comprovou nos grupos de elevado risco de PPT (RR 0.81: 0.64-1.02, IC 95%).

Uma análise mais cuidada da literatura publicada permite constatar que os diversos estudos apresentam inúmeras limitações, pelo que conclusões definitivas sobre o efeito real da periodontite sobre o PPT devem ser feitas com precaução. Por exemplo, é crucial ter em atenção que não há medidas estandardizadas para a avaliação da periodontite e que a população em estudo também pode influenciar os resultados, tendo em conta, por exemplo, a origem étnica e/ou os hábitos praticados. Assim, é importante estandardizar critérios para futuros estudos apresentarem conclusões sensatas e poderem ser comparados (Vogt *et al.*, 2010). Estudos com maior rigor metodológico, empregando resultados confiáveis e medidas de exposição semelhantes são necessários (Vettore *et al.*, 2006).

De qualquer das formas, tendo em conta os resultados apresentados, ainda que com as limitações inerentes, a melhor estratégia será sempre apostar essencialmente na prevenção da periodontite, pelo que a promoção da saúde oral deve incluir não só a educação da mulher grávida, mas também dos prestadores de cuidados de saúde. Por outro lado, caso a doença esteja já presente, o encaminhamento para os serviços odontológicos deve ser uma prioridade, de forma a que a periodontite possa ser tratada atempadamente, minimizando assim as sequelas da doença. O médico obstetra desempenha, neste contexto, um papel crucial (Boggess *et al.*, 2006). Nesse sentido, foi elaborado um questionário com o objetivo de perceber qual a posição e conhecimento dos médicos obstetras sobre a possível relação entre periodontite e PPT e verificar a sua abordagem relativamente à questão da saúde oral nas grávidas.

### III. MATERIAIS E MÉTODOS

#### 1. Tipo de estudo

O estudo elaborado é do tipo observacional.

#### 2. Design Experimental

##### 2.1. Amostra

##### 2.1.1. Seleção espacial e temporal para a realização do estudo

Com o intuito de perceber as posições dos Obstetras, foi então elaborado um questionário dirigido aos Especialistas em Obstetrícia das seguintes Instituições:

- Centro Hospitalar do Porto - Maternidade de Júlio Dinis
- Centro Hospitalar de São João
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho
- Hospital da Arrábida

Relativamente ao Hospital da Arrábida, apesar da insistência, não foi obtida qualquer resposta, o que fez com que os Médicos Obstetras desta instituição não fossem inquiridos.

O trabalho de campo foi realizado entre o mês de fevereiro e o mês de julho do presente ano.

### 2.1.2. Dimensão da amostra

Inicialmente foram entregues 60 questionários. Considerando-se as perdas com questionários não devolvidos ou recusas a respondê-los, contou-se com uma amostra final de 33 (10 correspondentes ao Centro Hospitalar do Porto, Maternidade de Júlio Dinis, 15 ao Centro Hospitalar de S. João e 8 ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho).

## 3. Recolha de dados

### 3.1. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados efetuou-se mediante a aplicação de um questionário. Cada questionário continha um total de 29 questões, divididas por três grupos. Para a obtenção de informações no que respeita à caracterização da amostra, foram elaboradas perguntas relativas à idade, ao género e ao número de anos de trabalho do profissional inquirido. De forma a podermos avaliar a posição e o conhecimento dos médicos inquiridos sobre a temática objeto de estudo deste trabalho, foram colocadas questões relacionadas com as doenças periodontais - gengivite e periodontite, com os possíveis procedimentos de rotina (estruturas orais avaliadas, exames dentários, medidas preventivas) e outras referentes à relação entre patologias orais e gravidez.

### 3.2. Metodologia utilizada na recolha de dados

Todos os questionários foram autoadministrados a médicos obstetras das instituições já referidas anteriormente. Inicialmente foram entregues ao diretor do serviço de obstetrícia de cada instituição, o qual foi o responsável pela distribuição dos mesmos pelos médicos.

#### 4. Tratamento estatístico dos dados

Os dados foram arquivados e tabulados no programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS for Windows* (versão 17), e posteriormente analisados de forma descritiva em função da natureza das variáveis em estudo.

Calcularam-se as frequências absolutas (número de casos válidos- N) e relativas (percentagem de casos válidos- %), assim como estatísticas descritivas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão), e ainda os valores extremos (mínimo e máximo). A exploração numérica dos dados foi acompanhada, sempre que considerado pertinente, por representações em tabelas.

De forma a verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, procedeu-se ao teste de Qui-Quadrado, tendo sido aplicado com um grau de confiança de 95% ( $\alpha=0,05$ ).

#### 5. Considerações éticas

Nenhum risco ou incómodo seria possível ser causado ao participante.

Quanto à confidencialidade, esta foi mantida principalmente porque o questionário era anónimo e no que respeita aos dados pessoais apenas foi recolhida informação sobre a idade, o género e o número de anos de trabalho, o que por si só não permite a identificação dos participantes.

Os dados não foram avaliados individualmente, mas sim agrupados com outros dados fornecidos por outros participantes, todos médicos especialistas em obstetrícia. Para além disso, o acesso aos dados do questionário restringe-se à investigadora e aos orientadores da investigação e não foi usado consentimento informado.

## 6. Critérios utilizados na pesquisa bibliográfica

Para a realização do enquadramento teórico deste trabalho monográfico, utilizaram-se diversos artigos científicos que nos pareceram pertinentes e ainda algumas obras literárias. Os artigos científicos selecionados referem-se, na sua totalidade, a artigos publicados em inglês e português entre 1996 e 2012.

A pesquisa foi efetuada na biblioteca da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e através de motores de busca da internet na área da saúde, nomeadamente o PubMed e Google Académico.

As palavras-chave utilizadas incluíram “*preterm delivery*”, “*periodontitis*”, “*periodontal disease*”, “*pregnancy*”, “*scaling and root planning*”.

Uma vez que sobre a temática em estudo existem já disponíveis revisões sistemáticas e meta-análises que agrupam, de forma organizada, as informações resultantes de um conjunto de estudos, realizados separadamente, apresentando as suas conclusões numa única conclusão, optou-se por dar especial relevância a estes tipos de estudos.

Assim sendo, das 19 meta-análises e revisões sistemáticas que resultaram dos critérios de pesquisa e palavras-chave utilizados, selecionaram-se 10. Os motivos de exclusão deveram-se ao facto de terem sido impossíveis de adquirir.

De forma a poderemos comparar os resultados obtidos com outros estudos semelhantes efetuou-se uma nova pesquisa utilizando as palavras-chave “*periodontitis*”, “*obstetricians*”, “*pregnancy*”, “*preterm delivery*” e “*knowledge*”.

A pesquisa pelas palavras-chave enumeradas resultou num total de seis artigos, os quais foram, na sua totalidade, incluídos na discussão deste trabalho. A título de curiosidade, quatro deles correspondem a estudos elaborados no Brasil (Ferreira *et al.*, 2009, Rocha *et al.*, 2011, Menoli *et al.*, 1997, Zanata *et al.*, 2008), um nos Estados Unidos da América (Wilder *et al.*, 2007) e outro na Jordânia (Al-Habashneh *et al.*, 2008).

#### IV. RESULTADOS

A amostra constou de um total de 33 médicos inquiridos: 10 médicos obstetras que responderam ao questionário no Centro Hospitalar do Porto, Maternidade Júlio Dinis; 15 no Centro Hospitalar de S. João e 8 no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Os inquéritos foram, no entanto, analisados em conjunto, sem qualquer distinção entre as instituições.

A primeira parte do questionário continha informações sobre o participante (género, idade e tempo de trabalho).

Dos médicos obstetras inquiridos, 29 são do género feminino (87,9%) e 4 do género masculino (12,1%). (Tabela 2)

Tabela 2: Frequências absolutas e relativas para o género.

Género (n=33)	n (%)
Feminino	29 (87,9%)
Masculino	4 (12,1%)

Quanto à idade dos participantes, a média situa-se em 39,9 (dp= 12,3), sendo o mais novo de 25 anos (mínimo) e o mais velho de 60 anos (máximo). Tendo em conta os anos de trabalho, o número médio encontra-se em 15,2 (dp=12,1), verificando-se que os anos de serviço variam entre 1 ano e os 35 anos. (Tabela 3)

Tabela 3: Estatísticas descritivas (média e desvio padrão) e valor máximo e mínimo para a idade e os anos de trabalho.

	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Idade (n=33)	25	60	39,9	12,3
Anos de trabalho (n=33)	1	35	15,2	12,1

O segundo grupo é constituído por oito questões.

A primeira pergunta refere-se aos parâmetros que descrevem a gengivite. A esta questão 51,5% dos inquiridos responderam que não sabiam se a “perda dentária” era ou não um critério que descreve a patologia. 45,5% responderam que “Não” e apenas 3% afirmaram que “Sim”. Para a alínea que descrevia a gengivite como uma “doença reversível com tratamento adequado”, a percentagem maioritária situa-se no “Sim” (57,6%), seguida de 39,4% para “Não sei” e de 3% para “Não”. Tendo em conta a categoria “Doença irreversível”, as respostas dividem-se entre o “Não” (54,5%) e o “Não sei” (45,5%). A percentagem maioritária para “edema e eritema gengival” encontra-se no “Sim” (69,7%), sendo a percentagem de respostas “Não sei” de 27,3% e de 3% no “Não”. Para as “lesões na língua”, as percentagens são iguais para “Não” e “Não sei” (48,5%) e 3% para “Sim”. 93,9% dos inquiridos responderam “Sim” para a categoria “inflamação das gengivas”, contra 6,1% no “Não sei”. Por último, na descrição de gengivite como “perda óssea”, as respostas corresponderam a 45,5% no “Não”, 3% no “Sim” e 51,5% no “Não sei”. Todas estas categorias apresentam diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$  e  $p < 0,001$ ), à exceção da categoria “doença irreversível” ( $p > 0,05$ ). (Tabela 4)

Tabela 4: Distribuição das respostas relativas à descrição de gengivite.

O que descreve a gengivite? (n=33)	Não	Sim	Não Sei	$\chi^2$
Perda Dentária	15 (45,5%)	1 (3%)	17 (51,5%)	$p < 0,01$
Doença reversível com tratamento adequado	1 (3%)	19 (57,6%)	13 (39,4%)	$p < 0,001$
Doença irreversível	18 (54,5%)	0 (0%)	15 (45,5%)	$p > 0,05$
Edema e Eritema Gengival	1 (3%)	23 (69,7%)	9 (27,3%)	$p < 0,001$
Lesões na língua	16 (48,5%)	1 (3%)	16 (48,5%)	$p < 0,01$
Inflamação das gengivas	0 (0%)	31 (93,9%)	2 (6,1%)	$p < 0,001$
Perda óssea	15 (45,5%)	1 (3%)	17 (51,5%)	$p < 0,01$

Analisando a segunda pergunta, referente aos parâmetros que melhor descrevem a periodontite, a “perda dentária” obteve uma percentagem de 45,5% na categoria “Não sei”, seguida da categoria “Sim” com 33,3% e, por fim, pela categoria “Não” com 21,2% das respostas. Para “doença reversível com tratamento adequado”, a percentagem maioritária situa-se no “Sim” com 81,8% das respostas, existindo apenas uma resposta

no “Não” (3%) e 5 no “Não sei” (15,2%). Relativamente a “Doença irreversível”, as respostas dividem-se entre o “Não” (45,5%) e o “Não sei” (54,5%), não havendo respostas para “Sim”. Tendo em conta “edema e eritema gengival”, 6 inquiridos responderam “Não” (18,2%), 16 responderam “Sim” (48,5%) e 11 responderam “Não sei”. Para “lesões na língua”, as percentagens são iguais para “Não” e “Não sei” (45,5%) e de 9,1% para “Sim”, enquanto que para “inflamação das gengivas” as percentagens são as mesmas para “Sim” e “Não sei” (42,4%), havendo 5 respostas na categoria “Não” (15,2%). Por fim, relativamente a “perda óssea”, 48,5% das respostas foram afirmativas, 36,4% afirmam não saber e 15,2% dos inquiridos responderam “Não”. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas para “doença reversível com tratamento adequado” ( $p < 0.001$ ), e para “lesões na língua” ( $p < 0,05$ ). (Tabela 5)

Tabela 5: Distribuição das respostas relativas à descrição de periodontite.

O que descreve a periodontite? (n=33)	Não	Sim	Não Sei	$\chi^2$
Perda Dentária	7 (21,2%)	11 (33,3%)	15 (45,5%)	$p > 0,05$
Doença reversível com tratamento adequado	1 (3%)	27 (81,8%)	5 (15,2%)	$p < 0,001$
Doença irreversível	15 (45,5%)	0 (0%)	18 (54,5%)	$p > 0,05$
Edema e Eritema Gengival	6 (18,2%)	16 (48,5%)	11 (33,3%)	$p > 0,05$
Lesões na língua	15 (45,5%)	3 (9,1%)	15 (45,5%)	$p < 0,05$
Inflamação das gengivas	5 (15,2%)	14 (42,4%)	14 (42,4%)	$p > 0,05$
Perda óssea	5 (15,2%)	16 (48,5%)	12 (36,4%)	$p > 0,05$

Debruçando-nos sobre a tabela 6 que analisa as respostas dadas à questão “A gengivite é uma condição mais séria que a periodontite?”, verifica-se um número de respostas maioritariamente na categoria “Às vezes” (45,5%). As categorias “Não sei” e “Nunca” estão com percentagens próximas (27,3% e 24,2%, respetivamente), enquanto que “Sempre” encontra-se com apenas uma resposta (3%). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,01$ ). (Tabela 6)

Tabela 6: Distribuição das respostas relativas à condição mais séria (gingivite ou periodontite).

A gengivite é uma condição mais séria que a periodontite? (n=33)	n (%)	$\chi^2$
Nunca	8 (24,2%)	p<0,01
Às vezes	15 (45,5%)	
Sempre	1 (3%)	
Não sei	9 (27,3%)	

Como fatores etiológicos para a periodontite, a maioria dos participantes considera ser a má higiene oral e as bactérias as principais causas (90,9%). 13 indivíduos consideraram a gravidez como fator predisponente, sendo que outros 13 afirmaram não saber (39,4%). Todas as categorias apresentam diferenças estatisticamente significativas, à exceção da “gravidez” e da “perda dentária”, em que o  $p > 0,05$ . (Tabela 7)

Tabela 7: Distribuição das respostas relativas aos fatores etiológicos da periodontite.

Em relação à periodontite, considera como fatores etiológicos: (n=33)	Não	Sim	Não Sei	$\chi^2$
Má higiene oral	0 (0%)	30 (90,9%)	3 (9,1%)	p<0,001
Gravidez	7 (21,2%)	13 (39,4%)	13 (39,4%)	p>0,05
Frequência de consumo de açúcar	3 (9,1%)	21 (63,6%)	9 (27,3%)	p<0,001
Quantidade de consumo de açúcar	4 (12,1%)	20 (60,6%)	9 (27,3%)	p<0,01
Perda dentária	7 (21,2%)	14 (42,4%)	12 (36,4%)	p>0,05
Bactérias	0 (0%)	30 (90,9%)	3 (9,1%)	p<0,001
Idade	3 (9,1%)	16 (48,5%)	14 (42,4%)	p<0,05
Fumar	1 (3%)	26 (78,8%)	6 (18,2%)	p<0,001
Suscetibilidade genética	2 (6,1%)	22 (66,7%)	9 (27,3%)	p<0,001
Diabetes	1 (3%)	25 (75,8%)	7 (21,2%)	p<0,001

Tendo em conta a Tabela 8, as estruturas orais que os médicos obstetras mais avaliam são a gengiva, a mucosa oral e a língua (39,4%, 36,4% e 30,3%, respetivamente), embora haja, para todas as variáveis consideradas, um maior número de médicos obstetras que não faz qualquer avaliação. As diferenças foram estatisticamente significativas para as categorias “dentes”, “língua”, “amígdalas” e “outros” ( $p < 0,05$ ).

Tabela 8: Distribuição das respostas relativas às estruturas orais avaliadas.

Das estruturas orais que se seguem, costuma avaliar: (n=33)	Não	Sim	$\chi^2$
Dentes	24 (72,7%)	9 (27,3%)	p<0,01
Gengiva	20 (60,6%)	13 (39,4%)	p>0,05
Mucosa oral	21 (63,6%)	12 (36,4%)	p>0,05
Língua	23 (69,7%)	10 (30,3%)	p<0,05
Amígdalas	25 (75,8%)	8 (24,2%)	p<0,01
Outros	30 (90,9%)	3 (9,1%)	p<0,001

Segundo a tabela 9, a maioria dos médicos obstetras refere pedir exames dentários apenas se o paciente mencionar algum problema (66,7%), e somente 12,1% dos inquiridos assume pedi-los periodicamente. Neste caso, as diferenças foram estatisticamente significativas, sendo o p<0,001. (Tabela 9)

Tabela 9: Frequências absolutas e relativas para os exames dentários.

Relativamente aos exames dentários, costuma pedi-los: (n=33)	$\chi^2$
Raramente/Nunca	7 (21,2%)
Se o paciente mencionar algum problema	22 (66,7%) p<0,001
Periodicamente	4 (12,1%)

Considerando as medidas de prevenção para o controlo da doença periodontal, a maioria dos médicos obstetras admitem instruir as pacientes para a higiene oral (81,8%), assim como para a visita regular ao médico dentista (72,7%) e orientação alimentar (63,6%). Uma percentagem menor assume recomendar a visita ao médico dentista antes da gravidez (57,6%). Quanto ao suplemento vitamínico, flúor e cálcio, uma minoria considera esta como uma medida preventiva. Estão presentes diferenças estatisticamente significativas, à exceção das categorias “orientação alimentar” e “visita ao médico dentista antes da gravidez”, em que o p>0,05. (Tabela 10)

Tabela 10: Distribuição das respostas relativas às medidas de prevenção da DP.

Quais as medidas que adota para controlo da doença periodontal (gingivite e periodontite)? (n=33)	Não	Sim	$\chi^2$
Instruções de higiene oral	6 (18,2%)	27 (81,8%)	p<0,001
Orientação alimentar	12 (36,4%)	21 (63,6%)	p>0,05
Visita ao médico dentista antes da gravidez	14 (42,4%)	19 (57,6%)	p>0,05
Visita regular ao médico dentista	9 (27,3%)	24 (72,7%)	p<0,01
Visita ao médico dentista apenas se necessário	29 (87,9%)	4 (12,1%)	p<0,001
Suplemento vitamínico	25 (75,8%)	8 (24,2%)	p<0,01
Flúor	25 (75,8%)	8 (24,2%)	p<0,01
Cálcio	27 (81,8%)	6 (18,2%)	p<0,001

No que diz respeito à tabela 11 referente às patologias associadas ao parto pré-termo, as opiniões dividem-se muito, à exceção da periodontite, que é considerada por muitos uma patologia associada ao parto pré-termo (81,8%). No entanto, muitas são as respostas na categoria “Não sei” (15,2%). Para as variantes “aftas”, “tumores”, “xerostomia” e “herpes labial” as respostas dividiram-se entre o “Não” e o “Não sei”, enquanto que para “cárie” e “gingivite” a percentagem manteve-se semelhante entre as três categorias “Não”, “Sim” e “Não sei”. Assim, “cárie” e “gingivite” não apresentam diferenças estatisticamente significativas, uma vez que o p>0,05.

Tabela 11: Distribuição das respostas relativas às patologias associadas com o PPT.

Quais das seguintes patologias acha terem associação com o parto pré-termo? (n=33)	Não	Sim	Não Sei	$\chi^2$
Cárie	9 (27,3%)	11 (33,3%)	13 (39,4%)	p>0,05
Aftas	17 (51,5%)	3 (9,1%)	13 (39,4%)	p<0,01
Gingivite	10 (30,3%)	11 (33,3%)	12 (36,4%)	p>0,05
Periodontite	1 (3%)	27 (81,8%)	5 (15,2%)	p<0,001
Tumores	12 (36,4%)	3 (9,1%)	18 (54,5%)	p<0,01
Xerostomia	16 (48,5%)	1 (3%)	16 (48,5%)	p<0,01
Herpes labial	18 (54,5%)	1 (3%)	14 (42,4%)	p<0,01

A tabela 12 refere-se à distribuição das respostas relativas ao grupo III do questionário. Olhando para as questões mais específicas, percebe-se que 72,7% dos médicos obstetras acredita que, às vezes, os problemas gengivais e dentários podem afetar a gravidez. No entanto, 45,5% pensa existir sempre uma ligação entre a saúde gengival, a saúde dentária e a gravidez, contra uma percentagem de 42,4% na categoria “às vezes”.

Quanto às infeções orais/ periodontopatias serem um risco para a gravidez, 51,5% dos inquiridos responderam “às vezes”, e 42,4% responderam “sempre”.

No que diz respeito à relação entre periodontite e PPT, as respostas dividem-se por todas as categorias (“Sim”-18,2%; “Às vezes”-24,2%; “Raramente”-27,3%; “Nunca”-15,2%; “Não sei”-27,3%).

Tendo em conta a relação entre cárie e gengivite com o PPT, as respostas distribuem-se, maioritariamente, pelas categorias “Às vezes”, “Raramente” e “Não sei”.

Para 48,5% dos médicos obstetras o tratamento periodontal em grávidas nunca aumenta o risco de PPT. No entanto, relativamente às DP poderem ser tratadas de forma segura durante a gravidez através da RAR, as opiniões dividem-se entre o “Sempre” (39,4%) e o “Não sei” (42,4%).

A maioria dos obstetras afirma ainda que “Às vezes” avisa o paciente para visitar o médico dentista antes, durante e após a gravidez.

Alertar a grávida para uma boa saúde oral diminui sempre o risco de PPT apenas para 21,2% dos inquiridos.

Por último, uma percentagem maioritária de participantes (63,6%) considera que nunca é contraindicada a utilização de anestesia numa grávida durante um tratamento dentário.

Tabela 12: Distribuição das respostas relativas ao grupo III.

(n=33)	Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	Não sei
A gravidez aumenta a tendência para hemorragia ou edema gengival?	13 (39,4%)	20 (60,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
A gravidez aumenta a tendência para perda dentária?	3 (9,1%)	18 (54,5%)	6 (18,2%)	1 (3%)	5 (15,2%)
A gravidez aumenta a tendência para cárie dentária?	2 (6,1%)	13 (39,4%)	8 (24,2%)	4 (12,1%)	6 (18,2%)
Os problemas gengivais e dentários podem afetar a gravidez?	6 (18,2%)	24 (72,7%)	1 (3%)	0 (0%)	2 (6,1%)
Existe uma ligação entre saúde gengival dentária e a gravidez?	15 (45,5%)	14 (42,4%)	3 (9,1%)	0 (0%)	1 (3%)
As infeções orais/ periodontopatias são um risco para a gravidez?	14 (42,4%)	17 (51,5%)	2 (6,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Existe relação entre periodontite e parto pré-termo?	6 (18,2%)	18 (54,5%)	2 (6,1%)	0 (0%)	7 (21,2%)
Existe relação entre cárie e parto pré-termo?	2 (6,1%)	8 (24,2%)	9 (27,3%)	5 (15,2%)	9 (27,3%)
Existe relação entre gengivite e parto pré-termo?	1 (3%)	8 (24,2%)	10 (30,3%)	4 (12,1%)	10 (30,3%)
O tratamento periodontal em grávidas aumenta o risco para parto pré-termo?	0 (0%)	4 (12,1%)	7 (21,2%)	16 (48,5%)	6 (18,2%)
As doenças periodontais podem ser tratadas de forma segura durante a gravidez através de um procedimento chamado raspagem e alisamento radicular?	13 (39,4%)	6 (18,2%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (42,4%)
Costuma avisar o paciente para visitar o médico dentista antes da gravidez?	9 (27,3%)	14 (42,4%)	6 (18,2%)	4 (12,1%)	0 (0%)
Costuma avisar o paciente para visitar o médico dentista durante a gravidez?	10 (30,3%)	17 (51,5%)	3 (9,1%)	3 (9,1%)	0 (0%)
Costuma avisar o paciente para visitar o médico dentista após a gravidez?	6 (18,2%)	15 (45,5%)	8 (24,2%)	4 (12,1%)	0 (0%)
Costuma avisar o paciente para atrasar a visita ao médico dentista até ao fim da gravidez?	0 (0%)	6 (18,2%)	3 (9,1%)	23 (69,7%)	1 (3%)
Costuma avisar o paciente para incluir a avaliação periodontal como cuidado pré-natal?	5 (15,2%)	17 (51,5%)	7 (21,2%)	4 (12,1%)	0 (0%)
Alertar a grávida para uma boa saúde oral diminui o risco de parto pré-termo?	7 (21,2%)	14 (42,4%)	3 (9,1%)	6 (18,2%)	3 (9,1%)
Considera contraindicada a utilização de anestesia numa grávida durante um tratamento dentário?	0 (0%)	6 (18,2%)	5 (15,2%)	21 (63,6%)	1 (3%)

## V. DISCUSSÃO

O presente estudo reflete a posição e o conhecimento dos médicos obstetras acerca da associação entre periodontite e parto pré-termo, bem como sobre alguns assuntos relacionados com a saúde oral da mulher grávida (Al-Habashneh *et al.*, 2008).

São poucos os estudos publicados acerca desta temática, não havendo conhecimento da existência de algum a nível nacional.

Foram incluídos no estudo médicos especialistas em obstetrícia a exercer no momento nas instituições do Centro Hospitalar do Porto, Maternidade de Júlio Dinis; Centro Hospitalar de São João e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Todos os inquiridos recebidos foram válidos, verificando-se, como previsto, o anonimato.

Houve um adequado número de obstetras a responder ao questionário, tendo em conta os limites espaciais estabelecidos. No entanto, é importante referir que a amostra deste trabalho pode não ser representativa dos médicos obstetras de outras instituições.

A atenção odontológica para com a grávida reflete-se em benefícios para o feto, promovendo uma melhor qualidade de vida para ambos. Torna-se, então, imprescindível direcionar programas de prevenção. São muitas as dúvidas que ainda existem, fazendo com que a gestante evite o contato com o médico dentista. Neste sentido, o papel do obstetra torna-se crucial, sendo necessária a sua intervenção, de modo a proporcionar uma interação com especialistas em saúde oral (Ferreira *et al.*, 2009).

No entanto, Lewis *et al.*, em 2000, evidenciaram a escassez de conhecimento dos médicos em matérias de saúde oral, bem como a dificuldade em reencaminhar os pacientes para um médico dentista.

Partilhamos da opinião que o especialista em obstetrícia deveria ter a obrigação de informar a paciente quanto à saúde oral e a sua repercussão na gravidez, devendo ser o agente vetorial da educação, atuando diretamente sobre a mãe e, através desta, no bebé (Ferreira *et al.*, 2009, Menoli *et al.*, 1997).

Os dados deste estudo não podem ser extrapolados, mas demonstram que alguns aspetos relacionados com os cuidados dentários durante a gravidez deveriam ser mais difundidos no sentido de estabelecer protocolos de tratamento adequados (Zanata *et al.*, 2008).

Algumas organizações, como a *American Academy of Periodontology* (AAP), a *American Dental Association*, a *American Academy of Pediatrics* e a *American Academy of Pediatric Dentistry* têm desenvolvido recomendações para melhorar a saúde oral da grávida (Amini *et al.*, 2010).

A AAP publicou algumas considerações sobre o tratamento das grávidas com doença periodontal, com base na associação entre periodontite e PPT. De acordo com o publicado, o diagnóstico da condição periodontal deverá ser feito atempadamente. Deverá considerar-se o contacto com o médico da paciente para alertar para a presença de infeção periodontal e para o tratamento proposto, tendo naturalmente em conta o período gestacional em que se encontra, o estado da gravidez e os fatores de risco da periodontite que podem causar problemas. A educação da paciente para o possível impacto da periodontite na gestação é também um passo importante, assim como a terapia e motivação para estabelecer e manter a saúde periodontal (AAP, 2000).

Também a Academia Americana de Odontopediatria (*American Academy of Pediatric Dentistry*) tem desenvolvido algumas *guidelines* em resposta à crescente preocupação à volta da saúde oral durante a gravidez. Nesse contexto, os prestadores de cuidados de saúde deveriam intervir precocemente na educação da mulher, através de recursos que façam a grávida compreender a importância de uma boa saúde oral. A educação e a motivação para uma adequada higiene oral são essenciais. Sendo assim, deveria alertar-se a grávida para a prática de uma boa escovagem e uso de fio dentário ou de escovilhão interdentário, o uso de pasta dentífrica com flúor e de colutórios fluoretados sem álcool. Relativamente à nutrição, esta deve ser adequada evitando o excesso de consumo de açúcar. O tratamento de lesões de cárie dentárias deve ser providenciado, pois acredita-se ser seguro durante a gestação. A interação com o médico dentista não deve ser, de todo, descartada (Watson, 2010).

Tendo em conta o primeiro grupo do questionário, 29 dos médicos inquiridos eram do género feminino e 4 do género masculino. A idade mínima dos inquiridos é de 25 anos e a máxima de 60, sendo a média de 39,9 (dp=12,3). Quanto aos anos de trabalho, o mínimo verifica-se ser 1 ano, e o máximo 35 anos, sendo que a média está nos 15,2 (dp=12,1). Revela-se, assim, a heterogeneidade da amostra, apesar de estarem presentes mais mulheres.

A gengivite é uma inflamação reversível limitada aos tecidos moles da cavidade oral, caracterizada por eritema e edema gengival, ao contrário da periodontite que se define por uma doença inflamatória irreversível, com perda óssea e podendo comprometer os tecidos de suporte dos dentes, podendo apresentar também eritema e edema gengival. Assim, entende-se que a periodontite é sempre uma condição mais grave que a gengivite (Hasturk *et al.*, 2012, Page *et al.*, 1997a, Page *et al.*, 1997b).

Efetivamente os dados do estudo revelam que um elevado número de médicos obstetras considera a gengivite como sendo uma inflamação gengival (93,9%), assim como sendo caracterizada por edema e eritema gengival (69,7%) e uma doença reversível com tratamento adequado (57,6%). No entanto, muitos não sabem se esta patologia engloba perda dentária (51,5%), se é uma doença irreversível (45,5%), se está associada a lesões na língua (48,5%) ou ainda se se manifesta por perda óssea (51,5%). (Tabela 4)

Por outro lado, em relação à periodontite, a maioria das respostas refere que se trata de uma doença reversível com tratamento adequado (81,8%). Quanto ao facto de se tratar de uma doença irreversível, não houve qualquer resposta positiva, sendo que os médicos obstetras dividiram-se entre o “Não” (45,5%) e o “Não sei” (54,5%). (Tabela 5)

Mais ainda, uma percentagem maioritária de respostas (45,5%) indica que os especialistas em obstetrícia consideram que às vezes a gengivite é uma condição mais séria que a periodontite, enquanto que 27,3% não sabe. Apenas 24,2% assume que a gengivite nunca é uma condição mais séria que a periodontite. (Tabela 6)

A má higiene oral (bactérias), a perda dentária, a idade, o tabaco, a suscetibilidade genética e a diabetes, entre outros, são fatores etiológicos da periodontite (Hinrichs *et*

*al.*, 2007, Klokkevold *et al.*, 2007, Papapanou *et al.*, 2008, Piscoya *et al.*, 2012). Os resultados sugerem que, para todos os fatores etiológicos referidos, a maioria das respostas é positiva, à exceção da gravidez e da perda dentária, onde os resultados se repartem pelas três categorias (“Não”, “Sim” e “Não sei”). (Tabela 7)

Quanto às estruturas orais avaliadas no exame clínico, as percentagens sugerem que um elevado número de médicos obstetras não as costuma avaliar de todo, no entanto, alguns ainda o fazem (27,3% avalia os dentes, 39,4% a gengiva, 36,4% a mucosa oral, 30,3% a língua, 24,2% avalia as amígdalas e, por último, 9,1% avalia outras estruturas orais) (tabela 8). Para 66,7% dos médicos, os exames dentários apenas são pedidos se o paciente mencionar algum problema, verificando-se que 21,2% raramente ou nunca os exige (tabela 9).

No que se refere às medidas preventivas para o controlo da doença periodontal, uma grande diversidade de respostas está presente. 81,8% adota as instruções de higiene oral; 63,6% a orientação alimentar; 57,6% a visita ao dentista antes da gravidez; 72,7% a visita regular ao médico dentista; 12,1% a visita ao médico dentista apenas se necessário; 24,2% recorre a suplementos vitamínicos; 24,2% ao flúor e 18,2% ao cálcio. (Tabela 10)

Uma boa higiene oral, baseada numa boa escovagem e no uso de fio dentário ou escovilhão interdentário, bem como a eliminação de outros fatores de risco, como o tabaco, podem ajudar na diminuição das bolsas periodontais e da flora bacteriana, evitando a progressão da DP e conseqüente risco de PPT (Kim *et al.*, 2006).

A orientação alimentar também toma um papel importante na prevenção da DP, no sentido em que uma boa dieta apresenta vantagens para manter uma boa saúde oral. Alguns autores observaram que indivíduos com ingestão adequada de cálcio e ácido fólico (vitamina presente no fígado, feijão e alguns vegetais) apresentavam um maior número de dentes (e um maior número de dentes funcionais) do que os indivíduos com um consumo inadequado (Marshall *et al.*, 2002, Andrade *et al.*, 2011, Hillemeier *et al.*, 2007). Num estudo efetuado por Mesas *et al.* verificou-se a associação entre deficiência nutricional e a DP (Mesas *et al.*, 2010). Yoshihara *et al.* observaram um aumento de

ocorrência de DP relacionada com o consumo de açúcar (Yoshihara *et al. cit in* Mesas *et al.*, 2010).

Não há deficiências nutricionais que por si só possam causar gengivite ou periodontite, sendo necessária a presença de placa bacteriana, no entanto há deficiências nutricionais que podem afetar a condição do periodonto. Em relação às deficiências de vitaminas A, D e E não existe nenhum estudo que demonstre a associação com DP. Quanto às deficiências de vitaminas B e C, estas geram alterações importantes. A deficiência em vitamina B tem como uma das consequências a gengivite. A deficiência em vitamina C pode desempenhar um papel na doença periodontal por influenciar o metabolismo do colagénio, afetando a capacidade do tecido se regenerar, por interferir com a formação de osso (levando à perda de osso periodontal), e por alterar a função de barreira do epitélio a produtos bacterianos. Esta deficiência é um fator etiológico da gengivite, por agravar a resposta gengival à placa bacteriana e piorar o edema e a hemorragia. É igualmente um fator etiológico da periodontite, por aumentar o efeito destrutivo da inflamação gengival sobre o ligamento periodontal subjacente ao osso alveolar (Klokkevold *et al.*, 2007).

A *American Dental Association* (ADA) apoia a utilização do flúor. A introdução de flúor nas águas públicas, assim como nas pastas dentífricas é considerada segura e necessária, como forma de prevenir a cárie dentária e DP. O flúor fortalece o esmalte do dente e ajuda na remineralização (ADA, 2000).

A visita regular ao médico dentista é, sem dúvida, a base para manter uma ótima saúde oral, prevenindo o aparecimento de DP e/ou controlando-a caso esta esteja presente.

Tendo em conta a tabela 11, para 33,3% dos médicos obstetras a cárie é considerada uma patologia associada com o parto pré-termo, no entanto 39,4% assume não saber. Quanto às aftas, apenas 9,1% acha existir associação com o PPT, apesar de uma grande percentagem não saber. No que diz respeito à gengivite, as respostas repartem-se, sendo as percentagens semelhantes entre as três categorias. Abordando a periodontite, a maioria dos obstetras pensa estar associada ao PPT (81,8%). Quanto aos tumores,

xerostomia e herpes labial, as percentagens dividem-se maioritariamente entre o “Não” e o “Não sei”. (Tabela 11)

Segundo a literatura, a periodontite poderá estar relacionada com o parto pré-termo. Não existe qualquer referência para a associação entre cárie, aftas, gengivite, tumores, xerostomia ou herpes labial com o PPT (Brunetti, 2003, Madianos *et al.*, 2002, Scannapieco *et al.*, 2003, Khader *et al.*, 2005, Xiong *et al.*, 2005, Vettore *et al.*, 2006, Vergnes *et al.*, 2007, Chambrone *et al.*, 2011a, Kim *et al.*, 2012).

Referindo-nos agora ao terceiro grupo (tabela 12), apenas 39,4% dos médicos revelaram saber que a gravidez aumenta a tendência para hemorragia ou edema gengival (60,6% respondeu que essa tendência só se verifica às vezes). No entanto está descrito que a mulher grávida sofre grandes alterações devido aos níveis elevados de estrogénio e de progesterona, induzindo a hiperemia e aumentando a hemorragia e o edema gengival (Zanata *et al.*, 2008, Thomas *et al.*, 2008).

Para a questão “A gravidez aumenta a tendência para perda dentária?”, a resposta foi maioritária em “Às vezes” (54,5%), assim como para a questão “Os problemas gengivais e dentários podem afetar a gravidez?” (72,7%). Relativamente à pergunta “A gravidez aumenta a tendência para cárie dentária?” verificou-se uma percentagem de 39,4% na categoria “Às vezes”. Por sua vez, para a variante “Existe uma ligação entre a saúde gengival, dentária e a gravidez?”, o maior número de respostas situa-se entre o “Sempre” (45,5%) e o “Às vezes” (42,4%). Estes resultados são satisfatórias, pois os médicos revelam saber que, efetivamente, os problemas orais poderão estar interligados com a gestação.

As infeções orais e periodontopatias podem constituir um risco para a gestante e para o feto, sendo que era desejável que os médicos adotassem exames orais de rotina no período pré-natal e durante a gravidez, a fim de prevenir problemas indesejados (Menoli *et al.*, 1997). Os resultados mostram que a maioria dos inquiridos acha que às vezes esse risco está presente (51,5%).

A variante “Existe relação entre periodontite e parto pré-termo?” teve como maioria das respostas o “Às vezes” (54,5%). No entanto 21,2% dos médicos obstetras afirma não saber.

No que diz respeito à cárie dentária, esta poderá estar associada à gravidez (não direta, mas indiretamente), mas não apresenta relação com o PPT. A maioria dos autores assume que as alterações hormonais e a hiperacidez salivar verificadas na grávida não são suficientes para causar cárie dentária (Viegas, 2007 *cit in* Menoli *et al.*, 1997). A sua maior incidência durante a gravidez poderá ser devido à negligência na higiene oral (Menoli *et al.*, 1997). Contrariamente a este facto, alguns médicos obstetras acham que às vezes isso acontece (24,2%). 27,3% dos médicos assume não saber.

Relativamente à gengivite, esta também não tem associação com o parto pré-termo. Esta patologia surge na gravidez pelas taxas elevadas de progesterona, havendo alterações na microvascularização que se traduz na gengiva por uma aumento da inflamação na presença de placa bacteriana. A completa remoção diária da placa bacteriana reduziria a gengivite (Menoli *et al.*, 1997). Os inquiridos responderam de forma pouco esclarecedora, no sentido em que a mesma percentagem de respostas encontra-se no “Não sei” e no “Raramente” (30,3%). A categoria “Às vezes” também obteve um grande número de respostas (24,2%).

De acordo com a literatura científica consultada, o tratamento dentário em grávidas não está contraindicado, sendo aliás mais prejudicial para o bebé a permanência das infeções na cavidade oral. O segundo trimestre é considerado o período mais estável da gestação e, por isso, o mais adequado para os procedimentos dentários (Ferreira *et al.*, 2009). 48,5% dos obstetras concorda com este pressuposto.

Para vários autores, o método de raspagem e alisamento radicular para tratamento da periodontite é considerado seguro na gravidez (Lopez *et al. cit. in* Boggess *et al.*, 2006, Lohsoonthorn *et al.*, 2008, Jeffcoat *et al.*, 2011). Segundo a ADA, o tratamento através de RAR é absolutamente seguro entre as 13 e as 21 semanas de gestação (2º trimestre), bem como o uso de anestésicos locais (ADA, 2008). Em alguns estudos pôde concluir-

se ainda que a intervenção periodontal em grávidas, através da RAR, pode reduzir o risco de PPT (Scannapieco *et al.*, 2003, Kim *et al.*, 2012).

Segundo a tabela 12, a maioria dos obstetras admite não saber deste facto (42,4%), apesar de que uma outra grande percentagem assume ser sempre seguro (39,4%).

A maioria dos médicos inquiridos afirma avisar algumas vezes a paciente para visitar o dentista (antes da gravidez-42,4%; durante-51,5%; após-45,5%), e nunca atrasar a visita até ao fim da gravidez (69,7%). No entanto, algumas respostas indicam que existem médicos obstetras que não fazem qualquer referência ao médico dentista. Alertar para a inclusão da avaliação periodontal como cuidado pré-natal é também usual para a maioria dos médicos obstetras (“Às vezes”-51,5%; “Sempre”-15,2%).

Como referido anteriormente, existe relação entre a saúde oral e a gravidez, assim como o risco de parto pré-termo quando a periodontite está presente. Desta forma, pode inferir-se haver diminuição do risco de PPT em grávidas com boa saúde oral. A maioria dos obstetras que responderam ao questionário refere que esse risco está diminuído (“Às vezes”-42,4%; “Sempre”-21,2%), no entanto 6 médicos consideram que isso nunca se verifica.

Em relação à anestesia, uma grande parte dos médicos (63,6%) refere ser raramente contraindicada. O uso de anestésicos locais em grávidas saudáveis, como adjuvante na terapia periodontal, é seguro (Wrzosek *et al.*, 2009). Contudo, a lidocaína com adrenalina na concentração de 1:100000 deve ser o anestésico de primeira escolha. A felipressina e a bupivacaína devem ser evitadas, por induzir as contrações uterinas e por ter uma ação de longa duração, respetivamente. A utilização de anestésico com vasoconstritor é aconselhável por reduzir a taxa de absorção sistémica e conseqüentemente a toxicidade do anestésico, bem como aumentar a profundidade e a duração da anestesia. Deve ser evitado em situações de hipertensão e diabetes não controlada, doença cardíaca severa, hipertiroidismo, alergia a sulfitos ou em casos de interação medicamentosa (antidepressivos tricíclicos, cocaína e bloqueadores seletivos beta) (Zanata *et al.*, 2008, ADA, 2008).

Analisando os poucos estudos efetuados acerca da posição dos médicos obstetras sobre os riscos da periodontite na gravidez, percebe-se que no Brasil, em geral, têm algum conhecimento, apesar de não se dever desprezar a percentagem que não o tem (Ferreira *et al.*, 2009, Rocha *et al.*, 2011, Menoli *et al.*, 1997, Zanata *et al.*, 2008). Quanto ao estudo conduzido por Wilder *et al.*, nos Estados Unidos da America (Carolina do Norte), conclui-se que há noção sobre a periodontite e a sua associação com o parto pré-termo, apesar de existir uma limitação na incorporação de cuidados dentários na prática clínica (Wilder *et al.*, 2007). Um outro estudo, na Jordânia, reflete, na generalidade, que o conhecimento dos médicos é pobre (Al-Habashneh *et al.*, 2008).

Gonzaga *et al.* destacaram a importância da saúde oral da mulher grávida, de modo a criar hábitos de higiene oral, assim como para estabelecer um modelo integrado de prevenção (Gonzaga *et al.*, 2001). Lamster *et al.* recomendaram a comunicação entre os profissionais de saúde, bem como com os seus pacientes, sendo esta a atitude chave para a promoção da saúde (Lamster *et al.*, 2008).

Tendo em conta a associação entre a saúde oral e determinadas condições sistémicas, estratégias de educação são necessárias e deviam ser desenvolvidas políticas para melhorar a comunicação e fomentar o estabelecimento de protocolos de cooperação entre as classe médica e médico-dentária (Wilder *et al.*, 2007).

## VI. CONCLUSÃO

Vários estudos ao longo dos anos têm indicado a periodontite como um fator de risco para o parto pré-termo.

Os resultados deste estudo não podem ser extrapolados, no entanto, eles demonstram a abordagem dos médicos obstetras de três grandes instituições perante a saúde oral da grávida, bem como a sua posição perante a associação entre periodontite e parto pré-termo.

Muitos dos médicos obstetras encontram-se divididos no que concerne à definição das doenças periodontais. A maioria sabe que a gengivite é uma inflamação das gengivas, que se caracteriza por edema e eritema gengival e que é uma doença reversível com tratamento adequado. No que diz respeito à periodontite, nenhum médico concorda com o facto de ser uma doença irreversível, tendo a maioria respondido ser uma doença reversível com tratamento adequado. Além disso, a maioria acha que a gengivite é, às vezes, uma condição mais séria que a periodontite.

Quanto aos fatores etiológicos da periodontite, a maioria dos médicos sabe quais são, à exceção da perda dentária, onde as opiniões se dividem.

Neste estudo foi também possível perceber que grande parte dos médicos obstetras não avalia a cavidade oral, e que apenas pedem exames dentários caso o paciente mencione algum problema.

Tendo em conta as medidas preventivas, os inquiridos assumem recorrer às instruções de higiene oral e à orientação alimentar, assim como recomendar a visita ao médico dentista. Poucos são os que prescrevem flúor, cálcio ou suplementos vitamínicos.

É importante evidenciar a presença de algumas contradições. A maioria dos médicos obstetras apenas pede exames dentários se o paciente mencionar algum problema, no entanto, afirmam que adotam a recomendação da visita ao médico dentista como medida preventiva.

É possível verificar ainda que quanto às patologias orais, muitos dos médicos entrevistados não sabe quais podem estar associadas com o parto pré-termo. No entanto, a periodontite é a única em que a maioria assume existir relação.

Pôde perceber-se que um número significativo de médicos obstetras sabe da tendência aumentada na grávida para a hemorragia e edema gengival, para cárie e para perda dentária. Quanto à saúde oral afetar a gravidez, parece não haver grandes dúvidas.

A maior parte dos inquiridos assume existir relação entre periodontite e PPT, contudo, também a maioria afirma a existência de relação entre PPT e a cárie dentária. No que concerne à gengivite, as opiniões encontram-se divididas.

Quanto ao tratamento periodontal na grávida, a maioria dos médicos sabe que nunca aumenta o risco de PPT, mas no que diz respeito à RAR, parece haver dúvidas, pois muitos assumem não saber se se trata de um procedimento seguro. Assim, é possível admitir uma certa contradição, sendo que é difícil perceber o que os médicos inquiridos entendem por tratamento periodontal.

Abordando os resultados do estudo, verifica-se, de uma forma geral, que há uma grande diversidade de respostas, sendo preciso dar especial atenção ao facto de existirem muitas respostas na categoria “Não sei”.

No que diz respeito às doenças periodontais, mais propriamente à periodontite, é possível analisar que os médicos obstetras não sabem do que se trata, no entanto, assumem que esta patologia tem relação com o parto pré-termo.

No que concerne à avaliação da cavidade oral e a medidas preventivas, bem como o reencaminhamento da grávida para o médico dentista, a maioria dos médicos não os encara como um procedimento de rotina.

Assim, concluindo, é possível verificar que uma grande parte dos obstetras assume saber da possível relação entre periodontite e parto pré-termo. Contudo, ao analisar os dados como um todo, os médicos inquiridos parecem apresentar muitas dúvidas quanto

às patologias orais, nomeadamente sobre periodontite, assim como às suas possíveis relações com o PPT.

Medidas de saúde oral devem ser direccionadas à grávida, de modo a prevenir futuras complicações.

Os resultados deste estudo sugerem que é necessário sensibilizar os profissionais de saúde, designadamente os médicos especialistas em obstetrícia, para a importância de adotar medidas preventivas de rotina, assim como para a necessidade de encaminhar a grávida para o médico dentista, de forma a receber a devida prestação de cuidados.

## VII. BIBLIOGRAFIA

Abbott, J. *et alii.* (2011). Caring for Tomorrow, EFCNI White Paper on maternal and newborn health and aftercare services. *EFCNI White Paper*, pp. 1-195.

American Dental Association (2000). Statement on water fluoridation efficacy and safety. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ada.org/2109.aspx>> [Consultado em 04/07/2012].

American Dental Association. Toothpaste. [Em linha]. Disponível <<http://www.ada.org/1322.aspx>> [Consultado em 04/07/2012].

American Dental Association, 2008. Essential dental treatment safe for pregnant women, says new study in ADA journal. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ada.org/3320.aspx>> [Consultado em 04/07/2012].

American Academy of Periodontology (2000). Parameter on systemic conditions affected by periodontal diseases. *J Periodontol*, 71, pp. 880-883.

Águeda, A., Echeverría, A. e Manau, C. (2008). Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight: review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13(9), pp. 609-615.

Al-Habashneh, R., Aljundi, SH. e Alwaeli, HA. (2008). Survey of medical doctors' attitudes and knowledge of the association between oral health and pregnancy outcomes. *Int J Dental Hygiene*, 6, pp. 214-220.

Amini, H. e Casamassimo, P.S. (2010). Prenatal dental care: A review. *General Dentistry*, pp. 176-180.

Andrade, F. B. *et alii.* (2011). The relationship between nutrient intake, dental status and family cohesion among older Brazilians. *Cad. Saúde Pública*, 27(1), pp. 113-122.

Babalola, D. A. e Omole, F. (2010). Periodontal Disease and Pregnancy Outcomes. *Journal of Pregnancy*, pp. 1-4.

Bennett, P. (2007). Preterm labour. In: Edmonds, D. K. (Ed.). *Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology*. Sétima Edição, Londres. Blackwell, pp. 177-191.

Bogges, K. A. e Edelstein, B. L. (2006). Oral Health in Women During Preconception and Pregnancy: Implications for Birth Outcomes and Infant Oral Health. *Matern Child Health Journal*, 10, pp.169-174.

Brunetti, M. C. *et alii*. (2003). A infecção periodontal associada ao parto pré-termo e baixo peso ao nascer. In: Brunetti, M. C. (Ed.). *Periodontia Médica: Uma abordagem integrada*. São Paulo, Senac São Paulo, pp. 317-342.

Carranza, F. A. e Takei, H. H. (2007a). Plano de tratamento. In: Carranza, F. A. *et alii*. (Ed.). *Carranza, Periodontia Clínica*. Décima edição, Rio de Janeiro, Elsevier Editora Lda, pp. 626-629.

Carranza, F. A. e Takei, H. H. (2007b). Fundamentos básicos para o tratamento periodontal. In: Carranza, F. A. *et alii*. (Ed.). *Carranza, Periodontia Clínica*. Décima edição, Rio de Janeiro, Elsevier Editora Lda, pp. 630-635.

Chambrone, L. *et alii*. (2011a). Evidence grade associating periodontitis to preterm and/or low birth weight: A systematic review of prospective cohort studies. *Journal of Clinical Periodontology*, 38, pp. 795-808.

Chambrone, L. *et alii*. (2011b). Evidence grade associating periodontitis to preterm and/or low birth weight: A systematic review of randomized trials evaluating the effects of periodontal treatment. *Journal of Clinical Periodontology*, 38, pp.902-914.

Cunningham, F. G. *et alii*. (2005). *Williams Obstetrics*. Vigésima segunda edição, Estados Unidos da América, McGRAW-HILL.

Dantas, E. M. *et alii.* (2004). Doença periodontal como fator de risco para complicações na gravidez – há evidência científica?. *Odontologia*, 3(1), pp. 07-10.

El Dib, R. P. (2007). Como praticar a medicina baseada em evidências. *J Vasc Bras*, 6(1), pp. 1-4.

Ferreira, F. V. *et alii.* (2009). Percepção de médicos obstetras sobre a saúde bucal de gestantes. *International Journal of Dentistry*, 8(2), pp. 72-78.

Garcia, R. I., Henshaw, M. M. e Krall, E. A. (2001). Relationship between periodontal disease and systemic health. *Periodontology 2000*, 25, pp. 21-36.

Ghali, R. F. (2011). The Potential Link Between Periodontitis and Systemic Diseases – An Overview. *Journal of Advanced Medical Research*, pp. 24-35.

Gonzaga, H. F. *et alii.* (2001). Intrauterine dentistry: an integrated model of prevention. *Braz Dent J*, 12(2), pp. 139-142.

Graça, L. M. (2000). Parto pré-termo. In: *Medicina Materno Fetal 2*. Graça, L. M. *et alii.* (Ed.). Segunda Edição, Lousã, Lidel, pp. 483-498.

Hasturk, H., Kantarci, A. e Van Dyke, T. E. (2012). Oral inflammatory diseases and systemic inflammation: role of the macrophage. *Frontiers in immunology*, 3, pp.1-17.

Hillemeier, M. M. *et alii.* (2007). Women's preconceptional health and use of health services: implications for preconception care. *HSR: Health Services Research*, 43(1), pp. 54-75.

Hinrichs, J. E. (2007). O papel do cálculo dentário e outros fatores predisponentes. In: Carranza, F. A. *et alii.* (Ed.). *Carranza, Periodontia Clínica*. Décima edição, Rio de Janeiro, Elsevier Editora Lda, pp.170-192.

Huck, O. *et alii.* (2011). Relationship between Periodontal Diseases and the Preterm Birth: Recent Epidemiological and Biological Data. *Journal of Pregnancy*, pp. 1-8.

Jeffcoat, M. *et alii.* (2011). Periodontal infection and preterm birth: successful periodontal therapy reduces the risk of preterm birth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, pp.250-256.

Jeffcoat, M. K. *et alii.* (2003). Periodontal Disease and Preterm Birth: Results of a Pilot Intervention Study. *J Periodontol*, 74, pp. 1214-1218.

Khader, Y. S. e Ta'ani, Q. (2005). Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. *J Periodontol*, 76(2), pp. 161-165.

Kim, A. J. *et alii.* (2012). Scalling and root planning treatment for periodontitis to reduce preterm birth and low birth weight: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Periodontology*, pp.1-15.

Kim, J. e Amar, S. (2006). Periodontal disease and systemic conditions: a bidirectional relationship. *Odontology*, 94(1), pp. 10-21.

Klokkevold, P. R. e Mealey, B. L. (2007). Influência das doenças sistêmicas e do estresse sobre o periodonto. In: Carranza, F. A. *et alii.* (Ed.). *Carranza, Periodontia Clínica*. Décima edição, Rio de Janeiro, Elsevier Editora Lda, pp.284-311.

Lamster, I. B. *et alii.* (2008). The relationship of periodontal disease to diseases and disorders at distant sites: communication to health care professionals and patients. *J Am Dent Assoc*, 139(1), pp. 1389-1397.

Lewis, C. W. *et alii.* (2000). The role of the pediatrician in the oral health of children: a national survey. *Pediatrics*, 106 (6), pp. 1-7.

Li, X. *et alii.* (2000). Systemic Diseases Caused by Oral Infection. *Clinical microbiology reviews*, 13(4), pp. 547-558.

Lohsoonthorn, V. *et alii.* (2009). Is Maternal Periodontal Disease a Risk Factor for Preterm Delivery?. *American Journal of Epidemiology*, 169, pp. 731-739.

Madianos, P. N., Bobetsis, G. A. e Kinane, D. F. (2002). Is periodontitis associated with an increased risk of coronary heart disease and preterm and/or low birth weight births?. *Journal of Clinical Periodontology*, 29(3), pp. 22-36.

Madianos, P. N. *et alii.* (2001). Maternal Periodontitis and Prematurity. Part II: Maternal Infection and Fetal Exposure. *Ann Periodontol*, 6(1), pp. 175-82.

Marshall, T. A. *et alii.* (2002). Oral health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *J Am Dent Assoc*, 133, pp. 1369-1379..

Menoli, A.P.V., Frossard, W.T.G. (1997). Perfil dos médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. *Semina*, 18, pp. 34-42.

Mesas, A. E. *et alii.* (2010). Oral health status and nutritional deficit in noninstitutionalized older adults in Londrina, Brazil. *Rev Braz Epidemiol*, 13(3), pp. 1-11.

Michalowicz, B. S. *et alii.* (2006). Treatment of Periodontal Disease and the Risk of Preterm Birth. *The New England Journal of Medicine*, 355, pp. 1885-94.

Michalowicz, B. S. *et alii.* (2009). Serum inflammatory mediators in pregnancy: changes following periodontal treatment and association with pregnancy outcomes. *J Periodontol*, 80(11), pp. 1731-1741.

Nabet, C. *et alii.* (2010). Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *Journal of Clinical Periodontology*, 37, pp. 37-45.

New York State Department of Health (2009). Oral health care during pregnancy and early childhood, Practice guidelines. [Em linha]. Disponível em <<http://www.health.ny.gov/publications/0824.pdf>>. [Consultado em 06/04/2012].

Novak, M. J. (2007). Classificação das doenças e condições que afetam o periodonto. In: Carranza, F. A. *et alii.* (Ed.). *Carranza, Periodontia Clínica*. Décima edição, Rio de Janeiro, Elsevier Editora Lda, pp.100-109.

Offenbacher, S. *et alii.* (1996). Periodontal Infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol*, 67, pp. 1103-1113.

Offenbacher, S. *et alii.* (1998). Potencial Pathogenic Mechanisms of Periodontitis-Associated Pregnancy Complications. *Ann Periodontol*, 3(1), pp. 233-50.

Offenbacher, S. *et alii.* (2009). Effects of Periodontal Therapy on Rate of Preterm Delivery A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*, 114(3), pp. 551-559.

Ovadia, R., Zirdok, R. e Diaz-Romero, R. M. (2007). Relationship between pregnancy and periodontal disease. *Medicine And Biology*, 14(1), pp. 10-14.

Page, R. C. *et alii.* (1997a). Advances in the pathogenesis of periodontitis: summary of developments, clinical implications and future directions. *Periodontology 2000*, 14, pp. 216-248.

Page, R. C. e Kornman, K. S. (1997b). The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontology 2000*, 14, pp. 9-11.

Papapanou, P. N. e Lindhe, J. (2008). In: Lindhe, J., Karring, T. e Lang, N. P. (Ed.). *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. Quinta Edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 123-170.

Pattison, A. M. e Pattison, G. L. (2007). Raspagem e alisamento radicular. *In: Carranza, F. A. et alii.* (Ed.). *Carranza, Periodontia Clínica*. Décima edição, Rio de Janeiro, Elsevier Editora Lda, pp. 749-797.

Piscoya, M. D. B. V. *et alii.* (2012). Periodontitis-associated risk factors in pregnant women. *Clinics*, 67(1), pp. 27-33.

Polyzos, N. P. *et alii.* (2010). Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 342, pp. 91.

Quirynen, M. *et alii.* (2007). Microbiologia das Doenças Periodontais. *In: Carranza, F. A. et alii.* (Ed.). *Carranza, Periodontia Clínica*. Décima edição, Rio de Janeiro, Elsevier Editora Lda, pp.134-169.

Rocha, J. M. *et alii.* (2011). Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. *Braz Oral Rest*, 25(3), pp. 248-254.

Sallum, A. W., Martins, A. G. e Sallum, E. A. (2003). A doença periodontal e o surgimento de um novo paradigma. *In: Brunetti, M. C.* (Ed.). *Periodontia Médica: Uma abordagem integrada*. São Paulo, Senac São Paulo, pp. 21-39.

Salvi, G. E., Lindhe, J. e Lang, N. P. (2008). Plano de tratamento de pacientes com doenças periodontais. *In: Lindhe, J., Karring, T. e Lang, N. P.* (Ed.). *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. Quinta Edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 629-647.

Santos, P. S. F. A. (2010). *Periodontite materna e prematuridade do recém-nascido: Estudo multicêntrico de caso-controle*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária.

Scannapieco, F. A., Bush, R. B. e Paju, S. (2003). Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes. A systemic review. *Ann Periodontol*, 8(1), pp. 70-78.

Socransky, S. S. e Haffajee, A. D. (2008). *In: Lindhe, J., Karring, T. e Lang, N. P. (Ed.). Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. Quinta Edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 197-254.

Thomas, N. J., Middleton, P. F. e Crowther, C. A. (2008). Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(13), pp.1-6.

Vettore, M. V. *et alii*. (2006). Periodontal infection and adverse pregnancy outcomes: a systemic review of epidemiological studies. *Cad Saúde Pública*, 22(10), pp. 2041-2053.

Vergnes, J. e Sixou, M. (2007). Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196, pp. 135.e1-135.e7.

Vogt, M. *et alii*. (2010). Periodontal disease and some adverse perinatal outcomes in a cohort of low risk pregnant women. *Reproductive Health Journal*, 7, pp. 29.

Watson, S. (2010). Oral health guidelines for pregnant women. [Em linha]. Disponível em <http://dentistry.about.com/od/basicdentalcare/qt/perinatalguidelines.htm> [Consultado em 03/07/2012].

Wilder, R. *et alii*. (2007). Obstetricians' knowledge and practice behaviors concerning periodontal health and preterm delivery and low birth weight. *Journal of Dental Hygiene*, 81(4), pp. 1-15.

Wrzosek, T., Einarson, A. (2009). Dental care during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 55, pp. 598-599.

Xiong, X. *et alii.* (2005). Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *An international journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, pp. 135-143.

Zanata, R. L. *et alii.* (2008). Prenatal dental care: evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/pr and Bauru/sp, Brazil, 2004. *Journal of Applied Oral Science*, 16 (3), pp. 194-200.

## VIII. ANEXOS

### ANEXO 1 – Requerimento à instituição

#### **OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO**

Exmo. Sr. Diretor:

Eu, Raquel Mesquita Pinto da Rocha, aluna de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, venho respeitosamente à presença de Vossa Excelência solicitar a sua permissão para efetuar um questionário aos Médicos Especialistas em Obstetrícia da sua Instituição, para fins de tese de mestrado, cujo tema é “Posição e conhecimento dos Médicos Obstetras sobre a associação entre patologias da cavidade oral e parto pré-termo”.

Certa de que a solicitação será tida em conta,

Votos de Estima e Consideração,

Porto, 02 de Abril de 2012,



Contactos: [raquelmprocha@gmail.com](mailto:raquelmprocha@gmail.com)

912429490

## ANEXO 2 - Questionário

**Investigador Principal: Raquel Rocha**

**Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Patrícia Almeida Santos**

# INQUÉRITO

Estou interessada em desenvolver um estudo sobre: “**Posição e conhecimento dos Médicos Obstetras sobre a associação entre Patologias da cavidade oral e Parto Pré-termo**”. Como tal solicito a sua colaboração na obtenção de dados, respondendo a todas as questões que lhe são colocadas.

As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar em lugar algum no questionário.

Solicitamos a sua participação rigorosa e honesta no preenchimento das questões.

Grata pela sua colaboração e disponibilidade.

## I – DADOS BIOGRÁFICOS

1) **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

2) **Sexo:**

**Feminino**

**Masculino**

3) **Anos de trabalho:** \_\_\_\_\_

II

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

1- O que descreve gengivite?

	SIM	NÃO	NÃO SEI
Perda dentária			
Doença reversível com tratamento adequado			
Doença irreversível			
Edema e eritema gengival			
Lesões na língua			
Inflamação das gengivas			
Perda óssea			

2- O que descreve periodontite?

	SIM	NÃO	NÃO SEI
Perda dentária			
Doença reversível com tratamento adequado			
Doença irreversível			
Edema e eritema gengival			
Lesões na língua			
Inflamação das gengivas			
Perda óssea			

3- A gengivite é uma condição mais séria que a periodontite?

Sempre	
Às vezes	
Nunca	
Não sei	

**4- Em relação à periodontite, considera como fatores etiológicos:**

	SIM	NÃO	NÃO SEI
Má higiene oral			
Gravidez			
Frequência de consumo de açúcar			
Quantidade de consumo de açúcar			
Perda dentária			
Bactérias			
Idade			
Fumar			
Suscetibilidade genética			
Diabetes			

**5- Das estruturas orais que se seguem, costuma avaliar:**

	SIM	NÃO
Dentes		
Gengiva		
Mucosa Oral		
Língua		
Amígdalas		
Outros		

**6- Relativamente aos exames dentários, costuma pedi-los:**

Raramente/ nunca	
Se o paciente mencionar algum problema	
Como exame inicial	
Periodicamente	

**7- Quais as medidas preventivas que adota para controlo da doença periodontal (gingivite e periodontite):**

	SIM	NÃO
Instruções de Higiene Oral		
Orientação alimentar		
Visita ao Médico Dentista antes da gravidez		
Visita regular ao Médico Dentista		
Visita ao Médico Dentista apenas se necessário		
Suplemento vitamínico		
Flúor		
Cálcio		

**8- Quais das seguintes patologias acha terem associação com parto pré-termo?**

	SIM	NÃO	NÃO SEI
Cárie			
Aftas			
Gingivite			
Periodontite			
Tumores			
Xerostomia			
Herpes labial			


III

Por favor, para cada questão, assinale com um X a resposta que mais se adequa.

	SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA	NÃO SEI
A gravidez aumenta a tendência para hemorragia ou edema gengival?					
A gravidez aumenta a tendência para perda dentária?					
A gravidez aumenta a tendência para cárie dentária?					
Os problemas gengivais e dentários podem afetar a gravidez?					
Existe uma ligação entre a saúde gengival, dentária e a gravidez?					
As infeções orais/periodontopatias são um risco para a gravidez?					
Existe relação entre periodontite e parto pré-termo?					
Existe relação entre cárie e parto pré-termo?					
Existe relação entre gengivite e parto pré-termo?					
O tratamento periodontal em grávidas aumenta o risco para parto pré-termo?					
As doenças periodontais podem ser tratadas de forma segura durante a gravidez através de um procedimento chamado raspagem e alisamento radicular?					
Costuma avisar o paciente para visitar o Médico Dentista antes da gravidez?					
Costuma avisar o paciente para visitar o Médico Dentista durante a gravidez?					
Costuma avisar o paciente para visitar o Médico Dentista após a gravidez?					
Costuma avisar o paciente para atrasar a visita ao Médico Dentista até ao fim da gravidez?					
Costuma avisar o paciente para incluir a avaliação periodontal como cuidado pré-natal?					
Alertar a grávida para uma boa saúde oral diminui o risco de parto pré-termo?					
Considera contraindicada a utilização de anestesia numa grávida durante um tratamento dentário?					

ANEXO 3 – Autorizações das Instituições

- Centro Hospitalar do Porto – Maternidade de Júlio Dinis

  
**centro hospitalar  
do Porto**

Hospital Santo António | Hospital Maria Pia | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar  
4099-001 PORTO  
www.hgsa.pt

---

Exm.<sup>a</sup> Aluna  
Raquel Mesquita Pinto Rocha  
R. de Feijoeiros, 225  
4640-470 BAIÃO


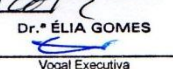
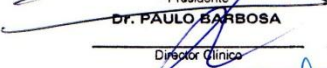


**ASSUNTO:** Trabalho Académico de Mestrado - **“Posição e conhecimento dos médicos obstetras sobre a associação entre patologias da cavidade oral e parto pré-termo” - N/ REF.<sup>a</sup> 162/12(126-DEFV/120-CES)**

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Obstetria, sendo Investigador Principal, a aluna da Universidade Fernando Pessoa, Raquel Mesquita Pinto Rocha.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e Gabinete Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direcção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

**CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

 <b>Dr. SOLLARI ALLEGRO</b> Presidente	 <b>Dr. ÉLIA GOMES</b> Vogal Executiva
 <b>Dr. PAULO BARBOSA</b> Direcção Clínica	 <b>Dr. PORTO GOMES</b> Vogal Executivo
 <b>Enf.º EDUARDO ALVES</b> Enfermeiro Director	

\* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.<sup>a</sup>.

- Centro Hospitalar de São João



Para submissão à apreciação pelo Conselho de Administração, junto se remetem os seguintes Projectos de Investigação compareceres finais da CES e da unidade de Investigação:

Projecto	Investigador Principal
Método canguru: Conhecimentos, crenças e práticas dos enfermeiros	Ana Isabel de Magalhães Barbosa
Estimativa da idade à morte em não-adultos com recurso à osteometria dos ossos longos em período pós-natal	Hugo Filipe Violante Cardoso
Desenvolvimento de um monosensor para detecção de risco de doenças cardiovasculares	Paulo Manuel Barreiros de Castro Chaves
Posição e conhecimento dos médicos obstetras sobre a associação entre patologias da cavidade oral e parto pre-termo	Raquel Mesquita Pinto da Rocha
Arquétipos associados à transição situacional dos familiares cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado a-elevar, virar-se e transferir-se	Rui Andre de Oliveira Barbosa Leite Coutinho
Arquétipos de pessoas dependentes no autocuidado: auto elevar, virar e transferir-se	Olinda Maria Lopes Dias Vieira Mendes
Formação em cuidados paliativos: Uma necessidade?	Maria Ana Braz Fernandes
Isquemia silenciosa do miocárdio na doença inflamatória intestinal	Tiago Emanuel Sampaio Vieira e Fernando José Magro Dias
Estudo da importância da Biocinética Tiroideia do 99m Tc-Sestambi no diagnóstico diferencial do doente com Tirotoxicose induzida pela Amiodarona	Sofia Alexandra Diogo Chaves e Tiago Emanuel Sampaio Vieira
The endocannabinoid system in pathogenesis of dermal fibrosis	Inês Bastos Correia de Sá
Valor prognóstico de biomarcadores cardíacos nas cardiopatias congénitas	Ana Luísa Vieira de Castro Ramos das Neves
A transição para a alimentação oral, no recém-nascido prematuro	Florabela Maria de Jesus Neto da Silva
Early CPAP versus Surfactant in very low birth weight babies	Pedro Luís Neves Esteves
Derrame pleural na insuficiência cardíaca crónica	Patrícia Tavares+Raquel Duro
A influência dos turnos na vida familiar do enfermeiro	Cátia Sofia Lopes Duarte
Caracterização de uma população de doentes internados no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de São João com o diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade	Ana Rita Matos Veiga Ferraz
Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crónica	Andreia Sofia Rocha
Doença de Graves e factores de risco cardiovascular	Carla Sofia Couto Brandão
Identification of human molecular variants associated to tuberculosis	Hélder Novais e Basto
Indicadores das estratégias da Supervisão Clínica de Pares	Duarte José Esteves Pinto
Caracterização fenotípica de doente com enfisema pulmonar e avaliação da eficácia de métodos de redução endoscópica de volume pulmonar	Adriana Magalhães + Gabriela Fernandes
Tensão arterial no recém-nascido com restrição de crescimento intra-uterino	Gustavo Marcondes Duarte Rocha
Modelo psicobiológico da personalidade de Robert C. Cloninger e resistência á mudança em crianças, adolescentes e adultos com e sem condições psiquiátricas	Mariana Cúria Fonseca Cardoso Lima



Hipotiroidismo subclínico e factores de risco cardiovascular	Teresa Catarina Alves Pereira
Competência de gestão na formação em enfermagem	Maria Narcisa Costa Gonçalves
Avaliação do desenvolvimento da função visual de prematuros até aos 6 anos	Tânia Filipa Teixeira Gonçalves
Malassezia infections: experimental answers for a medical conundrum	Ana Filipa Bastos Pedrosa
Alterações do metabolismo do ferro na insuficiência cardíaca	Maria Inês Ribeiro Rangel
Avaliação da dependência no autocuidado e da intolerância à actividade em clientes com insuficiência cardíaca	Sofia Clara Costa Marinho Santos Moura
Avaliação da ingestão alimentar, inflamação e estado nutricional em doentes oncológicos	Elsa Maria Nunes de Madureira
Coping e capacidade para o trabalho	Marco Ramos
Avaliação e optimização dos níveis de referência de diagnóstico em TC em Pediatria	Joana Margarida Rodrigues dos Santos
Childhood obesity-related inflammation and vascular injury - Impact on the kidney	Liane Correia Costa

## AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 13 JUN 2012			
Presidente do Conselho de Administração			
			
(Prof. Doutor António Ferreira)			
Directora Clínica	Enfermeira Directora	Vogal Executivo	Vogal Executivo
			
(Dra. Margarida Tavares)	(Enfermeira Euláclia Portes)	(Dra. Maria Barros)	(Dr. João Oliveira)

- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Exma. Sr.ª

**Dr.ª Raquel Mesquita Pinto da Rocha**

*N/Referência 308/2012*

**Assunto: Resposta a pedido de autorização para a efetuar Questionário a Médicos Obstetras**

Informo Vª Ex.ª que o pedido para a realização do inquérito aos Médicos Especialistas em Obstetrícia deste Centro Hospitalar, no âmbito da tese de mestrado "**Posição e conhecimento dos Médicos Obstetras sobre a associação entre patologias da cavidade oral e parto pré-termo**", conforme deliberação Diretor Clínico, está **autorizado**.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Nova de Gaia, 24 de Maio de 2012

**Júlio Alberto Sampaio**  
**Responsável Serviço**  
Serviço de Formação Ensino e Investigação

Email [jsampaio@chvng.min-saude.pt](mailto:jsampaio@chvng.min-saude.pt)

Telefone: 227 865 127

Telemóvel: 962053725

[www.chvng.min-saude.pt](http://www.chvng.min-saude.pt)